

*Mafalda Matos Figueiredo*

**A EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA E OS SEUS EFEITOS:  
PERSPETIVA DOS PAIS E ESTUDOS DE CASO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

*2014*

*Mafalda Matos Figueiredo*

**A EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA E OS SEUS EFEITOS:  
PERSPETIVA DOS PAIS E ESTUDOS DE CASO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

2014

**Mafalda Matos Figueiredo**  
**Presidente:** Doutora Maria Emília Costa  
**Arguente:** Doutora Orlanda Cruz  
**Orientador/a:** Doutora Margarida Henriques  
**Classificação:** 15 valores

## **Avisos legais**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Agradecimentos**

Para a concretização deste trabalho, pude contar com o apoio, estímulo e encorajamento de diversas pessoas que me acompanharam e colaboraram comigo na sua realização.

À Professora Doutora Margarida Henriques, por ter aceite este projeto, pela forma como me orientou na sua realização, pelos incentivos e pelos desafios propostos durante todo o processo, culminando neste trabalho.

À Joana e à Aurora por terem sempre acreditado em mim e no meu trabalho, por todo o incentivo e força e, por todos conhecimentos que me transmitiram.

A todos os pais, meninos e técnicos que colaboraram neste projeto e permitiram que acontecesse. Sem eles nada seria possível.

A toda a equipa de investigação pela paciência e por todos os conselhos em relação a este projeto. Ao Pedro, pela sua disponibilidade para se deslocar e auxiliar na recolha dos dados. À Diana, por toda paciência e ajuda que me deu ao longo de todo o projeto.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e foram um pilar essencial em todo este projeto, que sempre me acompanharam em cada passo e que são uma presença permanente.

Ao André, por ter acreditado sempre que eu seria capaz. Pela forma como me acompanhou, por ser a voz da minha consciência, por minimizar as dificuldades e abraçar todos os meus sonhos.

A toda a minha família e amigos, pela presença e carinho em todos os momentos deste projeto, mesmo que à distância.

À minha irmã e à minha afilhada, que mesmo sem se aperceberem, me proporcionaram muitos momentos de ternura e sorrisos, não explicáveis em palavras.

À minha avó, que mesmo ausente, sempre esteve presente no meu coração, traduzindo-se em força e coragem para chegar ao fim.

## Resumo

A realização deste estudo tem como base o interesse na equitação terapêutica como forma de intervenção junto de pessoas com diversos tipos de problemáticas desenvolvimentais. Ao contrário do que se sucede em vários países, Portugal ainda não reconhece a equitação terapêutica como forma de intervenção em psicologia. Nesta investigação é explorado o potencial que a equitação terapêutica poderá ter enquanto forma de intervenção, aliada a outras terapias. Esta investigação parte da análise da literatura existente neste domínio de forma a desenhar um estudo empírico que respondesse a algumas das necessidades existentes. Face ao escasso suporte teórico acerca da área decidiu-se efetuar dois estudos exploratórios e com metodologias complementares, um mais quantitativo e outro mais qualitativo, através do estudo de casos.

O primeiro estudo pretende obter, por um lado, uma linha de base das ideias de pais e técnicos que acompanham as crianças face à equitação terapêutica e, por outro lado, uma ideia geral da satisfação com a atividade, bem como, de eventuais insatisfações e dificuldades que se possam existir. Para tal, foram entregues a mães, a pais e aos técnicos de suporte às crianças um questionário elaborado para o efeito, que aborda as conceções dos pais acerca da equitação terapêutica, a evolução por eles sentida e as expectativas em relação ao futuro. Recolhe ainda a opinião dos pais em relação à terapia, bem como o seu grau de satisfação. Este questionário obteve um total de 126 respondentes, que correspondiam a 66 alunos com idades compreendidas entre os 3 e os 51 anos ( $M=19$ ,  $DP=12.67$ ), sendo 43 (65.2%) do sexo masculino e 23 (34.8%) do sexo feminino. Realça-se uma evolução global relativamente aos 66 praticantes bastante elevada, tendo emergido através da análise de componentes principais do questionário de 20 itens acerca da evolução, dois fatores com um total de variância explicada de 53.78%. O primeiro fator designou-se de dimensão emocional (e.g., satisfação com a vida, bem-estar, autoconfiança, relaxamento, confiança nos outros, etc.) e apresenta uma média de 3.73 e o segundo constitui a designada dimensão das aprendizagens (e.g., autonomia, locomoção, equilíbrio, lateralidade, etc.), com uma média ligeiramente inferior de 3.56. Os resultados mostram que quanto mais evoluções são percecionadas pelos pais, mais expectativa eles têm em relação à continuidade da terapia.

O segundo estudo baseou-se numa análise de quatro casos ao longo de uma intervenção de quatro meses. O objetivo principal era perceber de que forma é que estas crianças evoluíam, tendo em conta as dificuldades específicas de cada uma. Através do cruzamento

de dados do CBCL e do TRF obteve-se a caracterização clínica de cada criança e foram definidos objetivos específicos para a intervenção. Foram aplicados questionários de aliança terapêutica aos pais, às crianças e às terapeutas, focados na avaliação da relação da criança com as terapeutas e com vista a explorar a relação que teria com a evolução. Foi ainda avaliada a capacidade de construção de narrativa das crianças, enquanto macro competência cognitiva, como pré-teste e pós-teste, através de uma tarefa narrativa de ficção, a partir do livro de imagens “Frog: *Where are You*”. A matriz narrativa foi analisada através do *Narrative Analysis System*. Esta análise permitiu verificar em dois dos alunos um aumento visível da coerência estrutural e da diversidade de conteúdo das narrativas produzidas no final dos 4 meses, posicionando-se acima da média obtida pelas crianças da mesma idade sem perturbações emocionais ou outro tipo de problemas. De acordo com a avaliação da terapeuta quanto à eficácia da intervenção, em duas das crianças foi considerada muito eficaz (5 pontos) – as mesma cujas narrativas aumentaram de qualidade - numa criança foi considerada eficaz (4 pontos) e na outra foi considerada suficiente (3 pontos), sendo que os domínios da evolução foram bastante convergentes entre as mães e a terapeuta. A aliança terapêutica nos 4 casos foi bastante positiva e diferenciada em relação às três terapeutas da equipa. Finalmente, estes estudos permitiram identificar um conjunto de ideias pouco ajustadas acerca da equitação terapêutica, sugerindo a pertinência da informação e formação da opinião pública acerca desta área de intervenção, conhecer os efeitos que se podem esperar desta abordagem e retirar um conjunto de pistas para melhor ajustar as práticas, bem como, para prosseguir a investigação neste domínio.

## Abstract

The realization of this study is based on the interest of using the Therapeutic Riding as a way of intervene in cases of people with several types of development problems. Unlike other countries Portugal doesn't yet recognize therapeutic riding as a form of psychological intervention. In this research is explored the potencial that Therapeutic Riding might have, connected with other therapies, as a form of intervention. The status point for this investigation is based on the analisys of the existing literature in this field as a way to define an empirical study that might answer to the existing needs. Given the scarce theoretical support on the area it was decided to perform, through case studies, two exploratory studies with complementary methodologies, one more quantitative and other more qualitative.

The first study aims to obtain a baseline of ideas from parents and coaches who accompany children in view of therapeutic riding and a general idea of satisfaction with the activity, as well as eventual dissatisfactions and difficulties that may exist. In order to do so, were delivered to the parents and support technicians a questionnaire developed for this purpose, which deals with conceptions of parents about therapeutical riding, the evolution experience felt by them and the expectations for the future. This survey obtained a total of 126 respondents, corresponding 66 to students aged between 3 and 51 years ( $M= 19$ ,  $DP=12.67$ ), 43 (65.2%) were male and 23 (34.8%) female. Emphasis on a quite high overall progress against the 66 practitioners, having emerged through principal component analysis of the 20 items on the evolution, two factors questionnaire with a total explained variance of 53.78%. The first factor was designated as emotional dimension (e.g. life satisfaction, well-being, confidence, relaxation, trust in others, etc.) and has an average of 3.73 and the second is the learning dimension (e.g., autonomy, mobility, balance, laterality, etc.), with a slightly lower average of 3.56. The results show that as more developments are perceived by the parentes, more expectations they have regarding the continuity of care.

The second study was based on an analysis of four cases over a four-month intervention. The main purpose was to understand how these children evolved, taking into account each specific difficulties. By crossing CBCL and TRF data, were obtained the clinical characterization of each child and specific objectives have been identified for intervention. Therapeutic alliance questionnaires were administered to parents, children and therapists, focused on the assessment of the child's relationship with the therapists and in order to explore the relationship that would have with evolution. It was also evaluated the children's

ability of constructing narratives, as a macro cognitive competence, as pre-test and post-test, using a fiction narrative task, from the picture book “Frog: *Where are You?*”. The narrative matrix was analyzed by *Narrative Analysis System*. This analysis has shown a visible increase in the structural coherence and diversity in the content of the narratives produced at the end of four months in two of the students, placing them above the average obtained from children of the same age without emotional disturbances or other problems. According to the evaluation of the therapist as to the effectiveness of the intervention, was considered very effective (5 points) in two of the children - the same children whose narratives increased quality – in a child was considered effective (4 points) and in another was considered sufficient (3 points), being the evolution convergent between mothers and therapist. The therapeutic alliance in the 4 cases was very positive and differentiated for the three therapists in the team. Finally, these studies allowed the identification of a set of ideas slightly adjusted on therapeutical riding, suggesting the importance of information and shaping the public opinion about this area of intervention, the necessity of knowing the effects that can be expected from this approach and add a set of clues for better adjust practices as well as for further research in this área.

## Résumé

La réalisation de cet étude est basée sur l'intérêt de l'équitation thérapeutique comme une façon d'intervenir auprès des personnes qui ont plusieurs genres de problématiques du développement. Au contraire de ce qui se passe dans plusieurs pays, le Portugal ne reconnaît pas encore l'équitation thérapeutique comme une forme d'intervention en psychologie. Dans cette recherche est exploité le potentiel que l'équitation thérapeutique pourra avoir en tant que forme d'intervention alliée à d'autres thérapies. Cette recherche part d'un point de situation à partir de l'analyse de la littérature existante dans ce domaine, de façon à dessiner une étude empirique qui réponde à quelques besoins existants. Devant le rare support théorique sur le domaine, on a décidé de faire deux études exploratoires et avec des méthodologies complémentaires, une plus quantitative et d'autre plus qualitative, à travers l'étude de cas.

La première étude veut obtenir, d'un côté, une ligne de base des idées des parents et des techniciens qui accompagnent les enfants devant l'équitation thérapeutique, et d'autre côté, une idée générale de satisfaction avec l'activité, ainsi que de possibles mécontentements et des difficultés qui puissent exister. Pour cela, un questionnaire élaboré à cet effet a été remis à des mères, à des pères et aux techniciens de support aux enfants, qui approche les conceptions des parents sur l'équitation thérapeutique, l'évolution qu'ils ont senti et leurs attentes en relation au futur. Il recueille encore l'opinion des parents en ce qui concerne la thérapie, ainsi que leur degré de satisfaction. Ce questionnaire a obtenu un total de 126 répondants, qui correspondaient à 66 étudiants âgées de 3 à 51 ans ( $M=19$ ,  $DP=12.67$ ), 43 (65,2%) du sexe masculin et 23 (34,8%) du sexe féminin. On met en relief une évolution globale en ce qui concerne les 66 praticiens assez élevée, en ayant émergé à travers l'analyse des composantes principales du questionnaire de 20 articles sur l'évolution, deux facteurs avec un total de variance expliquée de 53.78%. Le premier facteur a été désigné dimension émotionnelle (e.g., satisfaction de la vie, bien-être, autoconfiance, détente, confiance dans les autres, etc), avec une moyenne de 3.73 et le deuxième constitue la désignée dimension des apprentissages (e.g. autonomie, locomotion, équilibre, latéralité, etc.), avec une moyenne légèrement inférieure de 3.56. Les résultats montrent que plus les évolutions sont perçues par les parents, plus d'attente ils ont en ce qui concerne la continuité de la thérapie.

La deuxième étude s'est appuyée sur une analyse de quatre cas au long d'une intervention de quatre mois. L'objectif principal était de comprendre comment ces enfants

évoluaient, en tenant compte les difficultés spécifiques de chacun d'entre eux. Par le croisement de données du CBCL et du TRF on a obtenu la caractérisation clinique de chaque enfant et ont été définis les objectifs spécifiques pour l'intervention. Des questionnaires d'alliance thérapeutique ont été appliqués aux parents, aux enfants et aux thérapeutes, concentrés dans l'évaluation de la relation de l'enfant avec les thérapeutes pour exploiter la relation qu'elle aurait avec l'évolution. La capacité de construction du récit a été aussi évaluée, comme macro compétence cognitive, comme pré-test et post-test, à travers une tâche narrative de fiction, à partir du livre d'images "Frog: *Where are you?*". La matrice narrative a été analysée à travers le *Narrative Analysis System*. Cette analyse a permis de vérifier en deux élèves une augmentation visible de la cohérence textuelle et de la diversité du contenu des récits produits à la fin des 4 mois, en se plaçant au dessus de la moyenne obtenue par des enfants du même âge sans troubles émotionnels ou d'autres types de problèmes. Selon l'évaluation de la thérapeute quant à l'efficacité de l'intervention, chez deux enfants elle a été considérée très efficace (5 points) – les mêmes dont la qualité des récits s'est améliorée – chez un enfant a été considérée efficace (4 points) et chez l'autre a été considérée suffisante (3 points). Les domaines d'évolution ont été assez convergents entre les mères et la thérapeute. L'alliance thérapeutique dans les quatre cas a été assez positive et différenciée en relation aux trois thérapeutes de l'équipe. Finalement ces études ont permis d'identifier un ensemble d'idées peu rajustées sur l'équitation thérapeutique, en suggérant la pertinence de l'information et la formation de l'opinion publique sur ce domaine d'intervention, connaître les effets qu'on peut attendre de cette approche et retirer un ensemble de pistes pour mieux ajuster les pratiques, aussi bien que poursuivre la recherche dans ce domaine.

## **Lista de Abreviaturas**

**CBCL** – Child Behavior Checklist

**TRF** – Teacher Report Form

**AEPM** – Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos

## Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>I – Enquadramento Concetual da Equitação Terapêutica</b>	2
1. História	2
2. Modelos de Intervenção na Equitação Terapêutica	5
3. O Cavalo, a Equipa e o Espaço Terapêutico	9
4. Benefícios da Equitação Terapêutica	14
5. Investigação em Equitação Terapêutica	16
<b>II – Estudos Empíricos</b>	22
1. Primeiro Estudo Empírico: Estudos das representações dos adultos acerca da Equitação Terapêutica	23
1.1. Método	23
1.1.1. Participantes	24
1.1.2. Instrumentos	25
1.1.3. Procedimento	26
1.2. Leitura e Análise dos Resultados	26
2. Segundo Estudo Empírico: Análise de Casos	36
2.1. Método	37
2.1.1. Participantes	37
2.1.2. Instrumentos	37
2.1.3. Procedimento	40
2.1.4. Leitura e Análise dos Resultados	41
2.1.4.1. Apresentação do Caso 1	41
2.1.4.2. Apresentação do Caso 2	45
2.1.4.3. Apresentação do Caso 3	49
2.1.4.4. Apresentação do Caso 4	52
2.1.5. Síntese Integrativa dos Casos	56
3. Discussão Global	62
<b>Conclusão</b>	69
<b>Bibliografia</b>	73

## Índice de Tabelas e Figuras

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da amostra no que se refere aos motivos que levam à frequência da equitação terapêutica.	28
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos itens do fator eficácia da equitação terapêutica e relação com o cavalo.	30
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos itens do fator efeitos da equitação terapêutica	32
<b>Tabela 4.</b> Aliança terapêutica, segundo a perspectiva das terapeutas, em relação ao F.	43
<b>Tabela 5.</b> Avaliação da Evolução de F. mediante os objetivos estabelecidos.	44
<b>Tabela 6.</b> Aliança terapêutica, segundo a perspectiva das terapeutas, em relação ao J.	47
<b>Tabela 7.</b> Avaliação da evolução de J. mediante os objetivos estabelecidos.	48
<b>Tabela 8.</b> Aliança terapêutica, segundo a perspectiva das terapeutas, em relação ao L.	50
<b>Tabela 9.</b> Avaliação da evolução de L. mediante os objetivos estabelecidos.	51
<b>Tabela 10.</b> Aliança terapêutica, segundo a perspectiva das terapeutas, em relação ao F.G.	54
<b>Tabela 11.</b> Avaliação da evolução de F.G. mediante os objetivos estabelecidos	55
<b>Tabela 12.</b> Resultados a nível da estrutura, processo e conteúdo para cada criança, em dois momentos de avaliação.	56
<b>Figura 1.</b> Representação Gráfica dos resultados das quatro crianças, nos dois momentos de avaliação, nas três dimensões da matriz narrativa: Estrutura, Processo e Conteúdo.	57

## Introdução

A equitação terapêutica é uma área que em termos científicos está pouco desenvolvida em Portugal. Pessoalmente, o meu interesse na área adveio de ser praticante de equitação e de ter assistido a algumas aulas de equitação terapêutica a partir dos meus 15 anos. Após ter ingressado em Psicologia e continuando a ter aulas de equitação, surgiu o interesse em perceber como funcionava a equitação terapêutica. Desta forma comecei a fazer voluntariado na área e a tentar compreender de que forma no futuro poderia vir a integrar os meus conhecimentos nos dois domínios, da equitação e da psicologia. Assim, tendo como base a literatura estrangeira e as experiências que já existem em diversos países, tenho como objetivo pessoal explorar os benefícios que a equitação terapêutica pode trazer a crianças, jovens e adultos com deficiência. Pretendo que este trabalho evidencie as potencialidades e as lacunas da área, para que os interessados consigam continuar a criar novas investigações, iniciando uma base científica para este tipo de intervenção em Portugal.

Este trabalho inicia-se com uma revisão da literatura que guia todo o processo de investigação. É apresentada a história da equitação terapêutica bem como alguns dos modelos existentes. Para além de se refletir acerca da importância do cavalo e dos técnicos nesta terapia, é feito um levantamento dos principais benefícios relatados por vários autores, bem como, das principais investigações.

Posteriormente, este trabalho subdivide-se em dois estudos empíricos. No primeiro estudo, que teve como base a população da Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos (AEPM), sediada em Leça da Palmeira é explorado o impacto da equitação terapêutica junto dos pais e dos técnicos de todos aqueles que frequentam esta atividade na associação acima referida. Mais especificamente são analisadas as ideias dos pais e dos técnicos acerca do que é a equitação terapêutica, acerca da evolução observada e, ainda, as suas expectativas em relação à atividade. Por fim, aborda-se a satisfação dos pais e dos técnicos em relação a esta terapia e de que forma é que ela se diferencia das outras. O segundo estudo, é focado em quatro *estudos de casos* e pretende verificar os efeitos da intervenção face às dificuldades específicas do caso e a qualidade da aliança terapêutica da criança com as terapeutas. A partir daqui é realizada uma discussão dos resultados dos dois estudos em conjunto e redigida uma conclusão que se pretende que reflita os principais resultados, as potencialidades do estudo e as limitações do mesmo. Finalmente propõe-se ainda algumas sugestões para investigações futuras.

## **I – Enquadramento Concetual da Equitação Terapêutica**

A equitação terapêutica é uma terapia que está a emergir em Portugal e que utiliza o cavalo como instrumento terapêutico. Sendo que em Portugal ainda não há muita informação acerca da intervenção que é efetuada é importante que se efetue um enquadramento da forma como surgiu a equitação terapêutica nos diversos países e quais os primeiros objetivos que este tipo de intervenção abrangia. Assim, será feito um enquadramento de toda a história da equitação terapêutica e serão apresentadas algumas modalidades de intervenção. Serão ainda salientados os principais benefícios relatados por diversos autores e alguns estudos científicos já publicados em Portugal e noutros países.

### **1. História**

A equitação terapêutica surge integrada nas Terapias Assistidas por Animais (TAA). A *Delta Society* (2005, cit. in Silva, 2011), entidade reguladora dos programas que utilizam animais, define terapia assistida por animais como tratar-se de “uma intervenção dirigida a um objetivo, na qual o encontro entre o animal e o humano torna-se parte integrante do processo de tratamento; é dirigida por um profissional da área da saúde e está desenhada fundamentalmente para promover melhorias nas áreas física, emocional e social, respeitando o funcionamento cognitivo das pessoas” (p. 15). Segundo Fine (2010), a terapia assistida por animais é uma intervenção mediada por um profissional de saúde que mediante os seus objetivos, utiliza o animal como parte do processo terapêutico. Levinson (1997) defende que a utilização de animais é uma forma quase ideal para ver as crianças em ação. Uma criança a brincar com um cão ou com um gato vai relaxar naturalmente, uma vez que não sente que o psicólogo está a querer algo, mas sim que trouxe o animal para lhe dar prazer.

O cavalo é um animal, que também foi integrado nas terapias assistidas por animais, denominando-se esta terapia de equitação terapêutica. A história da equitação terapêutica tem vindo a ser construída desde o tempo de Hipócrates de COS, quando ainda A.C. este aconselhava a prática da equitação como forma de preservação do corpo de várias doenças, mas essencialmente para ajudar a ultrapassar as insónias. Posteriormente, Asclepiades da Prússia, em 124 A.C. aconselhava esta prática a “pacientes caquéticos, gotosos, hidróticos,

epiléticos, paralíticos, apopléticos, (...) com febre de terçã” (Ande-Brasil, 2011, p.3). Alguns autores foram aconselhando esta prática, sendo que se tornaram relevantes os estudos de Thomas Sydenham (1624, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) que **demonstrou os efeitos positivos da equitação para pessoas com gota**. Cirillo (1992, *cit. in* Justi, 2009) indicava a prática de equitação terapêutica a pacientes com tuberculose, cólicas biliares e flatulência.

Em 1900 na Alemanha, surgiram os primeiros relatos acerca da terapia com os cavalos, nomeadamente através do político russo Vladimir Ilitch Lênin, que utilizou a terapia com o cavalo como forma de recuperação de uma trombose cerebral (Lermontove, 2004 *cit. in* Justi, 2009).

O alemão Samuel Quelmalz (1687, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) foi o primeiro homem a inventar uma máquina equestre capaz de reproduzir o movimento tridimensional do dorso do cavalo. Segundo Cirillo (1992, *cit. in* Justi, 2009) no ano de 1901, em Inglaterra, foi fundado o primeiro hospital ortopédico do mundo, que aquando da guerra dos Boers, em África, recebeu um elevado número de feridos. Assim, uma dama inglesa, com o objetivo de quebrar a monotonia destes doentes, muitos deles mutilados, levou alguns dos seus cavalos para lá, tornando esta atividade pioneira num hospital. Em 1917, o hospital de Oxford criou o grupo Equoterapia do Hospital Universitário de Oxford, que tinha também como objetivo proporcionar algum lazer aos pacientes que lá se encontravam, quebrando a monotonia dos tratamentos, principalmente com os feridos da 1ª Guerra Mundial. A equitação terapêutica começava aqui a dar os seus primeiros passos ao utilizar o cavalo com pessoas com incapacidades motoras.

A grande marca histórica da equitação terapêutica surgiu em 1952, quando Liz Hartel, uma atleta dinamarquesa portadora de poliomielite, ganhou uma medalha de prata nas Olimpíadas, tendo competido com os melhores cavaleiros do mundo. O público apenas se apercebeu das suas incapacidades no momento em que a cavaleira apeou do cavalo para subir ao pódio, em que foi necessária a utilização de canadianas. Esta mesma situação voltou a repetir-se em 1956 nas Olimpíadas de Melbourne (Lobo, 2003). Nesta fase, muita gente se interessou pelos resultados obtidos por esta cavaleira e a equitação começou a ser vista como uma modalidade com **possibilidades terapêuticas**, nomeadamente ao poder ser praticado por pessoas não só com deficiências motoras mas também como auxílio de tratamentos médicos.

Em 1953, foi fundada em Inglaterra a Associação de Equitação Terapêutica para Inválidos. A partir daqui, a equitação como forma de terapia começou a expandir-se e entre 1965 e 1966 Joseph Bauer e Dr. Renaud iniciaram um programa terapêutico em Toronto e em 1968 fundaram a Associação Comunitária de Equitação Terapêutica para Inválidos. Em 1988, o Canadá lança o termo “Equitação para deficiente” (Ande-Brasil, 2011), considerando como principais objetivos o lazer como estimulador dos efeitos terapêuticos. Em simultâneo, na Alemanha evidencia-se o lado técnico e científico da atividade, dividindo-a em hipoterapia, volteio e pré-desporto. A hipoterapia era utilizada com situações patológicas com bons prognósticos, o volteio para problemas psíquicos e o pré-desporto era visto como uma atividade de iniciação à equitação com adaptações.

Em França, a reabilitação através do cavalo surgiu em 1965 como forma de reeducação equestre, sendo que desde logo se evidenciaram resultados com a possibilidade da “pessoa com deficiência recuperar-se e valorizar-se as suas próprias potencialidades” (Ande-Brasil, 2011, p.5). A equitação terapêutica tornou-se de imediato uma disciplina de estudo de âmbito científico. O primeiro estudo nesta área incidia sobre a reeducação equestre e foi apresentado ao Centro Hospitalar de Patre Clair, em 1969 (Justi, 2009). A partir daqui começaram a ser feitos diversos estudos que incidiam sobre esta temática, sendo apresentadas algumas teses de doutoramento, tendo sido a primeira em 1972, na universidade de Paris, pela Dra. Collete Picart Trintelin (acerca da qual não foi conseguido obter mais informações).

Em Portugal, a equitação terapêutica emergiu inicialmente no Algarve, em 1980, onde foi criada a “Associação Hípica para deficientes de Faro”. Esta associação era coordenada pela instrutora de equitação Beverly Gibbons em conjunto com uma enfermeira. Em 1989, Katheryn Watson, e após ter passado umas férias no Algarve onde ajudou uma amiga neste tipo de atividades com portadores de paralisia cerebral, criou em Lisboa a “Associação Hípica para Deficientes de Cascais”. Em 2009, foi criada no Porto a “Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos”. Esta associação é coordenada pela psicóloga Joana Pereira que tem desenvolvido um trabalho não apenas terapêutico como também de formação. Já em 2014, esta associação recebeu a *Federation of Horses in Education and Therapy International* que veio dar uma formação base de equitação terapêutica. Atualmente, a equitação terapêutica já se encontra divulgada por todo o país, sendo que foram sendo que têm sido criadas várias associações com objetivo de utilizar o cavalo como forma de intervenção terapêutica.

## 2. Modelos de Intervenção na Equitação Terapêutica

A equitação terapêutica pode ser definida como uma terapia com objetivos não apenas terapêuticos como também educacionais, que utiliza o cavalo “dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas da saúde, educação e equitação, procurando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadores de deficiências e/ou necessidades especiais” (Schubert, 2005, p.2). Leitão (2004) corrobora esta definição, referindo-se à equitação terapêutica como uma “área de intervenção, em que o cavalo é utilizado segundo uma abordagem interdisciplinar, tendo em conta a saúde, o desporto, o bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos com algum tipo de deficiência ou necessidades educativas especiais” (p.336).

Quando refletimos acerca desta área temos de ter em conta diversos modelos. A *Professional Association of Therapeutic Horsemanship Internation (PATH INTL)*, existe desde 1969 na América do Norte e promove a terapia assistida por equinos para indivíduos com necessidades especiais. A *PATH INTL*, para além da equitação terapêutica tem outras valências tais como a hipoterapia, a terapia equina para a saúde mental, a condução a cavalo, o volteio, a competição e o trabalho no solo. Por outro lado, podemos observar o modelo defendido pela *American Hippotherapy Association (AHA)*, que surgiu nos Estados Unidos em 1987, que defende que a hipoterapia é uma estratégia utilizada para o tratamento a nível de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala, onde os técnicos aproveitam o movimento do cavalo para intervir nas respetivas áreas. A *AHA*, no seu modelo de intervenção, não inclui a presença de um psicólogo (Ande-Brasil, 2011). Também a *Associação Nacional de Equoterapia (Ande-Brasil)*, fundada no Brasil em 1989, criou o seu modelo de intervenção dividindo-o em quatro valências: hipoterapia, educação/reeducação, pré-esportivo e prática desportiva paraequestre. Nas primeiras duas valências o cavaleiro não exerce influência sobre o cavalo, ao contrário do que acontece nas outras duas valências, sendo que na valência de prática desportiva paraequestre o objetivo principal é a participação em competições (Ande-Brasil, 2011).

O método de Kiron – terapias e coaching assistido por equinos, é um modelo criado e explorado em Portugal por Nathalie Durel que engloba três áreas essenciais: a aprendizagem vivencial; a etologia (psicologia e comportamento equino); e, o cavalo-espelho. A aprendizagem vivencial é uma área que coloca o cavaleiro no chão em interação com o

cavalo, proporcionando-lhe um conjunto de atividades adaptados à sua problemática. Neste modelo, o trabalho pode ser realizado de forma individual ou de grupo (e.g. terapia familiar, grupos de desintoxicação). É uma forma de terapia que pode ocorrer tanto em boxes como nos pastos e nos paddocks. O cavalo-espelho, é a forma terapêutica que coloca o cavalo em liberdade num picadeiro ou num espaço exterior adequado. A etologia, é mais um alicerce teórico que permite que os técnicos intervenham corretamente com os cavaleiros que uma forma de intervenção (Durel, 2012).

Ao longo dos anos, a *Federation of Riding for the Disabled International (FRDI)*, atualmente *Federation of Horses in Education and Therapy International (HETI)* foi emergindo e criando a sua posição acerca da equitação terapêutica. Este modelo parece ter sido bem aceite, uma vez que foi adotado por algumas associações e é seguido em vários países. Este será o modelo pelo qual este trabalho se rege e por isso o mais aprofundado, uma vez que é o modelo praticado na AEPM.

A *HETI* refere-se à equitação terapêutica, como uma terapia constituída por três valências: a hipoterapia, a equitação psico-educacional e de volteio e a equitação desportiva adaptada (Scott, 2005). Segundo Leitão (2004) este modelo tridimensional que caracteriza a Equitação Terapêutica reflete a “permeabilidade, a complementaridade e a dinâmica entre os principais agentes considerados: a medicina física e de reabilitação; a psicologia e a educação; e o desporto” (p.335).

A primeira valência, denominada de hipoterapia é considerada um “tratamento com a ajuda do cavalo” (Engel, 1997, p.46; Scott, 2005, p.5) que melhora a função neuromuscular. Nesta valência, o indivíduo “não exerce qualquer influência ativa sobre o cavalo, apenas se deixa conduzir” (Lobo, 2003, p. 44), reagindo automaticamente ao movimento tridimensional, provocado pelo cavalo. Scott (2005) e Engel (1997) defendem que a hipoterapia poderá ser liderada por um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um terapeuta da fala, ou qualquer terapeuta que tenha recebido a devida formação acerca dos “princípios da hipoterapia” (Scott, 2005, p.5).

Lobo (2003) refere o passo, como o único andamento utilizado em hipoterapia, visto ser o único constituído por quatro tempos. O passo do cavalo provoca estímulos sensoriais através do movimento, que permite aos indivíduos a reabilitação. Este movimento poderá ser variável, rítmico e repetitivo. O movimento provocado pelo passo do cavalo é semelhante

aos padrões de movimento da pélvis do ser humano. Este movimento, em combinação com as restantes estratégias utilizadas permite alcançar os objetivos pretendidos.

Segundo Scott (2005), a hipoterapia é indicada normalmente para crianças ou adultos com “disfunções neuromusculoesqueléticas leves ou severas” (p.5). Os resultados mais evidenciados são a normalização do tónus muscular, melhoria no equilíbrio, na coordenação, na comunicação, na função sensoriomotora, na postura simétrica e no controlo postural e aumento da mobilidade (Leitão, 2004; Scott, 2005). Por outro lado, as crianças ou adultos que integram esta valência, podem apresentar limitações ao nível da função motora grossa, da fala e da linguagem e dos comportamentos e habilidades cognitivas (Scott, 2005).

A segunda valência referida pela *Federation of Horses in Education and Therapy International (HETI)* é a equitação psico-educacional e de volteio. Esta tem como base atender às necessidades específicas de cada indivíduo tanto de ordem psicológica, como motora ou educacional. A equitação psico-educacional e de volteio, é direcionada para indivíduos cuja saúde mental, bem-estar emocional e a capacidade de aprender foram de alguma forma afetados (Scott, 2005).

A equitação psico-educacional e de volteio, ao invés da hipoterapia poderá utilizar os três andamentos do cavalo – passo, trote e galope ou o cavalo em estação, mediante os objetivos terapêuticos estabelecidos. Neste caso, o indivíduo poderá vir a exercer alguma ação sobre o cavalo (Costa, & Faria, 2005; Flores, 2001). Tanto as crianças como os adultos são visualizados, segundo uma “perspetiva holística”, e poderão obter resultados positivos tanto em atividade de grupo como individual.

Esta valência é normalmente utilizada em pessoas com problemas psicossociais e necessidades a nível da saúde mental e em pessoas com alterações a nível da cognição, do humor, do discernimento, do nível de ansiedade, da perceção, das competências sociais, da comunicação, do comportamento e da aprendizagem. São exemplos concretos, patologias como hiperatividade e défice de atenção, depressão, perturbação do espectro autista, perturbação de ansiedade, dificuldades a nível da linguagem recetiva e expressiva, esquizofrenia, entre outras (Scott, 2005).

Por último, a terceira valência é denominada equitação desportiva adaptada e diz respeito à equitação dirigida para crianças ou adultos portadores de deficiência. Pode incluir jogos, realização de percursos e aprendizagem de competências de equitação, *dressage* e manutenção dos cavalos e dos espaços (Costa, & Flores, 2005; Lobo, 2003). O objetivo

principal desta valência, incide na potencialização da qualidade de vida dos indivíduos através da estimulação física e emocional, em simultâneo com a aprendizagem de competências equestres (Scott, 2005) Neste caso, o papel do terapeuta é menos participativo, e tem como objetivo que os indivíduos aprendam o suficiente de equitação para que possam integrar, no futuro, a participação em competições. Esta valência, tal como a anterior, poderá ser realizada como atividade de grupo ou individual.

Os indivíduos que integram a valência de equitação desportiva adaptada, poderão ser os mesmos que anteriormente integravam qualquer uma das valências explicadas (hipoterapia e equitação psico educacional e de volteio), e onde o progresso permitiu uma maior autonomia a cavalo (Scott, 2005).

De entre as várias modalidades de equitação terapêutica existentes, as escolas de equitação terapêutica devem adotar a que mais se ajusta aos seus princípios e aos seus objetivos. Apesar da existência de uma federação internacional, não há em Portugal nenhum regulamento que obrigue as escolas a seguir determinado modelo.

O que é descrito na literatura carece de informação explícita relativamente a modelos teóricos de referência. Contudo, e fazendo uso da observação e da experiência direta neste domínio dir-se-ia que o modelo teórico de referência a nível da psicologia é o modelo comportamental e alguns dos seus desenvolvimentos associados à terapia cognitiva. A definição dos objetivos para cada sessão, bem como o sistema de avaliação permanente das aquisições realizadas, inspiram-se fortemente na metodologia de análise de tarefas proposta por este modelo. Este modelo utiliza a aprendizagem através da observação e estímulo-resposta (Peixoto, 2008). A nível da intervenção este modelo enquadra-se na forma de atuar em equitação terapêutica visto que para o resultado final ser mais eficiente, a tarefa poderá ser decomposta de forma ordenada em pequenas tarefas. Os sucessos que os alunos obtêm ao longo de todas as pequenas tarefas perfazem um comportamento final mais eficiente. Ao longo de todo este processo, e não esquecendo os princípios do condicionamento clássico, a mesma atividade vai sendo repetida diversas vezes até se obter a resposta correta. Todas as pequenas evoluções são reforçadas, de forma a que os alunos aumentem a sua motivação, e de modo a que a mesma resposta comece a ser associada a vários estímulos. Leal (1990) refere que o modelo de análise de tarefas pretende aferir o nível de desenvolvimento cognitivo da criança, identificar os objetivos a que as pessoas se propõe a atingir, qual a sequência de ensino é que será efetuada para se atingir os objetivos propostos e como é que

se avalia se os objetivos estabelecidos estão a ser alcançado. A AEPM segue esta lógica de ideias podendo considerar-se que quando os terapeutas efetuam a avaliação inicial estão a aferir o nível de desenvolvimento da criança. A partir deste ponto, são definidos alguns objetivos como por exemplo, a nomeação das cores. A partir deste objetivo tem de se identificar quais as primeiras cores que se pretende que sejam ensinadas e de que forma é que isto vai acontecer. No final de cada sessão verifica-se se o objetivo foi ou não cumprido através de uma checklist. A tarefa só se dá como completamente finalizada, quando o conceito está adquirido na presença de diversos estímulos. O facto de existir um cavalo, faz com que as recompensas estejam ligadas a algo que gostem no cavalo (e.g. ao nomearem a cor corretamente, dão uma volta a trote).

### **3. O Cavalo, a Equipa e o Espaço Terapêutico**

O cavalo já existe há vários milhões de anos e tem passado por evoluções não só morfológicas como também das suas funções. Estiveram presentes nas guerras, auxiliaram no cultivo de terrenos e foram um meio de transporte para as pessoas durante alguns anos. Atualmente são muito utilizados como meio de lazer e para participação em competições. Entretanto, o papel do cavalo nas terapias começou a emergir, e este começou também a ser visto e utilizado como instrumento terapêutico.

Assim, a escolha do cavalo como instrumento terapêutico alia-se à sensação de força e poder que este transmite aos seres humanos bem como aos benefícios que os seus andamentos transferem às pessoas. O cavalo é utilizado como instrumento reabilitador e terapêutico tornando-se o agente impulsionador dos ganhos físicos, psicológicos e educacionais dos sujeitos (Bitar *et al.*, 2004 *cit. in* Gimenes, & Andrade, 2005). Não pode ser considerado apenas um instrumento ou objeto, mas sim um ser vivo que possui “instintos, comportamentos, reflexos e necessidades” (Gimenes, & Andrade, 2005, p.6). O “andar a cavalo” permite que as crianças ou os adultos experienciem sentimentos de independência e de “ser capaz” que contribuem para o desenvolvimento da “afetividade, autoconfiança, autoestima, organização do esquema corporal, responsabilidade, atenção, concentração, memória, criatividade, socialização, entre outros” (Gimenes, & Andrade, 2005, p.6). Ao escolher um cavalo para equitação terapêutica, deve ter-se em atenção aspetos como o tamanho, a largura do dorso, a idade e o temperamento. Os cavalos escolhidos, não se devem

encontrar numa idade de envelhecimento, uma vez que sendo o passo o movimento essencial nesta terapia, deve ser realizado corretamente e nos quatro tempos desejados. Segundo Scott (2005), “um cavalo de terapia é como um som” (p.39), em que um pequeno coxear do cavalo, já não irá permitir uma marcha regular, que pode ser prejudicial aos indivíduos.

Quando um indivíduo se encontra em cima do cavalo é-lhe proporcionado um movimento semelhante ao nosso “passo”. Isto relaciona-se com o facto do movimento da pélvis dos cavalos no seu andamento mais lento (passo) ser semelhante ao passo do homem. Isto é que faz do cavalo um excelente instrumento terapêutico.

Podemos considerar a existência de 3 componentes fundamentais que possibilitam a perceção dos efeitos e a compreensão do valor do movimento. Em primeiro lugar temos a aceleração/desaceleração do cavalo que influenciam a pélvis a nível da inclinação anterior/posterior do cavaleiro; as pernas do cavalo empurram e balançam a marcha durante todo o processo (aceleração) e à uma inclinação posterior da pélvis. Ao invés, quando os pés do cavalo atingem o chão, ocorre a desaceleração e a pélvis tem uma inclinação anterior. O segundo componente a considerar é a flexão lateral que o cavaleiro efetua sobre a pélvis. O terceiro componente é o movimento que ocorre quando o cavalo movimenta as suas pernas para a frente, flexionando o tronco lateralmente (Nogueira, 2007). Podemos caracterizar o passo do cavalo, dentro de um movimento tridimensional, em que num plano vertical ocorre um “movimento para cima e para baixo” (Ande-Brasil, 2011, p.34), num plano horizontal ocorre um “movimento para a direita e para a esquerda”, segundo o eixo transversal do cavalo (Ande-Brasil, 2011, p.34) e num eixo longitudinal, onde o movimento ocorre “para a frente e para trás” (Ande-Brasil, 2011, p.34).

Medeiros e Dias (2002, *cit. in* Justi, 2009) referem a importância do ritmo para a terapia. Assim, classificam o passo do cavalo em transpistado, sobrepistado e antepistado. O passo transpistado, é um passo de baixa frequência em que o cavalo “apresenta um comprimento de passo longo no qual a sua pegada ultrapassa a marcha da pegada anterior” (p.48). No sobrepistado o cavalo apresenta uma “frequência média, na qual a sua pegada coincide com a marca da pegada anterior” (p.48). Ao invés, o passo antepistado é de alta frequência, uma vez que o cavalo apresenta “um comprimento de passo curto em que a sua pegada antecede a marca da pegada anterior” (p.48). É importante ter em conta que, o tamanho da passada do cavalo deve-se assemelhar ao tamanho da passada do adulto no chão. Isto permite que o andamento do cavalo proporcione movimentos com o tronco e a pélvis que fazem com que

o indivíduo se adapte ao movimento. Esta é uma das razões que leva à pouca utilização dos pôneis na terapia, uma vez que o seu passo não se aproxima do ritmo de uma criança ou de um adulto.

Como se pode verificar, o cavalo é um elemento crucial na equipa de equitação terapêutica. Para além do cavalo a equipa deve ser constituída por técnicos de saúde ou educação (psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional), técnicos de equitação (instrutores, monitores, ajudantes e tratadores) e o veterinário.

Na equitação terapêutica existe uma maior diretividade no trabalho tendo em conta a diversidade de estímulos existentes (e.g., espaço físico, cavalo, terapeutas). Assim, podemos basear a equitação terapêutica numa relação triangular que inclui atividade constante e direta entre o cavalo, o terapeuta e a criança ou adulto envolvido no processo.

Os técnicos de saúde ou educação devem para além da sua formação base, ter conhecimentos acerca da equitação em geral de forma a ajustar a sua intervenção às potencialidades que o cavalo pode proporcionar. O conhecimento em equitação é essencial para que o técnico tenha o à vontade suficiente com o cavalo de forma a lidar da forma mais positiva possível com este.

O psicólogo na equitação terapêutica intervém não só com o praticante como também com a família da criança, adolescente ou adulto que está a receber a terapia. Em relação ao praticante, o psicólogo deve acompanhar e moderar a aproximação e o primeiro contacto com o cavalo. Tem ainda como função principal, auxiliar no processo de ensino-aprendizagem que irá decorrer durante as várias sessões, gerindo as emoções que vão surgindo (Ande-Brasil, 2011). O psicólogo deve efetuar atividades e jogos lúdicos que vão de encontro aos objetivos cognitivos, comportamentais e educacionais definidos pela equipa. Para a definição destes objetivos, o psicólogo em conjunto com a equipa, tem como base uma avaliação inicial realizada durante as primeiras sessões de equitação terapêutica, onde vai observando as principais competências dos alunos e as suas principais lacunas, de forma a conseguir criar objetivos que vão de encontro à diminuição ou eliminação das lacunas. É necessário ter em conta a opinião e as expectativas dos pais, no que se refere às expectativas que têm com a atividade. Esta forma de atuar tem como base o modelo comportamentalista que ressalva que ao efetuar um plano de intervenção deve-se efetuar primeiramente a elegibilidade para a atividade, depois identificar os objetivos da intervenção tendo em conta o desenvolvimento funcional, identificar as estratégias que melhor se adequam a cada

criança, identificar ainda os objetivos que os pais têm para com os filhos e as necessidades que sentem, bem como reforçar as competências e o trabalho dos pais, desenvolver uma perspectiva de necessidades e recursos da criança na família e avaliar a eficácia dos serviços em relação à criança e às famílias (Bailey, & Wolery, 1992). Ao longo das sessões de equitação terapêutica, e uma vez que têm um tempo reduzido, o psicólogo divide um grande objetivo em vários pequenos objetivos, efetuando uma verificação imediata do sucesso e reforçando por cada pequeno objetivo que o praticante vai atingindo, ressaltando-se assim o modelo comportamentalista de dificuldade progressiva. Através de uma checklist o psicólogo vai completando os pequenos objetivos e passando para o seguinte sempre que há um sucesso. O psicólogo trabalha ainda a questão dos “conflitos, os traumas e as desorganizações comportamentais por meio da conscientização de suas potencialidades” (Uzun, 2005, p. 42). Adicionalmente, o psicólogo tem uma função primordial em relação à restante equipa. Este, mesmo quando não está a efetuar uma intervenção direta, deve moderar a frustração, a motivação, o comportamento e a estabilidade emocional da criança ou do adulto, aquando da realização de atividades com outros técnicos. Em relação à intervenção com a família, o psicólogo deve, se considerar necessário, trabalhar alguns sentimentos que advêm do facto de existir uma pessoa com necessidades especiais na família. Poderá ainda dar pistas à família no sentido de ajudar na melhoria da qualidade de vida do sujeito em causa. Complementar ao papel do psicólogo, o fisioterapeuta surge para fazer a avaliação do “estado funcional do praticante” (Ande-Brasil, 2011, p.66). O fisioterapeuta colabora na escolha do cavalo, na forma do cavaleiro montar e apear e no tipo de andamento que deverá ser efetuado pelo cavalo. É também da responsabilidade do fisioterapeuta, intervir no sentido de aproveitar a terapia para efetuar correções de desvios posturais existentes, evitando alterações motoras ou estruturais (Uzun, 2005). O fisioterapeuta é responsável por aproveitar a estimulação sensorial dada pelo cavalo, para o conduzir de modo a que os cavaleiros efetuem os movimentos de forma normal e inibam os comportamentos anormais (Martinez, 2005).

Por outro lado, a equipa pode ainda incluir a presença de um terapeuta da fala e de um terapeuta ocupacional. A função efetuada pelo terapeuta da fala numa equipa de equitação terapêutica não difere em parte do que este realiza em termos de gabinete, tendo a vantagem de utilizar o cavalo como fator motivacional. Assim, o terapeuta da fala efetua uma estimulação da fala, deglutição e fortalecimento oro facial que é facilitado pelo andamento do cavalo (Uzun, 2005). O terapeuta da fala deve propiciar momentos em que o cavaleiro

estabeleça alguma comunicação seja com os técnicos, o cavalo ou com o meio (Caldas, Domingues, & Haddad, 2004). Por outro lado, o terapeuta ocupacional tem como objetivo principal dar maior autonomia à criança ou adulto com deficiência nas suas atividades de vida diária. Assim, intervém a nível da criação de adaptações funcionais, na prática da equitação e nas atividades de vida diária do cavaleiro. Para além disto, ajuda na criação de atividades que melhorem a coordenação motora e a funcionalidade do cavaleiro em tarefas que podem ir desde a alimentação do cavalo até à sua exploração tátil (Uzun, 2005). Neste contexto, o terapeuta ocupacional aproveita a motivação que o cavalo dá aos indivíduos para efetuar a sua intervenção.

Os técnicos de equitação, sejam eles instrutores ou monitores, são essenciais na equipa de equitação terapêutica, uma vez que definem e orientam o treino específico do cavalo para a terapia. Assim, auxiliam na dessensibilização do cavalo não só aos materiais que se utilizam nas sessões, como também a movimentos mais bruscos. Juntamente com a restante equipa, colabora na escolha do cavalo mais indicado para cada indivíduo.

A presença de um veterinário na equipa é também de extrema importância. O veterinário tem como função principal a avaliação da saúde do cavalo. Este é o único responsável pela avaliação do cavalo, sendo o único profissional pertencente à equipa capaz de verificar a sua saúde (Flôres, 2009). O veterinário exerce uma função de orientação sob os técnicos que lidam com o cavalo, informando e ensinando os cuidados base de saúde e higiene diária do cavalo (Flôres, 2009) Deve ainda explicar aos técnicos os sinais comportamentais do cavalo que poderão indicar que algo na saúde do cavalo não está bem. Para além desta função mais de instruir os técnicos, o veterinário é responsável pelo bem-estar físico do cavalo, sem esquecer a sua importância para o plano de vacinação e desparasitação anual do cavalo. Estes planos são cruciais para garantir que não há transmissão de doenças. Pode recorrer-se ainda ao auxílio do veterinário para a escolha de um cavalo para a terapia.

A equitação terapêutica pode ocorrer num picadeiro fechado ou num espaço exterior. É essencial a utilização de um cavalo devidamente treinado, que permita ao cavaleiro movimentar-se e que permita a utilização de materiais de estimulação cognitiva, educacional e motora. Quando é utilizado um espaço exterior, o cavalo deve-se encontrar devidamente familiarizado com ele, para que não seja surpreendido ao longo da sessão com algo que lhe provoque medos ou receios.

#### 4. Benefícios da Equitação Terapêutica

Ao longo dos tempos têm sido referidos vários benefícios da equitação terapêutica. Ribeiro (2003) refere como benefícios físicos da equitação terapêutica a melhoria no equilíbrio, o relaxamento da espasticidade e o aumento da força muscular. A mesma autora, refere como benefícios psíquicos o aumento da autoconfiança, a melhoria da capacidade de aprendizagem, a concentração e visão espacial e a maior motivação para alcançar objetivos pessoais. Gimenes e Andrade (2005) referem que a equitação terapêutica através dos sentimentos de independência, liberdade e capacidade potenciam benefícios ao nível da “afetividade, autoconfiança, autoestima, organização do esquema corporal, responsabilidade, atenção, concentração, memória, criatividade, socialização, entre outros” (p.6).

Uzun (2005 *cit. in* Schubert, 2005) refere também nas suas investigações que a equitação terapêutica traz benefícios aos indivíduos a nível da adequação do tônus muscular, da coordenação motora, do controle da cabeça e do tronco, da adequação do equilíbrio, da facilitação do processo de ensino e aprendizagem, da estimulação da atenção e da concentração, da socialização, da autoconfiança. A mesma autora, refere a importância da equitação terapêutica para o alívio do stress e para a ativação dos sistemas cardiorrespiratórios e músculo-esqueléticos. Os estudos de Bertoti (1988, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) vão de encontro ao de Uzun (2005) e de Ribeiro (2003) salientando a importância da equitação terapêutica para a normalização do tônus muscular. Brudvig e McGee (2009, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) também corroboram os estudos de Uzun (2005) em relação à importância da equitação terapêutica para o controle do tronco e da cabeça. McGee (2009, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) acrescenta ainda a normalização da simetria corporal, que advém da melhoria que a equitação terapêutica proporciona ao nível da postura e do balanço corporal.

Bortolini (2005) refere os benefícios que advém da equitação terapêutica como forma de complementar as terapias convencionais. Defende que a equitação terapêutica acrescenta às restantes terapias o aumento ou até normalização do comportamento social e motor, uma diminuição dos distúrbios de aprendizagem, uma melhoria ao nível da postura, o desenvolvimento do esquema corporal bem como o aumento da atenção e da concentração. Refere ainda que a equitação terapêutica ajuda na aquisição de lateralidade, do

desenvolvimento da motricidade fina e grossa e na melhoria a nível da autoconfiança e segurança. Por fim, menciona a interação social como um fator relevante e positivo desta terapia. Também a Ande-Brasil (2011) refere os efeitos positivos da equitação terapêutica relativamente à **aquisição da lateralidade, na melhoria da percepção do esquema corporal e da produção de movimentos corporais.**

Anunciação e Peixoto (2002) dão maior importância aos benefícios que a equitação terapêutica pode trazer a nível do aumento da autoestima. Segundo a autora, a autoestima emerge da relação com o outro e da forma como nos vemos nessa relação. Na equitação terapêutica esta relação é criada não apenas com os técnicos que auxiliam o processo como também com o cavalo. O cavalo vai trazer ao indivíduo diversas sensações de prazer, afeto, agressividade, angústia e insegurança que irão ajudar na reestruturação de diversos aspetos psicológicos. O indivíduo a cavalo irá experienciar momentos de independência e liberdade, momentos de dificuldades e ainda momentos de domínio e poder. Através destas sensações e da capacidade para realizar autonomamente tarefas a cavalo, as pessoas adquirem um sentimento de ser capaz, o que eleva a sua autoestima.

Haehl e Murphy (2008, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) ressaltam os benefícios da equitação terapêutica na melhoria da “amplitude de movimento articular, com efetiva mobilização das articulações de coluna vertebral e de cintura pélvica” (p. 67) bem como no aumento do tônus muscular. McGibbon (1988, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) refere que a equitação terapêutica produz benefícios ao nível da melhoria do equilíbrio estático, tanto na posição sentada como em pé e do equilíbrio dinâmico. Salienta ainda as melhorias a nível da motricidade fina e grossa e melhorias a nível da marcha. McGee (2009, *cit. in* Ande-Brasil, 2011) corrobora nas suas investigações as melhorias a nível da marcha.

A Ande-Brasil (2011) salienta como principais benefícios psicológicos da equitação terapêutica o aumento da autoestima, da autoconfiança, do bem-estar, da autonomia e da socialização. Refere ainda que a equitação terapêutica proporciona condições para desenvolver a afetividade, a linguagem e a inserção social.

Freire (1999, *cit. in* Justi, 2009) menciona que a prática de equitação terapêutica traz benefícios a nível do desenvolvimento da força muscular e do tônus muscular. Salienta ainda a importância da equitação terapêutica para o relaxamento e para a melhoria da coordenação motora, para o aumento da autoconfiança, da autoestima, melhoria a nível da fala, da estimulação tátil e lateralidade. A equitação terapêutica auxilia ainda na aquisição de

conceitos simples (e.g., cores), na orientação espacial e temporal, no aumento do nível de memória e da percepção visual e auditiva.

Em síntese, é possível afirmar que a equitação terapêutica tem efeitos positivos a nível do bem-estar, autoestima, autoconfiança e confiança nos outros, melhoria das capacidades de aprendizagem, equilíbrio, lateralidade, atenção e concentração, relaxamento, correções posturais e na motivação para a concretização de objetivos pessoais.

## **5. Investigação em Equitação Terapêutica**

A investigação em equitação terapêutica parece já ter dado os primeiros passos, embora seja ainda um território em desenvolvimento. Não são muitos os estudos que se encontram apresentados de forma sistemática. Na revisão bibliográfica realizada também não se encontraram estudos com os diversos tipos de problemas em que a equitação terapêutica tem sido usada. Nomeadamente, não foi possível identificar estudos com crianças com perturbações emocionais específicas e com crianças de diversas faixas etárias, permitindo compreender o impacto da intervenção em diferentes idades.

Leitão (2004) investigou em Portugal a influência da equitação terapêutica em crianças perturbações do espectro do autismo. Para tal, efetuou um estudo com 5 indivíduos autistas, com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos. Em nenhum dos casos existia experiência prévia com cavalos e todos os indivíduos estavam a realizar o programa *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children* (TEACCH) durante a intervenção realizada em equitação terapêutica. Para além deste, nenhum deles teve qualquer apoio pedagógico adicional ao longo das 16 semanas de intervenção. Leitão (2004) utilizou a *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)* de Schopler, Reichler, Bashford, Lansing & Marcus (1994 *cit. in* Leitão, 2011), que consiste num conjunto de atividades e jogos apresentados às crianças num contexto de atividades estruturadas de jogo. Esta escala divide-se em escala do desenvolvimento e escala do comportamento. A escala do desenvolvimento contém 131 itens onde se inclui a imitação, a percepção, a motricidade fina e global, a integração óculo-manual, a realização cognitiva e a realização verbal. A escala do comportamento contém itens relacionados com a relação e afeto, jogos e interesses por materiais, modalidades sensitivas e linguagem. Para além da PEP-R, Leitão (2004) também aplicou a *Autism Treatment of Evaluation Checklist (ATEC)* (Rimland & Edelson,

2000, *cit. in* Leitão, 2004). Esta segunda escala é utilizada normalmente para verificar a eficácia das intervenções em crianças com autismo. Esta escala é normalmente preenchida pelos pais, professores ou pessoas que prestem os cuidados diários básicos à criança. Esta escala inclui itens relacionados com o discurso, a linguagem e a comunicação, a sociabilidade, a consciência cognitiva e sensorial e a saúde, o desenvolvimento físico e o comportamento da criança.

Adicionalmente às duas escalas já acima mencionadas, foi criada e utilizada uma grelha de observação individual do cavaleiro para cada sessão. Esta grelha foi elaborada com base em itens que constituem o PEP-R, o ATEC e a *Rafferty Therapeutic Riding Program Evaluation Form*. Esta grelha tem em conta a criança tanto no solo como em cima do cavalo e organiza 40 itens segundo uma escala de relacionamento e afeto e uma escala de linguagem. Complementar a todas estas escalas, foram efetuadas gravações audiovisuais.

Para a sua investigação, Leitão (2004) utilizou uma amostra de conveniência. A partir daqui, foram recolhidas as respetivas anamneses (Brusset, 1985 *cit. in* Leitão, 2004). Posteriormente, o PEP-R foi aplicado em forma de pré-teste e pós-teste. As 16 sessões de equitação terapêutica, ocorreram sempre no mesmo dia da semana, à mesma hora, no mesmo local e com o mesmo cavalo. Leitão (2004) divide em dois períodos as sessões realizadas com cada indivíduo. O primeiro período, tinha como principais objetivos o estabelecimento do vínculo entre a criança e o cavalo e todos os intervenientes nas sessões, bem como a criação de segurança e estabilidade emocional à criança. No segundo período, os objetivos principais eram a utilização de exercícios de equitação desportiva normal, adaptando-os a cada criança com necessidades educativas especiais. No final de cada sessão, o registo era efetuado através da grelha de observação criada. Durante o período de intervenção, as crianças foram filmadas mensalmente durante cerca de 20 minutos.

Às mães, foi aplicado quinzenalmente o *Autism Treatment Evaluation Checklist* durante o período de aplicação da intervenção.

No final da intervenção, é salientado que todos os participantes demonstraram uma melhoria na sua idade de desenvolvimento – dois dos participantes aumentaram dois meses à sua idade desenvolvimental, outros dois aumentaram quatro meses e um outro aumentou onze meses. Segundo Leitão (2004) estes resultados vieram corroborar os estudos de Schulz (1997 *cit. in* Leitão, 2004) que já tinha referenciado a equitação terapêutica como promotora do desenvolvimento, do bem-estar e do comportamento adequado das crianças. Os

resultados do PEP-R permitem afirmar que todas as crianças registaram melhorias. As competências que foram melhoradas são díspares de criança para criança, sendo que se salienta uma das crianças que registou melhorias em todas as áreas e uma outra criança que apenas registou melhorias numa das áreas. Em todas as crianças, a área em que se evidenciaram mais evolução foi a área do relacionamento e afeto. É de ressaltar, que numa das crianças apesar de terem sido evidenciadas melhorias em diversas áreas, não se pode afirmar que a intervenção foi eficaz, uma vez que houve um agravamento noutras áreas (e.g., hiperatividade, intensidade e frequência de sons).

Assim, Leitão (2004) confirma a influência positiva que a equitação terapêutica exerce sob as crianças autistas, ressaltando a importância da tríade terapeuta, criança e cavalo para o sucesso da terapia.

Faria e Costa (2001) estudaram os contributos que a equitação adaptada pode trazer a nível da promoção do autoconceito em portadores de paralisia cerebral. Assim, utilizaram 37 sujeitos portadores de paralisia cerebral, sendo 37.8% do sexo feminino e 62.2% do sexo masculino. Os sujeitos tinham idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos, podendo-se considerar que 48.6% têm 24 ou menos anos e 51.4% tem 25 ou mais anos. É de salientar, que no total dos 37 sujeitos, 48.6% praticam equitação adaptada e 51.4% praticam outros desportos (e.g., boccia, atletismo, natação e capoeira).

Para analisar a evolução do autoconceito ao longo das sessões de equitação terapêutica, foi aplicado o *Self-description Questionnaire III (SQD III)*, adaptado à população portuguesa por Faria e Fontaine (1992 cit. in Faria & Costa, 2001). Este questionário permite avaliar 13 dimensões do autoconceito: competência verbal, competência matemática, assuntos escolares em geral, resolução de problemas, aparência física relação com pares do mesmo sexo, relação com pares do sexo oposto, relação com os pais, estabilidade emocional, honestidade/fiabilidade, valores espirituais/religião e autoconceito global. Para além deste questionário, as autoras construíram um questionário sociodemográfico com uma versão para os praticantes de equitação e uma outra para os das restantes modalidades.

As autoras concluíram que a equitação terapêutica em relação às restantes modalidades contemplam melhorias significativas em relação a competências académicas, nomeadamente matemática e resolução de problemas, à dimensão da aparência física e do autoconceito global. As autoras justificam isto, com o facto de esta modalidade promover o domínio do animal, o sentido de autonomia, a perceção do corpo, a capacidade de ultrapassar

obstáculos e de resolver problemas. Os praticantes de equitação terapêutica apresentam resultados mais elevados em todas as dimensões do autoconceito em relação aos praticantes de outras modalidades. As autoras concluem ainda, que não é o tempo de prática de uma modalidade que influencia a melhoria do autoconceito, mas sim a qualidade da mesma.

Justi (2009) investigou a influência da equitação terapêutica para o desenvolvimento da linguagem infantil. Para tal, utilizou duas crianças, com oito anos, do sexo masculino e com atraso da linguagem. Nenhuma destas crianças pratica outra atividade física ou terapêutica regular. Esta intervenção ocorreu em conjunto com a Clínica Escola UCDB e o PROEQUO-UCDB. O PROEQUO é um programa que favoreceu a criação de um centro de equitação terapêutica numa instituição universitária Brasileira. Inicialmente foi aplicada uma entrevista de anamnese e uma avaliação auditiva, que permitia excluir casos em que o atraso da linguagem se pudesse dever a problemas auditivos. Assim, posteriormente foi aplicado um protocolo de avaliação da linguagem, criado pela Universidade Dom Bosco. Este protocolo foi aplicado antes e após a intervenção. Este protocolo pretende avaliar o desenvolvimento da linguagem, a nível recetivo e expressivo, o desenvolvimento perceptivo, tanto auditivo como tátil, espacial e temporal, o desenvolvimento da motricidade global, hábitos de independência, esquema corporal, coordenação manual, desenvolvimento e compreensão verbal, escrita, conceito numérico, socialização e movimentos corporais. Nesta avaliação foi também realizado um ditado e efetuado um desenho, tanto antes como após a intervenção. Para além disto, foi criada uma ficha diária que era utilizada após cada sessão como forma de registar aspetos como o dia da sessão, o cavalo e o material utilizado, o humor a atenção, a disciplina e a verbalização.

Esta intervenção decorreu ao longo de 14 sessões, perfazendo uma sessão semanal ao longo de quatro meses. Evidenciaram-se resultados positivos, sendo que ambos os participantes tiveram evoluções notórias. Ambos apresentam melhorias ao nível da descodificação (e.g. percebem melhor o que lhes é dito), da semântica (e.g. aumento do número de palavras que utilizam), da sintática (e.g. desenvolvimento na construção das palavras por meio da combinação de unidades, sejam elas fonemas e sílabas) e da pragmática (e.g. evolução na produção da fala). Também são relatadas melhorias a nível de aspetos psicomotores, perceptivos e funções cognitivas, nomeadamente a nível da memória.

Lorenzetto e Freitas (2010) efetuaram um estudo de caso focado no impacto da equitação terapêutica ao nível do equilíbrio. O sujeito é do sexo masculino, tem 60 anos e

com diagnóstico de acidente vascular encefálico, com sequelas de hemiparesia espástica. Frequentes sessões de fisioterapia, duas vezes por semana numa clínica particular. O sujeito encontrava-se em fase espástica, com a cognição preservada e com défice a nível do equilíbrio. Antes de ser iniciada a intervenção, foi aplicada a Escala de Berg, constituída por 14 itens. A intervenção foi constituída por 14 sessões semanais, com quarenta e cinco minutos cada. Após a 10<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> sessão foi novamente aplicada a Escala de Berg, evidenciando-se sempre melhorias a nível do equilíbrio. Na primeira e na décima sessão, os resultados mostravam um risco de queda moderado, sendo que após a décima quarta sessão o indivíduo apresentava um baixo risco de queda. Houve três tarefas em que o cavaleiro não apresentou melhorias, sendo uma delas alcançar a frente com o braço estendido, sendo necessária supervisão para não cair, também descer escadas alternando os pés causou vários desequilíbrios, sendo necessário dar sempre apoio e permanecer a pé sobre uma perna também não obteve melhorias. Pelo contrário, passar da posição sentado para a posição em pé e passar da posição em pé para a posição sentado, teve uma melhoria significativa a nível do equilíbrio. Apesar de ser um estudo de caso, nota-se melhorias significativas no equilíbrio de um indivíduo com hemiparesia espástica através da prática de equitação terapêutica.

Corring, Lundberg e Rudnick (2013) fizeram um estudo para verificar a influência da equitação terapêutica em adultos esquizofrénicos. Os autores relatam efeitos positivos da equitação terapêutica em esquizofrénicos, num programa de grupo que teve a duração de 10 semanas. Cada sessão tinha a duração de uma hora e meia. Os participantes foram divididos em 2 grupos, e cada grupo era constituído por 3 indivíduos esquizofrénicos e 3 técnicos, sendo um técnico por cada indivíduo. Os seis participantes tinham entre os 36 e os 59 anos, sendo que três deles já tinham tido entre duas a cinco hospitalizações psiquiátricas e os outros três mais de treze hospitalizações. A prevalência da doença entre estes participantes varia entre seis a trinta e oito anos e todos concluíram o ensino secundário.

Através do SCID os autores verificaram o diagnóstico de esquizofrenia e aplicaram a *Global Assessment of Functioning* - GAF para verificar o nível funcional de cada sujeito. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas tanto no início como no final da intervenção com os cavaleiros. Com os técnicos que acompanharam as sessões, foram realizadas também entrevistas semiestruturadas, mas apenas no final da intervenção.

No final da intervenção, todos os sujeitos referiram a equitação terapêutica como uma forma de intervenção engraçada, onde é criada uma boa relação com o cavalo. Também

relatam ganhos ao nível da confiança e da autoestima e da relação estabelecida com os outros. Na entrevista à equipa é salientada a predisposição dos cavaleiros esquizofrénicos para a aquisição de novas aprendizagens.

Até ao momento, todos os estudos realizados pelos mais variados autores incidem mais nos adultos ou em grupos muito pequenos de crianças, não existindo ainda investigações com crianças com outro tipo de perturbações emocionais que não sejam o autismo, como por exemplo a hiperatividade. A maior parte dos estudos efetuados ainda não integram um grupo de controlo, dificultando o conhecimento da especificidade dos benefícios que se podem atribuir a esta intervenção. O interesse em expandir a investigação nesta terapia no domínio da intervenção tem sido crescente e tem estado em constante divulgação, sendo ainda necessário surgirem investigações não tanto focadas na eficácia mas sim na explicação e na compreensão do processo e da relação terapêutica.

## II – Estudos Empíricos

A falta de investigação científica em Portugal na área da equitação terapêutica constitui uma lacuna em relação a outros países mundiais. Assim, torna-se essencial que se efetuem estudos com o objetivo de se evidenciar de que forma a equitação terapêutica ajuda no desenvolvimento de crianças com diversas problemáticas. Para tal, é importante que se inicie com investigações exploratórias, para que posteriormente seja possível analisar a eficácia da equitação terapêutica especificamente para cada tipo de problemática, bem como o processo de evolução e a identificação de fatores explicativos do sucesso.

Este trabalho é dividido em dois estudos. O primeiro estudo aborda as representações sociais dos adultos acerca da equitação terapêutica e da evolução pelos seus educandos e é seguido por um grupo de estudos de caso, focados na observação e análise dessa evolução e da aliança terapêutica dessas crianças com os técnicos. Assim, o primeiro estudo integra toda a comunidade pertencente à *Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos* e os seus objetivos centram-se na exploração das ideias sobre a equitação terapêutica, a evolução proporcionada, as expectativas que transporta e satisfação, segundo a perceção dos pais e dos profissionais de suporte da criança. O segundo estudo foca-se na observação e análise de quatro crianças três delas com atrasos do desenvolvimento e, uma com hiperatividade e défice de atenção. O objetivo principal do segundo estudo é analisar a evolução das crianças, nomeadamente o impacto de 4 meses de intervenção na qualidade narrativa destas crianças, bem como, explorar a relação entre a evolução e a aliança terapêutica dos alunos em relação aos terapeutas.

Num primeiro momento será apresentado o método e os resultados em relação ao primeiro estudo e, num momento posteriormente, o método e os resultados relativos ao segundo estudo. Posteriormente é feita a discussão global dos resultados.

## **1. Primeiro Estudo Empírico: Estudos das representações dos adultos acerca da Equitação Terapêutica**

Este estudo tem como ideia central a definição de uma espécie de linha de base acerca dos conhecimentos de leigos mas em contato com a atividade da equitação terapêutica acerca desta intervenção terapêutica, quer quanto aos seus objetivos, destinatários, expectativas e possíveis benefícios. Pretende, ainda, obter uma ideia geral da satisfação com a atividade, bem como, de eventuais insatisfações e dificuldades que possam sentir, de modo a que se possa dispor de um feedback sistematizado acerca desta prática.

Neste sentido, foram colocadas as seguintes questões de investigação:

1. Quais as motivações que podem levar os pais a colocar os filhos na equitação terapêutica?
2. Qual a ideia que as mães, os pais e os técnicos têm quanto ao papel do cavalo nesta forma de terapia?
3. Em que medida as mães, pais e os técnicos terão conhecimento da ampla diversidade de problemáticas a que se destina a prática desta terapia, bem como, da faixa etária alargada a que se destina e da diversidade de domínios em que se poderão situar os benefícios da mesma?
4. Quais as expectativas que mães, pais e técnicos de suporte às crianças, têm em relação à equitação terapêutica?
5. De que forma são percebidos pelas mães, pais e pelos técnicos de suporte à criança, os efeitos da equitação terapêutica?
6. Qual a satisfação que as mães, os pais e os técnicos têm em relação à atividade?
7. Em que medida serão encontradas associações entre os níveis de evolução e satisfação e as variáveis descritivas do caso?

### **1.1. Método**

Aqui serão apresentados, relativamente ao primeiro estudo, os participantes, os instrumentos utilizados, o procedimento e será efetuada uma análise de resultados.

### 1.1.1. Participantes

Em relação ao primeiro estudo, foi considerada a participação de todos os alunos inscritos em equitação terapêutica, na AEPM, em Março de 2013, e solicitada a participação das mães e dos pais ou encarregados de educação que os substituam, bem como, dos técnicos que trabalham com as crianças. Das 122 crianças e adultos inscritos em aulas de equitação terapêutica, 79 (64,75%) eram do sexo masculino e 43 (35,25%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 3 e os 51 anos. Para cada caso foram entregues, 3 questionários, sendo um para a mãe, um para o pai e um para um técnico que dá suporte à criança. De entre os 366 questionários entregues, obteve-se um total de 126 respondentes. Das 122 crianças, apenas 22 (18%) responderam aos 3 questionários, 16 (13,1%) entregaram 2 questionários, 28 (23%) entregaram 1 questionário e 56 (45,9%) não entregaram qualquer questionário

Os questionários respondidos correspondem a 66 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 51 anos de idade ( $M=19, DP=12.57$ ). Destas crianças 43 (65,2%) são do sexo masculino e 23 (34,8%) são do sexo feminino. Entre estas crianças, 17 (32,1%) têm entre 3 e 10 anos, 18 (33,9%) têm entre 11 e 20 anos, 12 (24,6%) têm entre 21 e 39 anos e 6 (9,4%) têm entre 40 e os 53 anos. O nível socioeconómico é alto em 22 (33,3%) crianças, médio em 7 (10,7%) crianças e baixo em 22 (33,3%) crianças, havendo 15 (22,7%) sobre as quais não foi dada qualquer informação acerca disso.

Das 66 crianças as patologias, de acordo com o diagnóstico referido pelos responsáveis aquando da inscrição, distribuíam-se da seguinte forma: 5 (7,6%) atrasos do desenvolvimento motor e cognitivo, 15 (22,8%) perturbações do espectro do autismo, 10 (15,2%) com atraso global do desenvolvimento, 1 (1,5%) com atraso da linguagem, 7 (10,6%) com paralisia cerebral, 1 (1,5%) ataxia congénita, 1 (1,5%) diplegia espástica, 1 (1,5%) endrocefalia congénita, 1 (1,5%) traumatismo encefálico, 2 (3%) com hiperatividade e défice de atenção, 4 (6,1%) com deficiência mental, 1 (1,5%) com oligofrenia, 2 (3%) síndromes de Down, 1 (1,5%) *czit duhat*, 1 (1,5%) síndrome de Rett, 3 (4,5%) síndrome de Angleman e 11 (15,3%) não referem.

Também o tempo de prática desta terapia era variável havendo 14 (21,2%) que praticavam até à 15 meses, 17 (25,8%) entre 16 e 30 meses e 20 (30,3%) que praticavam entre 31 e 50 meses e 15 (22,7%) não referem.

### **1.1.2. Instrumentos**

Para a concretização deste estudo foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento, destinado a caracterizar a criança e os pais e o segundo destinado a perceber as ideias e as expectativas dos pais em relação à equitação terapêutica, bem como as suas motivações.

#### 1.1.2.1. Ficha de Caracterização da Criança (cf. Anexo C)

Esta ficha foi entregue juntamente com o questionário anterior, com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos considerados pertinentes para a descrição da amostra. Eram pedidos aos pais informações acerca da criança, nomeadamente a data de nascimento, o diagnóstico, o tempo de prática semanal de equitação, o tempo de frequência da atividade e qual o contacto anterior com cavalos. Foram ainda pedidos alguns dados que descrevessem o contexto familiar da criança, como a escolaridade dos pais e a sua profissão, o estado civil dos pais, o contexto em que obtiveram conhecimento deste tipo de intervenção.

#### 1.1.2.2. Questionário de Ideias e Expectativas dos Pais e Técnicos em Relação à Equitação Terapêutica (cf. Anexo D)

Este questionário foi criado propositadamente para identificar quais as ideias e as expectativas que os pais e os técnicos de suporte às crianças tinham em relação à equitação terapêutica. Assim, foram constituídos 3 grupos de questões.

O primeiro grupo de questões avalia as crenças dos pais em relação a diversos aspetos associados à equitação terapêutica, a saber: para quem é destinada esta terapia, quais os motivos para a sua procura, qual o papel específico dos envolventes, quais os efeitos mais evidenciados e quais as condições em que se prevê que exista maior eficácia. Para cada um dos 28 itens é apresentada uma escala tipo Lickert de 4 pontos, em que o valor 1 corresponde a “Discordo totalmente” e o valor 4 a “Concordo totalmente”. O segundo grupo, de 20 itens destina-se a recolher opinião dos respondentes sobre a evolução da criança ou adulto no que diz respeito a vinte dimensões normalmente trabalhadas em equitação terapêutica, utilizando-se uma escala também tipo Lickert de 5 pontos, em que o valor 1 corresponde a “Nenhuma Evolução” e o 5 a “Muita Evolução”. Dentro do mesmo grupo, mas numa segunda questão, são exploradas as expectativas dos pais e dos técnicos em relação ao futuro

na atividade. Para o efeito, são utilizados as mesmas vinte dimensões da questão anterior, com uma escala de acordo, tipo *Lickert* de 5 pontos, em que o valor 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e o 5 a “Concordo Totalmente”. Por fim, com o terceiro grupo de questões pretende-se avaliar a satisfação dos pais e a perceção que estes têm quanto à satisfação dos filhos em relação à equitação terapêutica, utilizando uma escala *tipo Likert* de 5 pontos. Através de duas questões abertas são solicitados comentários e dificuldades que encontrem na frequência desta atividade.

### **1.1.3. Procedimento**

Para se poder efetuar este estudo na AEPM, foi efetuada uma reunião com a presidente da instituição de forma a explicar-lhe os objetivos do estudo. Nessa mesma reunião, e depois da compreensão dos objetivos do estudo, foi efetuado um pedido de autorização para a sua realização, que foi imediatamente aceite. Posterior a esta reunião, foi iniciado o contacto mais direto com a população, tendo-se começado por colocar nos cacifos de cada aluno da AEPM, em envelope fechado com 3 questionários que se destinavam a ser preenchidos pela mãe, pelo pai e por um técnico de suporte ao aluno (e.g., fisioterapeuta, professor do ensino especial). Ainda nesse mesmo envelope, constavam pequenos envelopes para que os questionários fossem devolvidos bem como um pedido de participação no estudo (cf. Anexo B) e um consentimento informado (cf. Anexo A) onde era pedida a autorização escrita de participação no estudo. Adicionalmente, era pedido aos pais que devolvessem juntamente com os questionários, uma ficha de identificação e caracterização da criança (cf. Anexo C). Os questionários eram devolvidos de forma anónima nos envelopes e postos numa caixa colocada na associação para o devido efeito.

Após se verificar o grande número de questionários que não tinham sido entregues, foi reforçado aos pais o pedido para que os entregassem bem como que os preenchessem na hora. Apesar de com esta última estratégia os pais terem aderido um pouco mais à sua entrega, acabavam por não preencher dois questionários e não era devolvido o do técnico.

## **1.2. Leitura e Análise dos Resultados**

Nesta fase os resultados serão apresentados e serão desde já efetuados pequenos comentários considerados pertinentes para a sua discussão posterior. As temáticas e análises

de dados realizadas serão organizadas em 4 grandes etapas: (1) análise das crenças acerca da equitação terapêutica; (2) análise da evolução conseguida e das expectativas face à intervenção, bem como das associações dos resultados com as variáveis descritivas do caso; (3) análise da satisfação com a terapia.

### **(1) Análise das crenças acerca da equitação terapêutica**

Para a primeira escala, que avalia as crenças dos pais acerca da equitação terapêutica, foi utilizada a amostra total de respondentes, constituída por 126 adultos (56 Mães, 32 Pais e 38 técnicos). Foi calculado um valor de score global, correspondente à média do total obtida por cada respondente nos 28 itens, enquanto indicador da adequação das ideias acerca da equitação terapêutica. No score global obteve-se um mínimo de 2.62 e um máximo de 3.70, com  $M=2.97$  e  $DP=0.18$ . Estes valores sugerem que de um ponto de vista geral as ideias são moderadamente adequadas, não parecendo haver preconceitos muito erróneos em relação a esta forma de terapia.

Seguidamente prosseguiu-se para uma análise mais aprofundada dos resultados, tendo-se começado por explorar a existência de subescalas de ideias, através da análise de fatores. Contudo não se verificou qualquer estrutura na saturação dos itens que fizesse sentido adotar. Com efeito, optou-se por conduzir a apresentação mais detalhada dos resultados, a partir das principais questões efetuadas ao pensar nos itens, bem como, das duas temáticas específicas mais abordadas: a *eficácia e a relação com o cavalo* e os *efeitos da equitação terapêutica*.

Para facilitar a leitura dos dados, a partir daqui, considerou-se importante tornar as variáveis dicotómicas, permitindo obter a concordância e a discordância das afirmações.

Inicialmente é importante refletir em que medida é que os pais e os técnicos conseguem perceber a dimensão da equitação terapêutica e a amplitude de população que abrange. Começando por analisar o item *Nem todas as pessoas estarão aptas para praticar equitação terapêutica* verifica-se uma concordância de 68.5%, o que sugere que os adultos respondentes têm noção que há contra indicações à prática da equitação terapêutica, e por essa razão nem toda a gente pode praticar. Verifica-se uma associação entre o quanto menos as pessoas consideram que nem toda a gente está apta a praticar equitação terapêutica, mais acham que esta se destina a problemas motores ( $r_{sp} = -.25, p < 0.01$ ). Salienta-se ainda que quanto mais as pessoas pensam que a equitação terapêutica se destina a problemas motores, mais consideram que a equitação terapêutica irá resolver os problemas dos praticantes ( $r_{sp} = .23, p < 0.05$ ).

Realça-se a importância do item *A prática da equitação terapêutica deverá acontecer durante um período de tempo limitado*. Aqui obteve-se uma concordância de 87.9%, que prediz uma concetualização errônea por parte dos pais e dos técnicos em relação ao que poderá ser feito em equitação terapêutica e o quanto ela pode evoluir em termos terapêuticos. Quanto mais os adultos consideram que a equitação terapêutica deve ser feita por períodos limitados, mais tendem a considerar que ela *é mais eficaz quando as crianças têm até aos 15/16 anos* ( $r_{sp}=.18, p<0.05$ ), item com o qual a maioria dos respondentes concorda (66.9%). Apesar de não haver associação, ressalta alguma lógica com o item *A equitação terapêutica não deve ser praticada por crianças com menos 8/9 anos*, com o qual a grande parte (95.9%) dos participantes concorda.

Articulando estes três, dir-se-ia que os adultos consideram que a equitação terapêutica é praticada por um período de tempo limitado, que não deve ser praticada antes dos 8/9 anos e que tem mais eficácia até aos 15/16 anos. Nenhuma destas ideias vai de encontro ao considerado pelos especialistas do domínio, uma vez que a equitação terapêutica pode ser praticada desde sempre, não tem limite de idade e é perspectivada de forma evolutiva, até ao aluno atingir total autonomia a cavalo.

Posteriormente a esta questão é importante analisar os motivos que os pais consideram que podem levar a optar por este tipo de intervenção.

**Tabela 1.** Distribuição da amostra no que se refere aos motivos que levam à frequência da equitação terapêutica.

	Mínimo	Máximo	Concordância	Discordância
5. A equitação terapêutica destina-se a problemas a nível motor.	1	4	48.8%	51.2%
7. A equitação terapêutica tem como grande objetivo que as crianças gostem de animais.	1	4	<b>71.8%</b>	28.2%
16. A equitação terapêutica destina-se às crianças que devido aos seus problemas não podem praticar outra modalidade de equitação.	1	4	32.5%	<b>67.5%</b>
19. A equitação terapêutica destina-se a problemáticas específicas.	1	4	49.6%	50.4%
20. A equitação terapêutica destina-se a ultrapassar o medo dos cavalos.	1	4	<b>83.3%</b>	16.7%
27. A equitação terapêutica é uma terapia para crianças que têm problemas.	1	4	<b>78.4%</b>	21.6%

É possível verificar que em todos os itens apresentados acima, os adultos têm opiniões diversificadas, sendo que em todos os casos são utilizados todos os pontos da escala. Analisando a tabela acima é possível referir que há uma grande concordância por parte dos adultos em considerar que a equitação terapêutica tem como grande objetivo que as crianças gostem de animais (71.8%). Desde já esta concetualização feita pelos pais encontra-se errada, sendo que no caso de haver medo do cavalo é feita a dessensibilização ao animal, mas mais nenhum animal é utilizado durante a terapia, nem é objetivo de intervenção que a equitação terapêutica ajude as crianças a ultrapassar o medo dos animais. Por isso mesmo, o facto de os pais concordarem (83.3%) que a equitação terapêutica se destina a ultrapassar o medo dos cavalos é preocupante, uma vez que até hoje nenhum pedido de intervenção incidiu especificamente nessa área. É importante a noção dos adultos de a equitação terapêutica é uma terapia para crianças com problemas (78.4%), uma vez que aumenta o reconhecimento da equitação como forma de intervenção. Contudo, sente-se alguma falta de conhecimento dos adultos em relação aos problemas que se podem incluir na equitação terapêutica, uma vez que 49.6% concordam que esta se destina a problemáticas específicas e 48.8% consideram que se destina a problemas a nível motor. Visto que a equitação terapêutica abrange todos os problemas e deficiências, a ideia dos pais encontra-se errada. Uma intervenção em equitação terapêutica, tal como qualquer outra intervenção, adapta os seus objetivos às necessidades de cada aluno. Na sua grande maioria, os adultos discordam que a equitação terapêutica é para crianças que não podem praticar outra modalidade de equitação (67.5%). Esta opinião é facilmente compreensível uma vez que crianças com problemas mais ligeiros poderiam ingressar numa turma de equitação normal, contudo não haveria ênfase em terapia.

É possível verificar uma associação positiva entre *a equitação terapêutica destina-se às crianças que devido aos seus problemas não podem praticar outra modalidade de equitação e a equitação terapêutica destina-se a problemas a nível motor* ( $r_{sp}=.27, p<0.01$ ). Da mesma forma, quanto mais os pais consideram que *a equitação terapêutica se destina às crianças que devido aos seus problemas não podem praticar outra modalidade de equitação*, mais acham que *a equitação terapêutica é para as crianças que têm problemas* ( $r_{sp}=.28, p<0.01$ ). Por outro lado, quanto mais os adultos consideram que *a equitação terapêutica é para as crianças que têm problemas*, mais consideram que *a equitação terapêutica destina-se a problemáticas específicas* ( $r_{sp}=.28, p< 0.01$ ). É ainda de salientar a associação entre *a equitação terapêutica destina-se a problemas a nível motor e a equitação terapêutica resolve os problemas dos praticantes* ( $r_{sp}=0.33, p<0.001$ ).

É importante evidenciar a relevância que os adultos depositam no animal. Observa-se assim, que quanto mais os adultos consideram que *a equitação terapêutica tem como grande objetivo que as crianças gostem de animais*, mais consideram que *a equitação terapêutica se destina a ultrapassar o medo dos cavalos* ( $r_{sp}=.58, p<0.001$ ), evidenciando-se assim a importância para os pais e técnicos que as crianças gostem do cavalo. Refere-se ainda a associação entre *a equitação terapêutica tem como grande objetivo que as crianças gostem de animais* e *é preciso gostar de cavalos para se optar por praticar equitação terapêutica* ( $r_{sp}=.31, p<0.001$ ) e a associação entre *a equitação terapêutica tem como grande objetivo que as crianças gostem de animais* e *é preciso gostar de cavalos para se optar por praticar equitação terapêutica* ( $r_{sp}=0.31, p<0.001$ ).

É essencial salientar a importância que os adultos colocam na questão animal, o que poderá demonstrar que um dos motivos menos explícitos por eles, mas existentes, para que coloquem os filhos na equitação terapêutica poderá ser a relação com o animal e a importância que dão ao facto das crianças não terem medo de animais.

Para continuar a análise dos dados, foram criadas duas dimensões. Uma que analisasse em que medida a equitação terapêutica é considerada eficaz e qual a importância da relação com o cavalo.

**Tabela 2.** Distribuição dos itens do fator eficácia da equitação terapêutica e relação com o cavalo.

	Mínimo	Máximo	Concordância	Discordância
8.A equitação terapêutica vai resolver o problema dos praticantes.	2	4	35.5%	<b>64.5%</b>
11.O cavalo é um animal pouco seguro.	1	3	3.9%	<b>96.1%</b>
12.O cavalo é um animal intimidante.	1	3	15.2%	<b>84.8%</b>
15.A eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o terapeuta.	2	4	<b>96.1%</b>	3.9%
21.A eficácia da equitação terapêutica advém da relação muito especial que a pessoa constrói com o cavalo.	1	4	<b>86.4%</b>	13.6%
22.A eficácia da equitação terapêutica depende do terapeuta e das atividades que este desenvolve.	1	4	<b>96.8%</b>	3.2%
23.O cavalo é muito sensível às particularidades de cada criança.	2	4	<b>85.2%</b>	14.8%

24. Quando se pratica equitação terapêutica, a pessoa sente que o cavalo a compreende muito bem.	2	4	<b>90.8%</b>	9.2%
25.O cavalo é um animal particularmente indicado para a realização de terapias.	1	4	<b>92.7%</b>	7.3%
28.A eficácia da equitação terapêutica depende das atividades específicas realizadas.	2	4	<b>93.7%</b>	6.3%

Tal como em cima, todas estas variáveis são apresentadas de forma dicotómica para facilitar a análise dos resultados. Verifica-se que em cinco dos itens a escala é utilizada em todos os pontos e nos restantes cinco, a escala apenas não é utilizada no ponto um.

Em termos de análise da tabela acima, salienta-se o facto de 96.1% dos adultos considerar o cavalo seguro e de 15.2% o considerarem intimidante, o que me parece coerente com o facto de colocarem os filhos nesta forma de intervenção. O facto de considerarem o cavalo intimidante, relaciona-se muitas vezes com a sua estrutura física. Salienta-se pela positiva a concordância existente de que a eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o terapeuta (96.1%), da relação com o cavalo (86.4%) e das atividades desenvolvidas pelo terapeuta (96.8%). Os pais demonstram ter consciência dos fatores que intercedem de forma positiva ou negativa na intervenção.

A relação com o cavalo é salientada como positiva pelos pais quando consideram que o cavalo é sensível à particularidade de cada criança (85.2%), que a pessoa quando pratica equitação terapêutica sente-se compreendida pelo cavalo (90.8%) e que o cavalo é um cavalo indicado para a realização de terapias (92.7%). Mais uma vez, estas informações dadas pelos adultos, divergem com o facto de considerarem o cavalo pouco seguro.

Ao analisar a relação do cavalo com os praticantes, verifica-se uma associação positiva entre *o cavalo é um animal pouco seguro* e *o cavalo é um animal intimidante* ( $r_{sp}=.53$ ,  $p<0.001$ ). Da mesma forma, destaca-se que quanto mais as pessoas consideram *o cavalo é um animal pouco seguro* menos consideram que *o cavalo é sensível às particularidades de cada criança* ( $r_{sp}=-.22$ ,  $p<0.05$ ) e quanto mais as pessoas consideram que *o cavalo é sensível às particularidades de cada criança*, mais consideram que as pessoas ao praticar equitação terapêutica sentem que o cavalo as compreende muito bem ( $r_{sp}=.55$ ,  $p<0.001$ ), que o cavalo é um animal indicado para realizar terapias ( $r_{sp}=.23$ ,  $p<0.05$ ), que a eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o cavalo ( $r_{sp}=.28$ ,  $p<0.05$ ) e que a eficácia depende do terapeuta e das atividades que este realiza ( $r_{sp}=.18$ ,  $p<0.05$ ). Torna-se ainda evidente a associação positiva entre *quando se pratica equitação terapêutica, a pessoa sente*

que o cavalo a compreende muito bem e a eficácia da equitação terapêutica advém da relação muito especial que a pessoa constrói com o cavalo ( $r_{sp}=.24, p<0.01$ ).

Quanto mais as pessoas consideram que a eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o cavalo, mais consideram que a eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o terapeuta ( $r_{sp}=.19, p<0.05$ ) e com as atividades específicas efetuadas ( $r_{sp}=0.21, p<0.05$ ). Os adultos também pensam que quanto mais a eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o terapeuta, mais consideram que a eficácia da equitação terapêutica depende das atividades que o terapeuta desenvolve ( $r_{sp}=.45, p<0.001$ ).

Um outro grupo de itens que tematicamente foram juntos diz respeito aos efeitos que poderá ter a equitação terapêutica.

**Tabela 3.** Distribuição dos itens do fator efeitos da equitação terapêutica.

	Mínimo	Máximo	Concordância	Discordância
1.A prática de equitação terapêutica aumenta a autonomia das crianças.	3	4	<b>100%</b>	0%
2.A prática da equitação terapêutica aumenta a prontidão/disponibilidade da pessoa para a realização das tarefas do dia-a-dia.	2	4	<b>92.8%</b>	7.2%
4.A prática de equitação terapêutica aumenta a satisfação com a vida.	2	4	<b>98.4%</b>	1.6%
6.A prática de equitação terapêutica aumenta a autoconfiança.	3	4	<b>100%</b>	0%
10.A prática de equitação terapêutica aumenta a o bem-estar.	3	4	<b>100%</b>	0%
13.A prática de equitação terapêutica aumenta a confiança nos outros.	2	4	<b>92.9%</b>	7.1%

Explorada a consistência interna deste grupo de itens, verificou-se que apresentou  $alpha=0.76$  o que corresponde a uma boa consistência interna. Todas as afirmações descritas acima na tabela 2, tiveram respostas concordantes. É de salientar que todos os adultos reconhecem os efeitos positivos da equitação terapêutica ao nível da autonomia (100%), disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia (92.8%), satisfação com a vida (98.4%), autoconfiança (100%), bem-estar (100%) e confiança nos outros (92.9%). Assim, pode-se afirmar que apesar dos pais terem algumas ideias distorcidas em relação à equitação terapêutica, estão cientes de todos os efeitos que poderão estar associados a esta forma de intervenção.

Ao analisar a concordância dos pais em relação a todos os efeitos, torna-se pertinente verificar de que forma estas variáveis se relacionam. Assim, verifica-se que praticamente todas estão relacionadas com todas, por exemplo quanto mais a equitação terapêutica aumenta a autonomia, mais aumenta a disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia ( $r_{sp}=.48, p<0.001$ ), mais aumenta a satisfação com a vida ( $r_{sp}=.29, p<0.01$ ), mais aumenta a autoconfiança ( $r_{sp}=.36, p<0.001$ ) e mais aumenta o bem-estar ( $r_{sp}=.41, p<0.001$ ).

Podemos concluir assim, que os adultos consideram que aumentando alguma destas competências, todas as outras aumentam. Apenas a confiança nos outros não apresenta uma associação significativa com a autonomia ( $p=0.063$ ).

## **(2) Análise da evolução conseguida e das expectativas face à intervenção e exploração das associações dos resultados com as variáveis descritivas**

A segunda escala deste questionário é a escala da evolução. Esta escala, do ponto de vista psicométrico, apresentou uma excelente consistência interna ( $alpha=0.94$ ), e todos os itens demonstraram uma elevada sensibilidade, sendo que em todos é utilizada a categoria 1 e a categoria 5.

Foi efetuada uma análise de componentes principais, na perspetiva de se verificar se existiam subescalas. Fixando-se como número de fatores o dois e utilizando uma *rotação direct oblimin*, emerge uma solução de dois grupos de itens com um total de variância explicada de 53.78%, um fator que se denominou de “Efeitos na *dimensão emocional*” e o outro de “Efeitos na *dimensão das aprendizagens*”, cada um deles com uma variância explicada, respetivamente, de 45.86% e de 7.92%. A *dimensão emocional* ( $M=3.73, DP=0.73$ ) está relacionada com a disponibilidade para a realização de tarefas no dia-a-dia, bem-estar, satisfação com a vida, estabilidade emocional, confiança nos outros, autoconfiança, adequação dos comportamentos, atenção e concentração e relaxamento. Nesta dimensão, os adultos consideram o bem-estar e a satisfação com a vida como o que mais evoluiu, e a disponibilidade para a realização das tarefas como o que menos evoluiu, apesar de ser uma evolução igualmente positiva. A *dimensão das aprendizagens* ( $M=3.56, DP=0.76$ ) inclui a autonomia, a locomoção, o equilíbrio, a lateralidade, a orientação espacial, o desenvolvimento do vocabulário, facilidade de aquisição de aprendizagens, força muscular, força, coordenação e postura. Nesta dimensão, as evoluções encontram-se todas muito semelhantes, podendo-se salientar o equilíbrio e a postura como os aspetos que mais evoluíram e o desenvolvimento do vocabulário o que menos evoluiu, apesar de tal como

acontece em cima, a evolução ser positiva. Ambos os fatores apresentam uma elevada consistência interna, tendo a dimensão emocional um *alpha* de 0.90 e a dimensão das aprendizagens um *alpha* de 0.91.

É possível demonstrar que quanto mais tempo há de prática semanal da atividade, mais evolução é percebida por pais e técnicos ( $r=.37, p=0.01$ ). Por outro lado, há quanto menos tempo os alunos frequentam as aulas de equitação terapêutica, mais evolução é sentida por pais e técnicos ( $r=-.295, p<0.05$ ). Não foram encontradas relações significativas entre o nível socioeconómico e a evolução ( $p=0.907$ ), entre a idade e a evolução ( $p=0.075$ ) e entre a existência de contactos anteriores com cavalos e a evolução ( $p=0.055$ ).

A **escala das expectativas**, também se mostra uma excelente escala do ponto de vista psicométrico ( $alpha = 0.94$ ). Foi efetuada uma análise de componentes principais, tendo-se optado pela *rotação direct oblimin* e fixado o número de três fatores. Contudo, esta escala, utilizando os mesmos itens que a escala da evolução, não se mostra tão sensível a avaliar as expectativas.

O primeiro fator denominado dimensão do **desenvolvimento emocional** ( $alpha = 0.92$ ) integra os itens *bem-estar, a satisfação com a vida, estabilidade emocional, autoconfiança, confiança nos outros, atenção e concentração e relaxamento*, e apresenta uma variância explicada de 47.96%. A dimensão do **desenvolvimento emocional** ( $M=4.32, DP=0.49$ ) é onde a expectativa é superior. O que os adultos atribuem menos expectativa de evolução é à confiança nos outros, contudo esta expectativa é bastante alta. Atribuem mais expectativa à autoconfiança, atenção e concentração e relaxamento, contudo as diferenças entre todos os itens não são relevantes, sendo atribuída uma elevada expectativa a todos.

O segundo fator denominado **dimensão corporal** ( $alpha = 0.90$ ) inclui a *locomotoção, o equilíbrio, a lateralidade, a orientação espacial, a força muscular, a força, a coordenação e a postura* e, apresenta uma variância explicada de 12.69%. Tal como no fator anterior, a expectativa em relação à dimensão corporal ( $M=4.22, DP=0.52$ ) também é bastante elevada, salientando-se a postura com maior expectativa evolutiva e a força muscular com menos expectativa evolutiva.

Por último, o terceiro fator denominado de **crescimento pessoal** ( $alpha = 0.94$ ) inclui a *autonomia, a disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia, a adequação dos comportamentos, o desenvolvimento do vocabulário e a facilidade de aquisição de aprendizagens* e, apresenta uma variância explicada de 7.19%. O fator do crescimento pessoal ( $M=3.96, DP=0.65$ ) é o que tem expectativas menos elevadas, apesar de

permanecerem altas, destacando-se a autonomia com maior expectativa de evolução e o desenvolvimento do vocabulário com menor expectativa.

Partindo desta análise de expectativas é possível referir que há quanto menos tempo os alunos iniciaram as aulas de equitação terapêutica, maior é a expectativa média global dos pais e dos técnicos ( $r_{sp} = -.357, p < 0.05$ ). As expectativas não estão relacionadas com a idade do praticante ( $p = 0.20$ ), com o nível socioeconómico ( $p = 0.624$ ), com o tempo de prática semanal da atividade ( $p = 0.318$ ) nem com a existência de contactos antecedentes com cavalos ( $p = 0.625$ ).

Podemos afirmar que quanto maior a evolução percebida por pais e técnicos dos alunos, maior a sua expectativa em relação à atividade ( $r = .60, p < 0.001$ ).

Em relação à escala das expectativas considero que apesar de ser positivo existirem altas expectativas em relação a todas as questões, estas altas expectativas também poderão evidenciar que os pais não estão a distinguir corretamente quais as competências que estão realmente a ser trabalhadas com o aluno. Em nenhum caso são trabalhados todos estes itens em simultâneo, e desta forma era expectável que houvesse itens que se evidenciassem de forma positiva, mas também era expectável que alguns itens obtivessem menor expectativa.

### **(3) Análise da Satisfação com a Terapia**

A nível da satisfação é possível dizer que globalmente, todos se apresentam entre o muito e o muitíssimo satisfeitos, sendo que as mães e os técnicos tendem a considerar ainda mais elevada a satisfação da criança. Há uma associação forte entre a satisfação do pai e da mãe e da percepção que têm em relação à satisfação dos filhos. Ao invés, isto já não acontece com os técnicos. Os pais têm uma satisfação significativamente maior que os técnicos, não existindo diferenças naquilo que uns e outros percebem em relação às crianças.

Uma vez que todas as satisfações estão polarizadas no lado positivo da escala, criou-se um total de satisfação com base nos três informantes ( $M = 4.30, DP = 0.56$ ) e juntou-se a percepção dos próprios com a percepção que têm acerca da criança.

Pode-se ainda referir, que quanto maior a satisfação dos pais e dos técnicos com a atividade, maior a evolução que ambos percebem ( $r = .428, p < 0.001$ ). Da mesma forma, quanto maior a satisfação, maiores as expectativas dos pais e dos técnicos com a atividade ( $r = .387, p < 0.01$ ).

Os pais e os técnicos consideram que o facto de esta terapia ser realizada com a presença de um cavalo e de não ser feita em termos de gabinete ou num local completamente fechado é o que a distingue das restantes. Salientam ainda o cavalo como motivador das

aprendizagens. Em termos gerais encontram-se satisfeitos com as atividades desenvolvidas, sentindo, no entanto, necessidade de receber maior *feedback* acerca do que está a ser feito. Os pais e os técnicos dos alunos que fazem sessões em grupo, sugerem a criação de atividades para o tempo de espera.

## **2. Segundo Estudo Empírico: Análise de Casos**

Este estudo tem como ideia central analisar quatro crianças ao longo de quatro meses de intervenção e perceber de que forma é que estas evoluíram, nomeadamente tendo em consideração as dificuldades específicas de cada uma. Sabemos da investigação no domínio da eficácia das psicoterapias, que a aliança terapêutica constitui um dos fatores mais explicativos da mesma, pelo que consideramos importante vir também a considerar a relação da criança com as terapeutas. Assumimos ainda a competência narrativa como uma macro competência cognitiva integradora de competências emocionais e cognitivas específicas e, simultaneamente, consistindo numa variável com uma operacionalização clara e precisa, pelo que a elegemos enquanto indicador das capacidades da criança, a avaliar em pré-teste e pós-teste. Nesse sentido, integramos neste estudo exploratório a análise desta dimensão em dois momentos, no sentido de avaliação a evolução conseguida a este nível no final de 4 meses de intervenção.

Foram então colocadas as seguintes questões de investigação:

1. Será que em quatro meses de intervenção, se identifica a contribuição desta terapia para a evolução da criança?
2. Qual a qualidade da aliança terapêutica da criança com as terapeutas aquando da avaliação da evolução da criança na terapia?
3. Em que medida os resultados da evolução da criança se poderão relacionar com a qualidade da relação estabelecida por esta com as terapeutas?
4. Será que a competência narrativa das crianças evoluiu nestes quatro meses, numa tarefa de construção de uma narrativa de ficção?

Esperamos que as respostas a estas questões permitam compreender melhor de que forma a equitação terapêutica pode ajudar crianças com necessidades educativas especiais. Deste modo, esperamos compreender as áreas que mais que mais poderão ser beneficiar e

de que forma é que a relação com a equipa técnica poderá ter importância no desenvolvimento da praticante.

## **2.1. Método**

### **2.1.1. Participantes**

Para a realização deste estudo, foi feita uma seleção de crianças na AEPM e cuja problemática fosse do foro psicológico, dado o particular interesse em compreender o funcionamento da equitação terapêutica enquanto intervenção psicológica e em crianças, excluindo-se assim os casos de incapacidade motora. Foram também excluídos os casos de crianças com perturbações do espectro do autismo por se considerar que a abordagem de tal intervenção e seus efeitos requeria um tempo de acompanhamento prolongado que não seria viável em tempo útil para este projeto. Por último, e devido aos testes que se iam aplicar exigirem uma compreensão de questionários, foram eliminados todos os alunos com idades inferiores a 6 anos.

Assim, este estudo contempla quatro crianças, três delas com diagnóstico prévio de atraso global do desenvolvimento e uma outra com diagnóstico de hiperatividade com défice de atenção. As crianças têm idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos e todas elas são do sexo masculino. Salienta-se ainda, que todas elas praticam equitação terapêutica na AEPM, durante trinta minutos semanais.

### **2.1.2. Instrumentos**

Ao longo de toda a investigação, foram utilizados 9 instrumentos de recolha de dados. No início da intervenção foi aplicado o *Child Behaviour Checklist* aos pais e o *Teacher Report Form* aos professores, como forma de caracterização clínica das crianças. No final da intervenção, foram aplicados três questionários de aliança terapêutica (criança, pais e terapeutas), foi pedido a uma das terapeutas o preenchimento de uma ficha onde constassem os objetivos de intervenção e a evolução e foi feita uma entrevista de *follow up* aos pais. Em dois momentos no tempo, com um intervalo de 4 meses, foi aplicada uma tarefa narrativa de construção de uma narrativa de ficção, utilizando o livro de imagens *Frog: Where are you?*.

#### 2.1.2.1 – *Child Behaviour Checklist (CBCL)*

O CBCL é um instrumento utilizado para recolher informações dos pais acerca dos filhos, nomeadamente quanto à existência de problemas. Existem duas versões, sendo uma para crianças com idades compreendidas entre os 1 e os 5 anos e uma outra para crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. Foi esta segunda versão que foi utilizada, visto que as crianças em questão tinham entre os 6 e os 12 anos. O CBCL permite obter a perspetiva dos pais acerca de problemas de comportamento e da competência social dos filhos. O CBCL fornece um score global e dois subtotais específicos, de problemas internalizados e externalizados. Permite ainda traçar um perfil dos resultados ao nível de um grupo de problemáticas, a saber, problemas sociais, problemas de pensamento e problemas de atenção, problemas de ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, comportamentos de quebra de regras e comportamentos agressivos. A partir destes resultados, faz uma ponte com o DSM, enquadrando os problemas nas categorias do DSM.

#### 2.1.2.2. – *Teacher Report Form (TRF)*

Trata-se de um questionário que pertence ao mesmo sistema ASEBA de avaliação do questionário anteriormente apresentado, o CBCL, sendo possível inclusive a correlação de resultados entre os dois. O TRF é um instrumento utilizado para recolher informações dos professores acerca das crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. O TRF possibilita uma análise do desempenho académico das crianças, evidencia se há problemas comportamentais e identifica se a criança tem algum problema internalizado, externalizado, social, de pensamento ou de atenção, fazendo a ponte destes resultados para uma orientação segundo o DSM.

#### 2.1.2.3. - Questionários Aliança Terapêutica

Foram aplicados três questionários distintos para verificar a aliança terapêutica. Um primeiro questionário que pretendia obter a perceção dos terapeutas acerca da aliança da criança com eles. Foi aplicada a versão de investigação de Lemos e Bruzzone da Escala de Aliança Terapêutica com Crianças (Bruzzone, 2008) (cf. Anexo E), que analisa a experiência afetiva positiva e negativa da terapia por parte da criança, e a sua colaboração nas tarefas terapêuticas.

Foi ainda aplicado um questionário da aliança terapêutica construído para aplicar às crianças (cf. Anexo F), com o objetivo de através de questões simples e em número reduzido, ter a noção da ligação da criança ao terapeuta; as questões destinam-se a verificar se a criança conhece o nome das suas terapeutas, o quanto considera gostar delas e o quanto se sente compreendido e seguro com as terapeutas. O questionário da aliança terapêutica aplicado aos pais (cf. Anexo G), foi criado com o objetivo de se analisar a percepção que os pais têm da relação dos filhos com as terapeutas, com base em questões bastante próximas das utilizadas para a criança. Neste questionário, verifica-se ainda aspetos da relação dos próprios pais com a terapeuta, como conhecer o nome das terapeutas que intervêm com os filhos, se eles salientam alguma que consideram que seja mais importante para o filho e se o filho se refere a alguma fora do contexto terapêutico. Através deste questionário, os pais identificam ainda o quanto os filhos gostam de cada terapeuta, identificam o quanto os próprios consideram que cada terapeuta contribuiu para o desenvolvimento do filho, a acessibilidade e a compreensão que sente por parte de cada uma. O questionário engloba ainda uma questão acerca do conhecimento dos pais acerca da compreensão dos objetivos e do quanto os pais confiam em cada terapeuta.

#### 2.1.2.4. Entrevista de Follow Up (cf. Anexo H)

A entrevista de follow up teve como objetivo principal verificar em que aspetos os pais consideram que houve mais evolução nos filhos com a intervenção. Para além das questões relacionadas com a evolução, permitiu-se aos pais que refletissem acerca da sua experiência enquanto pais e a experiência do filho em relação à equitação terapêutica. Salientaram-se mais diretamente os aspetos que estes consideravam ser mais importantes de conseguir bem como o que sentiam em relação ao acompanhamento na terapia. Por fim, para além de lhes ser questionada a opinião em relação à continuidade na terapia, foi efetuada uma questão aberta para que os pais efetuassem um balanço em relação à contribuição da equitação terapêutica para o filho.

#### 2.1.2.5. Questionário “Objetivos de Intervenção e Evolução” (cf. Anexo I)

Este pequeno questionário foi criado para que os terapeutas indicassem o grau de gravidade que atribuíam a cada caso, tendo em conta o quanto o atraso existente condiciona a vida de cada indivíduo. Nessa ficha os terapeutas também tinham de indicar quais os

objetivos que se pretendiam que fossem trabalhados ao longo dos quatro meses e posteriormente que refletissem acerca da evolução da criança e de que forma e que sentem que os objetivos foram cumpridos. No final do questionário é pedido que os terapeutas indiquem o grau de eficácia da terapia durante os quatro meses de investigação.

Ao longo da investigação este questionário foi preenchido apenas por uma das terapeutas, sendo sempre a mesma para todos os casos.

#### 2.1.2.6. Tarefa narrativa de ficção, Frog, “Where are you?”

*O Frog, Where are you?*, consiste num livro de imagens usado para solicitar à criança a construção de uma narrativa de ficção. Esta narrativa é efetuada a partir do pedido à criança para que conte uma história acerca de um rapaz, de um sapo e de um cão. A análise das narrativas produzidas, foi realizada ao nível das três dimensões da matriz narrativa, estrutura, processo e conteúdo, através do Sistema de Análise de Narrativas (Gonçalves, Henriques e colaboradores) por parte de uma das autoras dos manuais. Para enquadrar os resultados obtidos serão considerados os valores de referência existentes para narrativas de ficção (Ferreira, 2007).

### 2.1.3 Procedimento

Neste estudo foram contemplados dois momentos de avaliação com um intervalo de quatro meses entre eles, realizadas em janeiro e maio respetivamente. No primeiro momento, foi entregue aos pais um CBCL, para que eles próprios preenchessem, e um TRF para que entregassem ao professor responsável. Foi aplicado, nas instalações da AEPM, a narrativa de ficção “*Frog: where are you?*” às crianças.

No segundo momento, foram efetuadas as entrevistas de aliança terapêutica aos pais e às crianças, separadamente, bem como, a entrevista de *follow up* aos pais. Para a realização destas entrevistas, foram utilizadas as instalações da AEPM, e foi pedida a colaboração de um profissional exterior à equipa. Esta opção foi levada em conta, de forma a diminuir a desejabilidade das respostas tanto por parte das crianças como por parte dos pais. Por fim, foi novamente aplicada nas instalações da AEPM, a narrativa de ficção “*Frog: Where are you?*” como forma de pós-teste.

### 2.1.4 Leitura e Análise dos Resultados

Para análise dos resultados deste estudo, serão apresentados os quatro casos individualmente. Para cada um, começa-se por apresentar os dados sociodemográficos, seguidos da apresentação detalhada dos problemas da criança, através dos resultados obtidos no CBCL e no TRF; a seguir será efetuada a análise dos resultados das escalas da aliança terapêutica dos vários respondentes; posteriormente, é feita a análise da evolução, nomeadamente tendo em consideração os objetivos específicos definidos pela terapeuta para o caso e finaliza-se esta análise com uma reflexão acerca do balanço efetuado pelos pais acerca da equitação terapêutica; para terminar serão então apresentados os resultados da evolução ao nível da competência narrativa após quatro meses de intervenção.

#### 2.1.4.1 Apresentação do Caso 1

Nome: F.

Data de Nascimento: Maio de 2004 (9 anos)

Diagnóstico: Hiperatividade com défice de atenção

Ano Escolar: 3º Ano

Abordagens terapêuticas: Abordagem psicofarmacológica (risperidona e rubifen) e participação de um grupo social apoiado (Fio de Ariana).

Início da prática de Equitação Terapêutica – 17/11/2012

Frequência da Atividade: 1 sessão semanal com duração de 30 minutos, 3 semanas por mês

Momentos de Avaliação

1º Momento – 25/01/2014

2º Momento – 10/05/2014

Sessões

Total de sessões previstas entre as avaliações - 11

Número de faltas - 0

Terapeutas: em todas as sessões estavam presentes duas terapeutas (uma fisioterapeuta e uma psicóloga) sendo que ocasionalmente poderia estar presente uma segunda psicóloga.

No momento da avaliação o F. tinha 9 anos e tinha diagnosticado hiperatividade com défice de atenção. A hiperatividade, nas sessões de equitação terapêutica, é visível através da constante movimentação em cima do cavalo mesmo quando o cavalo provoca situações de desequilíbrio. Reflete-se ainda através de questões constantes que o aluno coloca ao longo da sessão, acerca dos cavalos ou de temas exteriores à terapia. No andamento a trote, mais rápido que o passo, a agitação motora mantém-se ao contrário do que acontece com crianças que não são hiperativas. Como o movimento é mais rápido e saltado, as crianças tendem a diminuir a agitação motora, o que não acontece com o F..

A análise do CBCL e do TRF demonstram um total de problemas a nível clínico mais elevado no CBCL. Entre os dois, regista-se uma associação de 0.66, valor superior ao percentil 75 (.37) encontrado para a correlação entre os dois instrumentos. No cruzamento dos dois instrumentos, os totais dos valores da externalização apresentam-se superiores que os da internalização, situando-se entre os 60 e os 65 notas T (encontram-se na margem entre o normal e o clínico).

Destacam-se problemas ao nível do pensamento, da atenção, problemas sociais no domínio da externalização. Na dimensão internalizada destacam-se problemas de “ansiedade/depressão”. Na análise da orientação destes valores para o DSM emergem mais elevados os problemas de ansiedade, seguidos dos problemas de hiperatividade e défice de atenção.

Em relação às questões relativas à aliança terapêutica o F. identifica corretamente o nome das três terapeutas, fazendo diferenciações entre o quanto gosta delas e o quanto elas o compreendem. Privilegia uma das terapeutas referindo gostar muito de estar com ela, considerando que ela o compreende sempre muito bem e que não tem qualquer problema em ficar sozinho com ela. Por outro lado, a mãe refere que ele apenas se refere a uma das terapeutas fora das sessões, apesar de ser a terapeuta que o F. menciona como a que menos gosta e a que menos o compreende. Analisando a relação terapêutica na sua dimensão mais relacional, a mãe considera que o F. gosta muito (pontuação máxima) das três; quanto à relação da mãe com as terapeutas, salienta-se que não diferencia as três terapeutas em nenhum aspeto nas pontuações atribuídas. Sente-se muito compreendida (pontuação máxima) por todas e confia em todas (pontuação 4). Pelo contrário, a acessibilidade e o contacto com as terapeutas é avaliado em apenas 3 pontos. Na dimensão da partilha dos objetivos considera compreende-los muito bem e julga que a compreensão das terapeutas

para o desenvolvimento do filho é acima da média (pontuado com 4). Salienta-se o facto da mãe não refletir a diferenciação que o filho faz em relação à relação com cada uma das terapeutas.

Para analisar a relação terapêutica de acordo com a perceção das terapeutas, observe-se a tabela que se segue, no qual se procurou agrupar os itens por temáticas:

**Tabela 4.** Aliança terapêutica, segundo a perspetiva das terapeutas, em relação ao F.

Temas Aliança Terapêutica	Itens	Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta C*
Tema 1: Orientação Afetiva Negativa	2. A criança revela dificuldade em trabalhar consigo na resolução dos problemas dela.	2	2	1
	5. A criança parece desejosa que a sessão acabe.	1	1	1
	7. A criança sente que você passa demasiado tempo a tratar do(s) problema(s) dela.	2	1	1
	8. A criança mostra resistência em vir à terapia.	1	1	1
	11. A criança prefere não trabalhar sobre os problemas dela na terapia.	2	2	2
Tema 2: Orientação Afetiva Positiva	1. A criança gosta de estar consigo.	3	4	2
	6. A criança parece desejosa de vir às sessões.	4	4	3
	10. A criança exprime emoções positivas face a si.	4	4	2
	3. A criança vê-o(a) como um aliado.	4	3	2
Tema 3: Colaboração nas Tarefas Terapêuticas	4. A criança colabora consigo na resolução dos problemas dela.	3	3	2
	9. A criança utiliza o tempo que está consigo para fazer mudanças na vida dela.	2	3	2
	12. A criança é capaz de trabalhar bem consigo na resolução dos problemas dela.	3	3	3

\*Menos presente ao longo das sessões.

No que respeita ao tema da orientação afetiva negativa as respostas das terapeutas são bastante semelhantes. Evidencia-se a terapeuta C, que considera que a criança não revela qualquer dificuldade no que toca à resolução dos seus problemas com ela, em relação às

terapeutas A e B que consideram que a criança revela alguma dificuldade para trabalhar os problemas. As terapeutas B e C consideram que o F. não sente que estas passem demasiado tempo a tratar dos seus problemas ao contrário da terapeuta A que considera que a criança sente que se passa algum tempo a mais a tratar dos problemas dela. Em relação à orientação afetiva positiva evidencia-se que a terapeuta C considera que o F. não gosta muito de estar consigo e que não exprime muitas emoções positivas em relação a si, ao contrário do que pensam a terapeuta A e B. Por fim, em relação à colaboração nas tarefas terapêuticas as opiniões são mais divergentes, sendo que apenas a terapeuta A considera que o F. a considera como um aliado. Nesta secção, a terapeuta C mais uma vez pontua as questões mais negativamente do que as restantes terapeutas, sendo que apenas em relação à questão “A criança é capaz de trabalhar consigo na resolução dos problemas dela” todas as terapeutas concordam que é bastante semelhante ao F..

A entrevista de follow up identifica maior evolução em questões importantes para a problemática em causa, como a atenção e concentração, a facilidade de aquisição de aprendizagens, a adequação dos comportamentos e a autoconfiança. A mãe também refere como os fatores que mais evoluíram a satisfação com a vida, a coordenação e a lateralidade. O que a mãe considera que teve menos evolução foi a disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia (cotado com 2 pontos) e o desenvolvimento do vocabulário (cotado com 1 ponto). A tabela abaixo, analisa os objetivos estabelecidos pelos terapeutas e identifica o nível de evolução obtido (entre 1 e 5), segundo a opinião de uma das terapeutas. O nível de evolução foi codificado a partir da análise de conteúdo da resposta escrita desenvolvida pelo terapeuta acerca da evolução conseguida pela criança (cf. Anexo J).

**Tabela 5.** Avaliação da Evolução de F. mediante os objetivos estabelecidos.

Objetivos	Grau de Evolução
Melhorar a coordenação	3
Aquisição da Lateralidade	2
Desenvolvimento de um discurso coerente	4
Melhoria da atenção e concentração	3
Autonomia	5
Diminuição da agitação motora	3

Segundo uma das terapeutas, o F. evoluiu mais na autonomia e no desenvolvimento do discurso e evoluiu menos a nível da aquisição da lateralidade. O balanço que é feito relativamente ao impacto da criança na frequência desta atividade é positivo, sendo que a

mãe a vê como um bom complemento a outras terapias. Dá ainda especial destaque à relação do F. com o cavalo, a qual caracteriza como “sensível”.

Na análise da narrativa de ficção, efetuada em dois momentos, F. evidencia resultados preocupantes. Em relação à estrutura da narrativa este obtém 0 pontos em ambos os momentos de aplicação, sendo que os valores de referência para crianças da sua idade, sem perturbação emocional são bastante superiores ( $M=31.36$  - sendo o valor máximo do total de 80,  $DP=13.14$ ). A criança não tem qualquer fio condutor ao longo da história e o seu discurso não apresenta coerência. Também o seu envolvimento na narrativa parece ficar aquém do desejado. Em relação ao processo, é onde se ressalta alguma evolução. Num primeiro momento, obtém a pontuação 6 (em 80), encontrando-se abaixo da média, e num segundo momento a pontuação sobe para 12 pontos, situando-se assim acima da média ( $M=7.17$ ,  $DP=3.84$ ). Isto demonstra algumas melhorias a nível da complexidade da narrativa. Pelo contrário, a nível do conteúdo da narrativa F. obteve resultados bastante inferiores à média ( $M=37.51$ ,  $DP=10.11$ ). Num primeiro momento obteve 16 pontos (em 80) e num segundo momento 12. Isto demonstra pouca integração da narrativa, das diversas personagens e dos temas que surgem.

Em síntese, a narrativa do F. é muito fraca e demonstram falta coerência do discurso e má integração dos elementos da história e das situações passíveis de visualizar ao longo do livro.

#### 2.1.4.2 Apresentação do Caso 2

Nome: J.

Data de Nascimento: Abril de 2001 (12 anos)

Diagnóstico: Atraso Global do Desenvolvimento

Ano Escolar: 7º Ano

Abordagens terapêuticas: Abordagem psicofarmacológica (rubifen) e psicoterapêutica (terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia)

Início da prática de Equitação Terapêutica – 10/10/2013

Frequência da Atividade: 1 sessão semanal com duração de 30 minutos

Momentos de Avaliação

1º Momento – 23/01/2014

2º Momento – 15/05/2014

## Sessões

Total de sessões previstas entre as avaliações - 15

Número de faltas – 0

Terapeutas: em todas as sessões estavam presentes duas terapeutas (uma fisioterapeuta e uma psicóloga) sendo que ocasionalmente poderia estar presente uma segunda psicóloga.

A análise do CBCL e do TRF demonstram um total de problemas a nível clínico mais elevado no TRF (69 pontos). Entre os dois, regista-se uma associação de 0.40, valor superior ao percentil 75 (0.37). No TRF, os totais dos valores da externalização apresentam-se ligeiramente superiores aos da internalização, situando-se entre os 60 e os 65 pontos (encontra-se na margem entre o normal e o clínico), ao contrário do que acontece no CBCL em que ambos os valores da internalização e da externalização se encontram abaixo dos 50, valor não clínico. Evidencia-se aqui uma divergência de opinião entre os pais e a professora.

Os pais não destacam qualquer problema, sendo as dimensões com uma tendência mais elevada a “ansiedade/depressão” e os “problemas sociais”, contudo nenhum deles se encontra num limiar clínico. Ao analisar a orientação destes valores para o DSM salientam-se apenas problemas de ansiedade, contudo não chegam ao nível clínico. Pelo contrário no TRF destacam-se problemas sociais (70 pontos), problemas de pensamento (66 pontos), problemas de atenção (66 pontos) e problemas de comportamento agressivo (66 pontos) na dimensão externalizada. Na dimensão internalizada destacam-se problemas de “ansiedade/depressão” (63 pontos). Na análise da orientação destes valores para o DSM destacam-se os problemas de ansiedade, de oposição e de conduta.

Em relação às questões relativas à aliança terapêutica o J. identifica o nome das três terapeutas, não fazendo diferenciações entre o quanto gosta dela. Faz contudo diferenciação entre o quanto elas o compreendem, referindo que uma terapeuta o compreende sempre, outra terapeuta às vezes e uma outra poucas vezes. Privilegia uma das terapeutas referindo gostar muito de estar com ela contudo refere que apenas se sente mais ou menos ao ter de ficar sozinho com ela, ao contrário do que acontece com as outras duas. A mãe refere que ele não se refere a qualquer terapeuta fora das sessões, contudo se as vir fora do contexto terapêutico reconhece-as e cumprimenta-as. Analisando a relação terapêutica na sua dimensão mais relacional, a mãe considera que o J. gosta (pontuado com 3) das três terapeutas de igual forma. Contudo, a mãe diferencia todas as terapeutas em relação à contribuição para o desenvolvimento do J., atribuindo pontuação 2 à terapeuta C, pontuação

3 à terapeuta A e pontuação 5 à terapeuta B. Sente-se razoavelmente compreendida (pontuação 3) por todas e confia em todas (pontuação 4). Pelo contrário, a acessibilidade é avaliada em 2 pontos em relação às terapeutas A e C e em 3 pontos em relação à terapeuta B. Na dimensão da partilha dos objetivos considera que não os compreende sempre (pontuado com 2) uma vez que eles nunca lhe foram transmitidos.

Para analisar a relação terapêutica de acordo com a perspetiva das terapeutas consulte-se a tabela seguinte.

**Tabela 6.** Aliança terapêutica, segundo a perspetiva das terapeutas, em relação ao J.

Temas Aliança Terapêutica	Itens	Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta C*
Tema 1: Orientação Afetiva Negativa	2. A criança revela dificuldade em trabalhar consigo na resolução dos problemas dela.	2	1	1
	5. A criança parece desejosa que a sessão acabe.	1	1	1
	7. A criança sente que você passa demasiado tempo a tratar do(s) problema(s) dela.	2	2	2
	8. A criança mostra resistência em vir à terapia.	1	1	1
	11. A criança prefere não trabalhar sobre os problemas dela na terapia.	2	1	2
Tema 2: Orientação Afetiva Positiva	1. A criança gosta de estar consigo.	4	4	3
	6. A criança parece desejosa de vir às sessões.	4	4	3
	10. A criança exprime emoções positivas face a si.	4	4	3
Tema 3: Colaboração nas Tarefas Terapêuticas	3. A criança vê-o(a) como um aliado.	4	4	3
	4. A criança colabora consigo na resolução dos problemas dela.	3	4	3
	9. A criança utiliza o tempo que está consigo para fazer mudanças na vida dela.	2	3	3
	12. A criança é capaz de trabalhar bem consigo na resolução dos problemas dela.	4	4	3

\*Menos presente ao longo das sessões

No que respeita ao tema da orientação afetiva negativa as respostas das terapeutas são bastante semelhantes. Evidencia-se a terapeuta A que considera que a criança por vezes

apresenta alguma dificuldade em trabalhar a resolução dos problemas e a terapeuta B que ao contrário das restantes considera que a criança nunca evitou trabalhar sobre os seus problemas na terapia. Em relação à orientação afetiva positiva evidencia-se que a terapeuta C pontua todas as questões com um valor inferior em relação às terapeutas A e B. Por fim, em relação à colaboração nas tarefas terapêuticas as opiniões são mais divergentes, sendo que se salienta a terapeuta A que considera que a criança não aproveita o tempo que está com ela para fazer modificações na sua vida. Mais uma vez a terapeuta C tende a pontuar 1 valor abaixo em relação às restantes terapeutas na maioria dos casos.

A entrevista de follow up identifica maior evolução em relação à satisfação com a vida, autoconfiança, adequação dos comportamentos, atenção e concentração, coordenação e desenvolvimento do vocabulário. O que a mãe considera que teve menos evolução foi a disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia (cotado com 2 pontos) e a lateralidade (cotada com 2 pontos). A tabela abaixo, analisa os objetivos estabelecidos pelos terapeutas e identifica o nível de evolução obtido (entre 1 e 5), segundo a opinião de uma das terapeutas.

**Tabela 7.** Avaliação da evolução de J. mediante os objetivos estabelecidos.

Objetivos	Grau de Evolução
Aquisição de conceitos base	5
Aquisição da Lateralidade	2
Desenvolvimento de um discurso coerente e articulado	3
Resolução de problemas simples	5
Aumentar a coordenação	4

Mediante a análise da opinião de uma das terapeutas, o J. evoluiu mais a nível da aquisição dos conceitos base (e.g. cores, dias da semana) e da resolução de problemas simples, correspondendo aos objetivos estabelecidos no início da intervenção (cf. Anexo K). A lateralidade, apesar de também fazer parte integrante desses objetivos, é o que tanto na opinião da terapeuta como na da mãe evoluiu menos ao longo da intervenção. A mãe faz um balanço positivo da terapia e refere que esta “tem contribuído para a felicidade dele” e apenas salienta a falta de feedback em relação aos objetivos específicos que cada terapeuta trabalha.

Em relação à narrativa de ficção o J. demonstra uma baixa estrutura em ambos os momentos em relação à média ( $M=35.19$ ,  $DP=10.19$ ), sendo que no primeiro momento

obtém apenas 18 (em 80) pontos e no segundo momento 12 pontos. No que concerne ao processo, o J. nos dois momentos apresenta resultados baixos (6 pontos em ambos os momentos) em relação à média ( $M=10.95$ ,  $DP=6.92$ ). Por último, em relação ao conteúdo o J. mantém-se abaixo da média ( $M=34.81$ ,  $DP=7.39$ ) em ambos os momentos, tendo obtido 30 e 26 pontos, respetivamente. A narrativa do J. apresenta-se sem qualquer coerência de discurso, sem fio condutor ao longo a história, sem qualquer complexidade narrativa e com pouca diversidade ao nível das personagens, dos cenários e das ações. Apesar de tudo, o conteúdo narrativo é o mais positivo na narrativa. Entre os dois momentos não se evidencia qualquer evolução na competência de elaboração de uma narrativa de ficção.

#### 2.1.4.3 Apresentação do Caso 3

Nome: L.
Data de Nascimento: Fevereiro de 2004 (9 anos)
Diagnóstico: Atraso Global do Desenvolvimento
Ano Escolar: 4º Ano
Abordagens terapêuticas: Não efetua qualquer terapia adicional e apenas toma medicação para os diabetes.
Início da prática de Equitação Terapêutica – 22/06/2013
Frequência da Atividade: 1 sessão semanal com duração de 30 minutos
Momentos de Avaliação
1º Momento – 24/01/2014
2º Momento – 16/05/2014
Sessões
Total de sessões previstas entre as avaliações - 13
Número de faltas -3
Terapeutas: em todas as sessões estavam presentes duas terapeutas (uma fisioterapeuta e uma psicóloga) sendo que ocasionalmente poderia estar presente uma segunda psicóloga.

A análise do CBCL e do TRF demonstram um total de problemas a nível clínico mais elevado no TRF (70 pontos). Entre os dois, regista-se uma associação de 0.59, valor superior ao percentil 75 (0.37). O TRF evidencia problemas a nível clínico na dimensão internalizada em relação à ansiedade/depressão (80 pontos) e ao isolamento/depressão (81 pontos). Num limiar entre o normal e o clínico surgem, segundo análise do TRF, problemas sociais e de

pensamento. Já o CBCL não evidencia valores clínicos. Apesar da associação elevada registrada entre o TRF e o CBCL, os pais não realçam qualquer problema ao contrário da professora. Ao orientarmos os valores obtidos no TRF para o DSM destacam-se os problemas afetivos e problemas de ansiedade. O CBCL não apresenta valores clínicos e, por isso mesmo, ao efetuar a orientação dos valores para o DSM não surge qualquer problema.

Em relação às questões relativas à aliança terapêutica o L. identifica o nome de duas das três terapeutas, não fazendo diferenciações entre o quanto gosta delas. Faz contudo diferenciação entre o quanto elas o compreendem, referindo que uma terapeuta o compreende sempre e outra terapeuta o compreende às vezes. Privilegia uma das terapeutas referindo gostar muito de estar com ela e que ela o compreende sempre. A mãe refere que no próprio dia da terapia quando chega fala das duas terapeutas que trabalharam com ele. Analisando a relação terapêutica na sua dimensão mais relacional, a mãe considera que o L. gosta das três de diferente forma, diferenciando-as. A terapeuta A pontua com 4 pontos, a terapeuta B com 5 pontos e a terapeuta C com 3 pontos. A mãe diferencia também as terapeutas em relação à contribuição para o desenvolvimento do filho, atribuindo maior pontuação à terapeuta B. Sente-se muito compreendida (pontuação 5) por todas, confia em todas (pontuação 5) as terapeutas e que sente acessibilidade para o contacto (pontuação 5) com todas elas. Na dimensão da partilha dos objetivos considera que os compreende sempre (pontuado com 5).

Na tabela abaixo observa-se a opinião de cada uma das terapêuticas em relação aos vários itens da aliança terapêutica.

**Tabela 8.** Aliança terapêutica, segundo a perspectiva das terapeutas, em relação ao L.

Temas Aliança Terapêutica	Itens	Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta C*
Tema 1: Orientação Afetiva Negativa	2. A criança revela dificuldade em trabalhar consigo na resolução dos problemas dela.	2	1	2
	5. A criança parece desejosa que a sessão acabe.	1	1	2
	7. A criança sente que você passa demasiado tempo a tratar do(s) problema(s) dela.	2	2	2
	8. A criança mostra resistência em vir à terapia.	1	1	2

	11. A criança prefere não trabalhar sobre os problemas dela na terapia.	3	1	2
Tema 2: Orientação Afetiva Positiva	1. A criança gosta de estar consigo.	3	4	2
	6. A criança parece desejosa de vir às sessões.	3	3	2
	10. A criança exprime emoções positivas face a si.	3	4	2
Tema 3: Colaboração nas Tarefas Terapêuticas	3. A criança vê-o(a) como um aliado.	3	4	2
	4. A criança colabora consigo na resolução dos problemas dela.	3	3	2
	9. A criança utiliza o tempo que está consigo para fazer mudanças na vida dela.	2	3	2
	12. A criança é capaz de trabalhar bem consigo na resolução dos problemas dela.	2	3	2

\*Menos presente ao longo das sessões

A aliança terapêutica percebida pelas terapeutas em relação ao L. é divergente em bastantes aspetos. Na orientação afetiva negativa apenas há concordância em relação a um dos itens e na orientação afetiva positiva não há total concordância entre as terapeutas em relação a qualquer dos itens. Apenas há concordância da terapeuta A e B em relação a uma das questões. Na colaboração das tarefas terapêuticas a terapeuta B é que avalia mais positivamente o empenho da criança na resolução dos seus problemas.

A entrevista de follow up identifica maior evolução em relação à disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia, autoconfiança e confiança nos outros, coordenação e desenvolvimento do vocabulário. O que a mãe considera que teve menos evolução foi a adequação dos comportamentos (cotado com 3 pontos) e a lateralidade (cotada com 3 pontos).

A tabela abaixo, analisa os objetivos estabelecidos pelos terapeutas e identifica o nível de evolução obtido (entre 1 e 5), segundo a opinião de uma das terapeutas.

**Tabela 9.** Avaliação da evolução de L. mediante os objetivos estabelecidos.

Objetivos	Grau de Evolução
Melhoria das competências sociais	5
Sequenciação de imagens e histórias	4

Desenvolvimento do raciocínio lógico	5
Resolução de problemas complexos	4
Melhoria da relação terapêutica	4

Segundo uma das terapeutas (cf. Anexo L) o Luís teve uma evolução notável em todas as áreas salientando-se as relações interpessoais e o desenvolvimento do raciocínio lógico. Ressalva-se assim a eficácia da terapia no L., mediante os objetivos planeados. A mãe refere que houve situações em que o L. não quis vir à terapia, sendo que esses foram os momentos mais difíceis de ultrapassar. Mesmo assim, a mãe faz um balanço positivo da terapia, sendo que inicialmente pensaria que esta teria um limite de um ano e agora considera que é para continuar.

Em relação à narrativa de ficção, L. apresenta uma excelente evolução em todas as áreas narrativas. Em relação à estrutura da narrativa, L. obtém um total de 18 (em 80) pontos no primeiro momento e um total de 50 pontos no segundo momento. Isto faz com que L., atualmente, se encontre acima da média ( $M=31.36$ ,  $DP= 13.14$ ). O processo narrativo também obteve um ótimo progresso, tendo subido de 0 (em 80) pontos no primeiro momento para 20 pontos no segundo momento, colocando L. bastante acima da média ( $M=7.17$ ,  $DP=3.84$ ) no que se refere à complexidade da narrativa. Em consonância com estrutura e o processo, também o conteúdo obteve progressos entre os momentos de intervenção, sendo que no primeiro momento L. obteve 26 (em 80) pontos e no segundo momento 48 pontos. Mais uma vez L. situa-se acima da média ( $M=37.51$ ,  $DP= 10.11$ ). Através das narrativas de ficção evidencia-se uma excelente evolução, no segundo momento de avaliação, a nível não só da coerência do discurso como do envolvimento de L. a contar a história. L. começou a colorir a narrativa com alusão à dimensão sensorial, emoções e pensamentos de personagens. Criou também metáforas simples do seguimento da história, refletindo a existência de um fio condutor ao longo da história, ao contrário do que ocorreu no primeiro momento em que se encontrava abaixo da média em todas as áreas.

#### 2.1.4.4 Apresentação do Caso 4

Nome: F.G.
Data de Nascimento: Novembro de 2007 (6 anos)
Diagnóstico: Atraso Global do Desenvolvimento
Ano Escolar: 1º Ano

Abordagens terapêuticas: Abordagem psicofarmacológica (meringotomia) e psicoterapêutica (terapia da fala e psicologia)

Início de prática da Equitação Terapêutica – 09/02/2013

Frequência da Atividade: 1 sessão semanal com duração de 30 minutos

Momentos de Avaliação

1º Momento – 25/01/2014

2º Momento – 10/05/2014

Sessões

Total de sessões previstas entre as avaliações - 13

Número de faltas -2

Terapeutas: em todas as sessões estavam presentes duas terapeutas (uma fisioterapeuta e uma psicóloga) sendo que ocasionalmente poderia estar presente uma segunda psicóloga.

A análise do CBCL e do TRF demonstram um total de problemas baixo, sendo que o CBCL não identifica problemas e o TRF apenas pontua o total de problemas em 58 pontos. Entre os dois, regista-se uma associação de 0.29, valor situado na média entre os dois instrumentos. No TRF, os totais dos valores da internalização apresentam-se superiores aos externalização, situando-se nos 66 pontos (nível clínico), ao contrário do que acontece no CBCL em que ambos os valores da internalização e da externalização se encontram num nível normal.

Os pais não destacam qualquer problema em qualquer área, sendo que os valores para o DSM também não salientam qualquer problema. No TRF destaca-se um pequeno problema ao nível da internalização relacionado com ansiedade/depressão (66 pontos), encontrando-se no limiar do ponto normal para o ponto clínico. Neste caso, os valores já correspondem a problemas de ansiedade quando comparados com o DSM. Apenas se salienta o desempenho escolar, que segundo o TRF se encontra no limiar para o clínico. Em todas as escalas, a professora relata mais problemas que os pais, mesmo que não atinga o ponto clínico.

Em relação às questões relativas à aliança terapêutica o F.G. identifica o nome de duas das três terapeutas, não fazendo diferenciações entre o quanto gosta delas e o quanto elas o compreendem. Contudo, menciona uma como sendo a sua terapeuta. Entre as duas terapeutas que menciona, diz apenas sentir-se bem para ficar sozinho com uma delas. Em qualquer situação o F.G. distingue as terapeutas, referindo que “são todas minhas”. A mãe refere que ele salienta uma das terapeutas fora das sessões. Contudo, a terapeuta que a mãe considera

ser a que o F.G. mais gosta de estar é a terapeuta não referida por ele. Já em relação à terapeuta que mais contribui para o desenvolvimento do filho, a mãe não faz distinção mencionando que todas contribuíram muito. Sente-se muito compreendida (pontuação 5) por todas e confia em todas (pontuação 5) as terapeutas. Refere sentir mais acessibilidade com a terapeuta C (pontuação 5) em relação à terapeuta A e B (pontuação 4). Na dimensão da partilha dos objetivos considera que os compreende sempre (pontuado com 5) por parte de todas as terapeutas.

Para analisar a relação terapêutica que os terapeutas sentem que as crianças têm analisa-se a seguinte tabela:

**Tabela 10.** Aliança terapêutica, segundo a perspectiva das terapeutas, em relação ao F.G.

Temas Aliança Terapêutica	Itens	Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta C*
Tema 1: Orientação Afetiva Negativa	2. A criança revela dificuldade em trabalhar consigo na resolução dos problemas dela.	1	2	1
	5. A criança parece desejosa que a sessão acabe.	1	1	1
	7. A criança sente que você passa demasiado tempo a tratar do(s) problema(s) dela.	2	1	2
	8. A criança mostra resistência em vir à terapia.	1	1	1
	11. A criança prefere não trabalhar sobre os problemas dela na terapia.	1	2	2
Tema 2: Orientação Afetiva Positiva	1. A criança gosta de estar consigo.	4	3	4
	6. A criança parece desejosa de vir às sessões.	3	3	3
	10. A criança exprime emoções positivas face a si.	3	3	4
Tema 3: Colaboração nas Tarefas Terapêuticas	3. A criança vê-o(a) como um aliado.	4	3	4
	4. A criança colabora consigo na resolução dos problemas dela.	4	3	4
	9. A criança utiliza o tempo que está consigo para fazer mudanças na vida dela.	2	2	3
	12. A criança é capaz de trabalhar bem consigo na resolução dos problemas dela.	3	3	4

\*Menos presente ao longo das sessões.

No geral da escala, as terapeutas são concordantes em relação aos vários aspetos apresentados. Na orientação afetiva negativa é demonstrado o envolvimento do aluno na atividade, não se evidenciando relutância da parte dele na resolução dos problemas e na participação na atividade. Do mesmo modo, a orientação afetiva positiva teve pontuações elevadas por parte de todas as terapeutas, corroborando o dito anteriormente. Na colaboração nas tarefas terapêuticas, apenas se realça que a terapeuta A e B não consideram que o aluno aproveite completamente o tempo para efetuar mudanças na sua vida.

A entrevista de follow up identifica evoluções em praticamente todas as áreas, sendo que a mãe destacou a atenção e concentração (5 pontos) como a área que mais evoluiu. Refere que não houve tanta evolução em relação à disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia (3 pontos) e em relação à confiança nos outros (3 pontos).

A tabela abaixo, analisa os objetivos estabelecidos pelos terapeutas e identifica o nível de evolução obtido (entre 1 e 5), segundo a opinião de uma das terapeutas.

**Tabela 11.** Avaliação da evolução de F.G. mediante os objetivos estabelecidos.

Objetivos	Grau de Evolução
Maior autonomia a cavalo	2
Consolidação da lateralidade	5
Desenvolvimento do raciocínio lógico	3
Resolução de problemas complexos	4
Melhoria no equilíbrio num andamento mais rápido	4

Sendo F.G. o caso avaliado com menos gravidade pela terapeuta (cf. Anexo M), percebe-se o estabelecimento de objetivos mais complexos em relação aos casos anteriores. Também o facto do CBCL e do TRF não identificarem problemas, justifica a avaliação dada pela terapeuta em avaliar o F.G. como um caso de menor gravidade.

Segundo uma das terapeutas, o F.G. consolidou a lateralidade, considerando-se desta forma como uma competência adquirida. O que menos evoluiu foi a maior autonomia a cavalo, sendo que é um objetivo que também foi menos trabalhado. O balanço que é feito por parte da mãe em relação à terapia é “100% positivo”, sendo referido que o facto de estar em cima do cavalo mantém o Francisco mais concentrado, sendo isto que distingue esta terapia das restantes. A mãe refere o aumento do tempo de atenção, a diminuição da

impulsividade e a maior coerência do discurso como as coisas mais positivas que a equitação terapêutica trouxe à vida do F.G.

As narrativas de ficção do F.G. apresentam excelentes resultados em ambos os momentos de aplicação. F. tem uma estrutura acima do habitual ( $M=21.70$ ,  $DP=15.38$ ) desde o primeiro momento onde obteve 32 pontos, e evoluindo para uma excelente estrutura no segundo momento (50 pontos). Em termos de processo, F. encontra-se acima do habitual ( $M=5.85$ ,  $DP=5.33$ ) em ambos os momentos obtendo 12 pontos no primeiro momento e 10 pontos no segundo momento. No conteúdo, F. no primeiro momento encontra-se abaixo da média ( $M=33.36$ ,  $DP=13.10$ ) obtendo um total de 26 pontos, evoluindo para 48 pontos no segundo momento, o que o coloca acima da média. F. é melhor a nível da coerência do discurso e da sequenciação da história, sendo surpreendente o valor atingido no segundo momento de avaliação em termos da coerência estrutural. Foi conseguida uma grande evolução ao nível da diversidade do conteúdo.

### 2.1.5. Síntese Integrativa dos Casos

Uma vez feita a descrição de todos os casos analisados e de terem sido evidenciados os pontos fortes e fracos de cada um, segue-se uma síntese que pretende auxiliar na integração de todos os resultados obtidos, iniciando-se pela comparação dos resultados da narrativa de ficção entre cada criança e seguindo-se uma síntese e reflexão acerca de todos os alunos analisados.

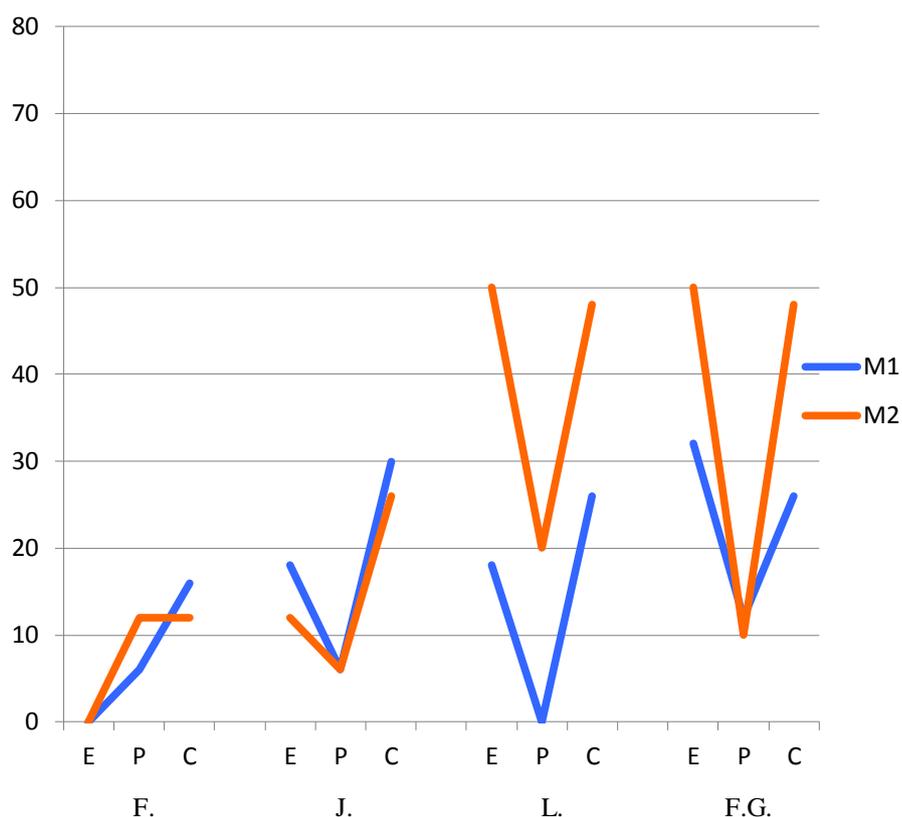
**Tabela 12.** Resultados a nível da estrutura, processo e conteúdo para cada criança, em dois momentos de avaliação.

Criança	Estrutura		Processo		Conteúdo	
	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>
F.	0	0	6	12	16	12
J.	10	12	6	6	30	26
L.	18	50	0	20	26	48
F.G.	32	50	12	10	26	48
<i>M</i>	17	28	6	12	24.5	33.5

A partir da análise da tabela acima, é possível verificar que em termos de estrutura todos evoluíram do primeiro momento para o segundo, sendo que apenas o F. manteve o resultado. Já em relação ao processo, dois alunos elevam os seus resultados, um mantém e um outro desce em dois pontos. No que respeita ao conteúdo o aluno F. e o aluno J. baixaram os resultados ao contrário do que acontece com L. e F.G que no primeiro momento ambos tinham 26 pontos e no segundo momento ambos subiram para 48 pontos.

Através da tabela acima é verificável que as médias relativas à estrutura, ao processo e ao conteúdo subiram do primeiro para o segundo momento, o que demonstra a evolução da qualidade da narrativa de ficção, que no segundo momento se mostrou superior. O aluno L. e o aluno F.G. foram os que evidenciaram melhores resultados e melhor evolução entre os momentos. Através da figura abaixo é possível analisar estas mesmas evoluções.

**Figura 1.** Representação Gráfica dos resultados das quatro crianças, nos dois momentos de avaliação, nas três dimensões da matriz narrativa: Estrutura, Processo e Conteúdo.



No geral, os resultados deste estudo são positivos, tendo-se evidenciado evoluções em todos os alunos mais relevantes no aluno L. e no aluno F.G. Feita a comparação dos

resultados da narrativa de ficção entre todos os alunos nos dois momentos de avaliação, segue-se uma síntese refletiva acerca de cada uma.

F. é avaliado pela terapeuta com grau de gravidade 4 (cf. Anexo J). O CBCL demonstra um maior número de problemas em relação ao TRF. Com o cruzamento de ambos os instrumentos e após orientação para o DSM destacam-se os problemas de ansiedade, seguidos dos problemas de hiperatividade e déficit de atenção. Este diagnóstico pode explicar os resultados obtidos na narrativa de ficção, onde se evidenciou a falta de coerência do discurso, o qual se vai caracterizando por uma sobreposição veloz de elementos, refletindo a falta de disponibilidade para se focar na atividade. Por sua vez, os seis objetivos que foram propostos pela terapeuta, procuram ultrapassar dificuldades típicas neste perfil de problemas, pois inclui o desenvolvimento do discurso coerente, o aumento do tempo de atenção e concentração, a diminuição da agitação motora, melhorias a nível da coordenação e da lateralidade e um aumento da autonomia na terapia. A mãe evidencia evolução ao nível da coordenação, lateralidade e atenção e concentração, sendo que a terapeuta evidencia maior evolução a nível da autonomia e do desenvolvimento do discurso coerente, embora este último aspeto não pareça ser corroborado pela produção narrativa, podendo a perceção da mãe estar mais ajustada à situação. O F. demonstra conhecer o nome de todas as terapeutas, fazendo distinção entre as terapeutas. O F. indica uma terapeuta com quem não gosta de estar e indicou uma como a sua preferida. A mãe não parece perceber esta perceção do filho, uma vez que não distingue as terapeutas em caso algum, referindo que o F. gosta muito de estar com todas. Isto poderá demonstrar que fora do contexto terapêutica a mãe não aborda temáticas relativamente à equitação, que fizessem o F. referir a sua opinião sobre as terapeutas. A própria terapeuta não percebe este não gostar de F., uma vez que considerou no seu questionário de aliança terapêutica que F. gostava bastante de estar com ela. A eficácia da intervenção ao longo dos quatro meses foi avaliada por uma das terapeutas em 3 pontos. Esta evolução reflete algumas das evoluções do F. a nível dos objetivos propostos contudo, esperava-se que em algumas áreas a evolução tivesse sido superior. Pode-se também pensar que o perfil heterogéneo da aliança e eventualmente também algumas reservas colocadas pela mãe a nível de aliança, nomeadamente na confiança, se repercutam a nível de uma menor evolução.

J. é avaliado pela terapeuta com grau de gravidade 9 (cf. Anexo K). É o caso avaliado como o mais grave dos que aqui foram apresentados, e é o caso onde o atraso do desenvolvimento se poderá vir a refletir com maior intensidade a nível das atividades da vida

diária e das competências acadêmicas. O TRF do J. evidencia uma superioridade de problemas em relação ao CBCL, o que significa que a professora identifica mais questões críticas no J. que os pais. Com o cruzamento de ambos os instrumentos e após orientação para o DSM destacam-se os problemas de ansiedade e de comportamento desafiante e de oposição. Analisando a narrativa de ficção do J. foram visíveis as grandes dificuldades principalmente ao nível da coerência discursiva e da falta de envolvimento ao narrar a história. A falta de coerência discursiva e a dificuldade em colocar emoções e pensamentos de personagens ao longo da narrativa de ficção deverá estar associado não apenas ao atraso de desenvolvimento diagnosticado, como também aos problemas de ansiedade salientados pelos no DSM. A coerência discursiva, a lateralidade, a resolução de problemas simples, a coordenação e a aquisição de conceitos base, foram os objetivos a que a terapeuta se propôs a trabalhar com o J. no início da intervenção, sendo que realça como os que mais evoluíram a resolução de problemas simples e a aquisição de conceitos base. A coerência discursiva, competência tida como objetivo terapêutica e analisada através da narrativa de ficção, segundo a terapeuta teve uma evolução de apenas 3 pontos, o que parece ir de encontro aos resultados encontrados na avaliação da narrativa nos dois momentos da intervenção. Apesar de não estar necessariamente associado, a mãe relata um bom desenvolvimento do vocabulário ao longo dos quatro meses de intervenção, o que também não se refletiu na interpretação da narrativa de ficção. O que a mãe considera mais ter evoluído é a satisfação com a vida, o que não está diretamente ligado aos objetivos, mas sim à terapia no geral e ao cavalo em particular. A mãe refere não ter existido evolução relevante ao nível da disponibilidade para a realização das tarefas no dia-a-dia e da lateralidade, esta última confirmada pela terapeuta. O J. refere o nome de todas as terapeutas corretamente, não efetuando qualquer distinção entre elas ao longo das várias questões. Apenas menciona que a terapeuta com quem mais gosta de estar é a terapeuta C, não sendo evidentes os motivos para tal, uma vez que é a terapeuta mais ausente das sessões. Os pais não partilham da mesma opinião do J., referindo que ele gosta de estar com todas as terapeutas de igual forma, mas salientando a terapeuta B como a mais acessível e que mais tem contribuído para o desenvolvimento do J.. A aliança terapêutica percebida pelas terapeutas é bastante semelhante e vai de encontro às percepções do J. e da mãe. A eficácia da intervenção no J., na opinião da terapeuta, é avaliada em 4 pontos, refletindo aqui a evolução obtida nos objetivos mais trabalhados ao longo dos quatro meses de intervenção.

O L. é avaliado pela terapeuta com grau de gravidade 6 (cf. Anexo L), sendo que as suas dificuldades de relacionamento e, consecutivamente, os problemas sociais se reproduzem a nível de comunicação com os outros e do seu desenvolvimento. Apesar da associação entre CBCL e TRF ser boa, o TRF apresenta níveis mais elevados que o CBCL em todas as áreas. Destacam-se a nível da dimensão internalizada a ansiedade/depressão (80 pontos) e o isolamento/depressão (81 pontos). Esta análise, parece ir de encontro aos motivos que levam a terapeuta a atribuir 6 pontos ao grau de gravidade do L.. Analisando os valores obtido no TRF à luz do DSM obtêm-se valores clínicos no que respeita aos problemas afetivos e de ansiedade. No que diz respeito à aplicação da narrativa de ficção em dois momentos de intervenção, L. obteve uma excelente evolução entre os dois momentos, sendo que no primeiro momento encontrava-se abaixo da média em todos os componentes da narrativa (estrutura, processo e conteúdo) e no segundo momento obteve uma excelente evolução passando a estar colocado acima da média em todas as componentes da narrativa, o que significa que L. teve evolução não apenas na coerência do discurso, como também no seu envolvimento ao narrar a história, começou a colorir a narrativa com emoções e pensamentos de personagens e passou a integrar numa mesma história várias personagens, ações e temas. O discurso, apesar de não ter sido trabalhado como um objetivo direto é explorado quando se trabalha a sequência de histórias e acontecimentos. Todos os objetivos que foram trabalhados com o L., segundo a terapeuta, tiveram uma grande evolução o que a leva a avaliar a eficácia da terapia no Luís em 5 pontos. A mãe também realça uma evolução positiva em praticamente todos os itens, havendo uma concordância entre o que a mãe e a terapeuta relatam. O L. menciona corretamente o nome de duas das terapeutas, mencionando uma preferência por uma das terapeutas em relação a todos os aspetos. A mãe tem a mesma opinião que o L. dando mais realce à mesma terapeuta que ele tanto a nível do quanto considera que ele gosta de estar com elas, como do quanto ela própria sente que as terapeutas contribuem para o desenvolvimento do L..Em relação aos restantes aspetos, a mãe não faz qualquer distinção, mostrando-se bastante satisfeita em relação a tudo. As próprias terapeutas identificam esta preferência de L., sendo que a terapeuta que L. não referiu avalia todos os aspetos de forma inferior em relação às outras duas. Uma vez que todos os objetivos foram cumpridos de forma bastante positiva, a aliança terapêutica também foi trabalhada e esta pode ser uma das razões para L. ter evidenciado melhores resultados na narrativa de ficção no segundo momento.

F.G. é avaliado pela terapeuta com apenas 3 pontos em termos de gravidade do caso (cf. Anexo M), o que prediz que terá potencial de evolução ao nível dos diversos objetivos. Através da análise do TRF são evidenciados problemas a nível de ansiedade/depressão, apesar de se encontrarem no limiar do nível normal para o clínico. O mesmo acontece no DSM, onde são evidenciados problemas de ansiedade apesar de ainda não se encontrarem num valor clínico. O CBCL não identifica qualquer problema. Estas análises entram em concordância com a avaliação de gravidade efetuada pela terapeuta. Em relação à narrativa de ficção, F.G. apresentou-se acima da média em ambos os momentos de intervenção, tanto a nível da estrutura, como do processo e do conteúdo da narrativa. Estes valores parecem relacionar-se com o facto de F.G. ser um caso mais ligeiro. Os próprios objetivos de intervenção orientam-se mais para a obtenção da autonomia a cavalo e da resolução de problemas complexos. Foram salientadas pela terapeuta evoluções significativas em todos os objetivos propostos, bem como pela mãe que apenas realça não ter sentido evolução a nível da disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia e de confiança nos outros. Parece haver assim total concordância entre pais e terapeuta em relação à evolução de F.G.. Em relação à aliança terapêutica, F.G. nomeia o nome de duas das terapeuta, salientando uma como sendo a sua. Contudo, quando analisamos a entrevista à mãe verifica-se que a terapeuta que ela considera que é a que o F.G. mais gosta, é a terapeuta que ele não refere. O facto de F.G. não falar acerca da terapia e das terapeutas fora do contexto de intervenção poderá criar esta discrepância entre a perceção da mãe e o que o F.G. refere. A nível de eficácia de intervenção, a terapeuta avaliou com a pontuação máxima.

Em suma, todos os alunos tiveram evoluções a vários níveis. Em relação aos objetivos propostos, em todos os casos pelo menos dois dos objetivos tiveram uma evolução significativa na opinião da terapeuta. Já os pais, para além de realçarem evoluções em relação aos objetivos a que foram trabalhados durante a intervenção, salientam evoluções relativas a aspetos emocionais (e.g. satisfação com a vida, bem estar, autoconfiança). Analisando cada caso, é possível perceber que todos têm em comum problemas de ansiedade, que provavelmente interferem com o desenvolvimento deles. O L. e o F.G. tiveram uma excelente evolução a nível da narrativa de ficção, ao contrário do F. e do J.. Da mesma forma, o L. e o F.G. foram os alunos avaliados pela terapeuta com pontuação máxima na eficácia da atividade.

### **3. Discussão Global**

Depois de apresentados os principais resultados obtidos, é necessário refletir acerca do significado dos mesmos e da resposta que fornecem às questões de investigação colocadas no presente estudo. A discussão ocorrerá em torno dos dois estudos efetuados neste projeto de investigação exploratório, um a seguir ao outro, mas também explorando a articulação entre eles.

O primeiro estudo pretendia conhecer a adequação das ideias dos pais em relação à equitação terapêutica, bem como, responder às questões relativas aos motivos que levaram os pais a inscrever os educandos nesta terapia, quais as suas expectativas com a terapia e os efeitos que relatam mediante a experiência que já têm. O facto da equitação terapêutica ser uma terapia com um animal, torna-a diferente das restantes o que faz com que os pais a procurem. Pais e técnicos referem o cavalo como um potenciador das aprendizagens. Esta terapia é uma alternativa às outras não só na forma como é efetuada, como consequentemente no espaço que é utilizado. Nos seus estudos Ribeiro (2003) refere que a equitação terapêutica leva a maior motivação para a concretização de objetivos pessoais. Isto corrobora algumas coisas que se evidenciaram neste estudo, nomeadamente no que se refere ao aumento da disponibilidade e da prontidão das crianças para a realização das tarefas do dia-a-dia.

Grande parte dos pais e dos técnicos referem também que a equitação terapêutica trouxe benefícios a nível da autoconfiança, do equilíbrio, da facilidade de aquisição de aprendizagens e da atenção e concentração. Todos estes benefícios já tinham sido relatados por Ribeiro (2003) e Uzun (2005) nas suas investigações. Ribeiro (2003) tinha salientado ainda melhorias a nível da força muscular, do relaxamento e da coordenação. Também neste estudo os pais salientaram essas mesmas melhorias.

O aumento do bem-estar, da satisfação com a vida, da estabilidade emocional e da adequação dos comportamentos são mais alguns dos atributos das crianças que foram salientados por pais e técnicos como uma evolução e que a Ande-Brasil (2011) já tinha referido nos seus estudos. Contudo, estas melhorias na maioria dos estudos não são avaliadas de forma psicométrica mas através de questões abertas. A elaboração de um questionário para o efeito, neste estudo, tem a vantagem de obter para cada criança opiniões de adultos diferentes e explorar a associação entre elas e de permitir precisar com mais rigor a evolução em cada domínio, facilitando a monitorização da intervenção.

Gimenes e Andrade (2005) explicam que a equitação terapêutica permite experienciar sentimentos de liberdade, independência e capacidade e são estes sentimentos que levam ao aumento da autoconfiança, atenção e concentração e socialização. Neste estudo, os pais relataram estas mudanças tornando-as também como expectativas de maior desenvolvimento no futuro. Os pais e técnicos referem a adequação dos comportamentos como algo que evoluiu, o que vai de encontro aos estudos de Bortolini (2005) que referia que a equitação terapêutica permitia a normalização dos comportamentos sociais.

É ainda de salientar que a autonomia, o bem-estar, a disponibilidade para a realização das tarefas do dia-a-dia, a atenção e concentração, satisfação com a vida, autoconfiança e a confiança nos outros correlacionam-se todas positivamente entre si, o que prediz que ao trabalhar algumas destas variáveis as restantes estão a ser automaticamente trabalhadas. Note-se ainda que quanto mais uma variável evoluiu, mais os pais e os técnicos esperam que ela evolua no futuro.

Ao contrário do expectável, pais e técnicos consideram que a equitação terapêutica é uma terapia com um fim, uma vez que referem que é limitada no tempo. Isto demonstram que não conhecem corretamente os seus princípios e a forma como esta pode evoluir até se atingir a autonomia a cavalo. Da mesma forma, não era de esperar que considerassem que a terapia não deve ser praticada antes dos 8/9 anos, uma vez que 32.1% das crianças sobre as quais estes questionários foram respondidos tinham menos de 9 anos. Isto demonstra uma lacuna portuguesa, sobre a falta de informação sobre esta terapia. Caso fosse uma forma de intervenção reconhecida, era partilhada mais informação acerca da terapia e os pais e os técnicos encontravam-se em condições mais favoráveis no que diz respeito ao conhecimento geral da terapia.

Pais e os técnicos mostraram-se satisfeitos com a terapia bem como consideraram que os alunos se encontram satisfeitos. Depois de analisar a escala das evoluções e, de se evidenciarem evoluções em quase todos os níveis, era previsível que o nível de satisfação espelhasse estas evoluções. Uma vez que a amostra se mostrou bastante homogénea em termos de evolução e de satisfação, deixou de ter interesse procurar compreender se as diferenças a esse nível poderiam estar associadas às ideias acerca da conceção da equitação terapêutica (da primeira parte do questionário), pelo que se optou por não se explorar associações entre as repostas às três escalas do questionário.

Em relação ao segundo estudo, centrado na análise de quatro crianças em contexto de intervenção, pretende-se perceber de que forma é que as quatro crianças evoluíram ao longo de quatro meses de intervenção e de que forma a aliança terapêutica poderá ter tido alguma influência nesse processo, na perspetiva de retirar pistas para ajustar as práticas dos profissionais desta área.

Começando por efetuar uma análise mais geral da evolução que todos os pais atribuem aos filhos, há três características que todos consideram que evoluiu muito – *autoconfiança, atenção e concentração e coordenação*. Tudo isto vai e encontro ao que já se evidenciou em cima em termos de efeitos positivos que advém da equitação terapêutica. É interessante referir que das três características que os pais consideram que houve mais evolução, apenas a coordenação foi objetivo terapêutico direto e explícito. O aumento da autoconfiança e da atenção e concentração, evoluíram progressivamente sem que existisse um objetivo direcionado para tal. Em relação às características que no geral os pais consideraram como as menos evoluídas não é possível traçar um perfil, já que de entre as quatro mães que responderam todas colocaram opções diferentes, o que é o esperado visto que apesar de haver objetivos comuns a todos os casos, maioritariamente os objetivos são diferentes, o que resulta numa perceção de evolução diferente. De forma a perceber de que modo é que estas evoluções são percecionadas por cada mãe, é feita uma discussão de resultados caso a caso.

No caso do aluno F., diagnosticado com hiperatividade e défice de atenção a mãe refere que ele evoluiu mais a nível de atenção e concentração, adequação dos comportamentos, facilidade de aquisição de aprendizagens, lateralidade, coordenação, autoconfiança e satisfação com a vida (pontua todos os itens em 4 pontos). No caso do F., realça-se como positivo o aumento da atenção e concentração e da adequação dos comportamentos, visto ser algo que as crianças hiperativas têm dificuldades. É também positivo o facto da mãe realçar a melhoria da coordenação e lateralidade, visto terem sido dois dos objetivos indicados pela terapeuta para trabalhar ao longo dos quatro meses. A mãe de F. refere que ele não evoluiu em relação ao desenvolvimento do vocabulário (pontua com 1) que contrasta com o objetivo da terapeuta de desenvolver o discurso. No caso do J., a mãe refere a satisfação com a vida (5 pontos), a autoconfiança, a adequação dos comportamentos, a atenção e concentração, a coordenação e o desenvolvimento do vocabulário (todos pontuados com 4 pontos) como o mais evoluído. Em parte, estes objetivos vão de encontro aos definidos pela terapeuta no que se refere à melhoria do discurso e da coordenação. Em relação à lateralidade, tanto a mãe como a terapeuta estão em pleno acordo, avaliando a sua

evolução em apenas 2 pontos, apesar de ser objetivo de intervenção. No caso de L. a mãe avalia quase tudo positivamente em termos de evolução, colocando apenas com evolução neutra (3 pontos) a adequação dos comportamentos e a lateralidade, ambas fora dos objetivos terapêuticos. Mais uma vez, estes dados vão de encontro aos da terapeuta, que na sua análise de evolução pontua todos os objetivos com evolução de quatro e cinco pontos. A eficácia da terapia com L. é avaliada em cinco pontos, sendo assim muito eficaz. Por último, no caso de F.G. a mãe não faz muita distinção dos itens em relação à evolução, sendo que avalia em quatro pontos a grande maioria dos itens. Realça a atenção e a concentração como o que mais evoluiu (5 pontos) e a disponibilidade para a realização de tarefas no dia-a-dia e a confiança nos outros como o menos evoluído (3 pontos) ao longo dos quatro meses de intervenção. Desta forma, todos os objetivos que a terapeuta se propôs a trabalhar foram bem conseguidos, tanto na opinião da mãe como na da terapeuta. A terapeuta salienta como o que menos evoluiu a autonomia a cavalo, mas isto justifica-se pelo facto de ter sido pouco trabalhado ainda.

Tendo em conta os objetivos específicos de cada aluno e a evolução conseguida por cada um, é possível afirmar que todos os alunos obtiveram benefícios desta intervenção sendo que na sua grande maioria, os objetivos tiveram uma evolução superior a 3. Excecionalmente, no caso do F. e do J. houve apenas um objetivo em que não se obteve evolução.

Relativamente à análise do CBCL e do TRF é de salientar a superioridade de problemas destacados nos TRF em relação aos CBCL, o que poderá sugerir que os alunos têm comportamentos mais problemáticos em termos escolares e em socialização com os outros – comportamentos mais observados pelos professores - ou que os pais não são menos críticos às atitudes que os filhos. Contudo, no cruzamento dos dados do CBCL e do TRF a associação foi em três casos elevada e num caso apresentou-se dentro da média, sugerindo que a perceção de uns e de outros é globalmente convergente.

Em termos da aliança terapeuta é notório que dois dos alunos sabem o nome das três terapeutas e os restantes dois apenas sabem de duas. Num dos casos, o nome que faltou mencionar é o da terapeuta menos presente ao longo das sessões ao contrário do outro caso em que o nome que faltou mencionar é de uma terapeuta sempre presente. Neste caso, e sendo que a mãe considera que essa terapeuta é a que o filho mais gosta, poderemos considerar que tenha existido um esquecimento momentâneo por parte do aluno acerca do

nome da terapeuta e não que a relação terapêutica possa estar fragilizada. Em termos de observação das sessões, não se evidencia qualquer motivo para a criança se esquecer do nome da terapeuta. É de salientar que o nome das terapeutas é apenas dito propositadamente na primeira sessão, sendo que nas restantes as crianças podem perguntar ou então vão ouvindo por outros motivos o nome.

Em termos da aliança terapêutica percebida pelas próprias terapeutas em relação à criança, ela é percebida de forma muito semelhante entre a terapeuta A e a terapeuta B. O facto de a terapeuta C estar menos presente nas sessões, faz com que essa aliança seja percebida de diferente forma tanto da parte da própria terapeuta, como dos pais e acima de tudo das crianças. Isto evidencia que as crianças conseguem fazer a diferenciação entre as terapeutas que passam mais tempo com eles, destacando-as de alguma forma no questionário das alianças terapeutas em relação à terapeuta que se encontra menos vezes com elas. Também os pais fazem esta distinção, referindo sempre a presença ocasional da terapeuta C mas referindo também que é a menos interventiva e por isso a que menos participa no desenvolvimento dos filhos. Contudo, em termos de confiança nas terapeutas e de percepção dos objetivos por parte de cada uma os pais não diferenciam as terapeutas, o que poderá refletir o trabalho de equipa existente.

A narrativa de ficção “*Frog: Where are You?*” foi aplicada em dois momentos da intervenção, tendo evidenciando resultados bastante positivos em dois dos casos. O F. apresentou uma narrativa sem estrutura em ambos os momentos. Em termos de processo, houve uma evolução do primeiro para o segundo momento tal como no conteúdo. Contudo, os valores apresentados por F. no geral de ambas as narrativas, mas principalmente em relação à estrutura são aberrantes. O perfil de valores, mais elevado na estrutura, seguido do processo e depois do conteúdo é o habitual nas crianças mais velhas e nos adolescentes (Ferreira, 2007), sendo que o F. até deste ponto de vista tem uma hierarquia de valores entre as dimensões da narrativa bizarra. O J. apresentou uma narrativa com pouca coerência discursiva, pobre em termos do seu preenchimento e com pouca integração dos conteúdos. Em ambos os momentos se encontra abaixo da média, não tendo evoluída minimamente em qualquer etapa. O L. no primeiro momento apresentou-se abaixo da média em todos os componentes da narrativa, tendo produzido pouca coerência discursiva e pouca sequenciação da história. No primeiro momento, não apresentou qualquer complexidade narrativa e o conteúdo era pobre. No segundo momento de avaliação, o L. evidenciou uma grande evolução a todos os níveis da narrativa. Passou de estar abaixo da média em todas as áreas,

para ter ultrapassado a média para a idade de crianças sem problemas emocionais. Esta evolução também se evidenciou com o F.G., apesar deste no primeiro momento já se encontrar acima da média na estrutura e no processo narrativo, sendo que apenas no conteúdo se encontravam abaixo da média. Penso que estes resultados são facilmente associados aos resultados escolares dos alunos, sendo que o L. e o F.G. têm melhores resultados em termos académicos que o J. e o F.G.. Em relação ao F.G. desde o início que se referiu o baixo grau de gravidade do seu caso, não se prevendo que esta tarefa fosse difícil. Em relação ao L., e devido ao facto de um dos objetivos terapêuticos se destinar à sequenciação de histórias e imagens, associado a uma relação terapêutica mais sólida, considero que a evolução se deu como espelho do trabalho que foi realizado ao longo da intervenção, aliado à baixa dificuldade de compreensão do L.. Pelo contrário, o F. e o J. evidenciam dificuldades a nível escolar, sendo que o J. não sabe ler nem escrever, apesar dos seus 12 anos. Isto poderá demonstrar pouca motivação de J. para atividades que envolvam o desenvolvimento discursivo e a pouca ligação que ele terá com este tipo de atividades apesar da sua idade. O F., com a sua dificuldade de atenção e concentração e a agitação motora, tem grandes dificuldades em focalizar-se na tarefa. Por essa mesma razão, não apresenta qualquer um discurso coerente nem se envolve na tarefa.

Em relação à eficácia da terapia, realçam-se algumas diferenças entre os alunos. O F.G. e o L. foram os que tiveram uma eficácia superior (5 pontos), seguido do J. (4 pontos) e por fim do Flávio (3 pontos). Estas diferenças parecem refletir os resultados da narrativa de ficção, em que o L. e o F.G. se salientaram em relação aos restantes alunos e do perfil heterogéneo da aliança terapêutica de F., que parece repercutir-se em termos de uma menor evolução.

Em suma, os pais sentem-se satisfeitos com a terapia, e vão transmitindo essa representação ao longo dos vários questionários e entrevistas a que foram sujeitos. Referem constantes evoluções, direcionando-as para o cavalo como motivador de aprendizagem. Poderia colocar-se a hipótese da importância da relação com o cavalo, como fator mediador de aprendizagens, uma vez que os pais referem constantemente que os resultados se devem ao cavalo e à situação de quando há uma resposta correta o cavalo andar, oferecendo assim uma recompensa à criança. Sendo o andamento do cavalo a motivação das crianças, poderá induzir-se que há maior concentração nas atividades para posteriormente serem recompensadas. Os pais também referem alguns aspetos que gostavam de ver melhorados, nomeadamente no que diz respeito aos objetivos de intervenção. É salientada a falta de

informação transmitida acerca do que pretende trabalhar e qual a perspetiva do terapeuta acerca da evolução desse objetivo. Os pais referem dificuldades na acessibilidade das técnicas, o que pode estar relacionado com a questão anterior ou com as aulas consecutivas que não permitem um tempo de conversa e reflexão com os pais acerca da sessão ou mesmo dos objetivos. Apesar destes pontos mais frágeis, o balanço efetuado pelos pais é positivo, sendo uma terapia que os pais pretendem dar continuidade.

## Conclusão

A realização deste estudo teve como base uma intervenção em equitação terapêutica. Uma vez que a literatura não define um modelo base pelo qual a intervenção se deve reger, esta investigação incidiu sobre o modelo comportamentalista que considera a análise da tarefa como um dos aspetos mais importantes para a avaliação e a intervenção. Esta investigação integrou dois estudos empíricos. O primeiro estudo tem como objetivo principal obter uma ideia geral da satisfação com a atividade, bem como, de eventuais insatisfações e dificuldades que pais e técnicos de suporte à criança possam sentir e o segundo tinha como ideia central analisar quatro crianças ao longo de quatro meses de intervenção e verificar quais as evoluções registadas, nomeadamente tendo em consideração as dificuldades específicas de cada criança.

Para a concretização do primeiro estudo, pais e técnicos de suporte à criança, responderam a um questionário que pretendia obter um feedback sistematizado acerca da equitação terapêutica. Estes questionário foi entregue aos alunos da AEPM, em envelope fechado, obtendo-se uma taxa de resposta de 75%. Este questionário incluía itens relativos às concetualizações que existem em relação à equitação terapêutica, à evolução na atividade, às expectativas e à satisfação. Foi obtido um total de 126 respondentes, que corresponde a 66 alunos com idades compreendidas entre os 3 e os 51 anos de idade. Neste estudo sobressai uma evolução global relativamente aos 66 praticantes bastante elevada, tendo emergido através da análise de componentes principais do questionário de 20 itens acerca da evolução, dois fatores com um total de variância explicada de 53.78%. O primeiro fator, com uma média de 3.73, designou-se por dimensão emocional (e.g. confiança nos outro, satisfação com a vida, etc.) e o segundo fator, com uma média de 3.73, designa-se dimensão das aprendizagens (e.g. locomoção, facilidade de aquisição das aprendizagens, coordenação). A evolução refletida no primeiro fator já tinha sido evidenciada por alguns autores nomeadamente no aumento da autoconfiança, da atenção e concentração, bem-estar, satisfação com a vida, estabilidade emocional e adequação dos comportamentos. Por outro lado, analisando a dimensão das aprendizagens, corrobora-se os resultados encontrados por alguns autores que evidenciaram a melhoria a nível do equilíbrio e da facilidade de aquisição de aprendizagens. Verifica-se que a dimensão emocional, para além de ter um valor de variância explicada (45.86%) superior à dimensão das aprendizagens (7.92%), comporta mais estudos que contemplam os seus fatores. A análise da satisfação global dos pais,

técnicos e crianças, com base nos três informantes foi muito positiva ( $M=4.30$ ,  $DP=0.56$ ). Os resultados, do primeiro estudo evidenciaram que quanto mais evoluções são percebidas pelos pais, mais expectativas eles têm em relação à continuidade da terapia.

Para a concretização do segundo estudo, foram feitas análises de quatro casos pertencentes à AEPM, três deles com atraso global do desenvolvimento e um com hiperatividade e déficit de atenção. Todos os sujeitos pertenciam ao sexo masculino e tinham idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. Foi aplicado o TRF e o CBCL, de forma a caracterizar a criança de forma clínica. Aqui salienta-se que na sua maioria, os TRF evidenciam um maior número de problemas que os CBCL, sendo que os problemas de ansiedade se evidenciam em todos os casos. Foram aplicados três questionários de aliança terapêutica (pais, criança e terapeuta) que permitiram identificar sob várias percepções a aliança terapêutica da criança com o técnico, bem como a opinião dos pais em relação à acessibilidade e à compreensão que sentem por parte dos técnicos e à confiança que sentem neles. Em dois dos casos, estes questionários mostraram-se bastante convergentes no que diz respeito à opinião da criança e dos pais em relação à aliança terapêutica da criança com as terapeutas, sendo que nos outros dois, as perspectivas dos pais encontravam-se desajustadas às perspectivas dos filhos. Foi preenchida por uma das terapeutas, uma ficha para cada aluno que identificava o grau de gravidade atribuído ao aluno, os objetivos a trabalhar e no final a evolução que o terapeuta sentiu e qual a apreciação global que fez de cada caso em termos de eficácia de intervenção. Foi feita aos pais uma entrevista de *follow up* de forma a que reproduzissem a evolução sentida ao longo dos quatro meses de intervenção. Na sua grande maioria, os pais referem a existência de evolução em todos os aspetos. Contudo, e cruzando com a evolução referida pelos terapeutas em relação aos objetivos da intervenção, os pais convergem em grande parte das vezes tanto em relação aos objetivos que mais evoluíram como aos que menos evoluíram. Em forma de pré teste e pós teste, foi aplicado a estas crianças o “*Frog: Where are You?*”, com o intuito de verificar a evolução da competência narrativa das crianças no final da intervenção. Aqui foi analisada a narrativa ao nível da estrutura, do processo e do conteúdo. Dos quatro casos analisados observou-se que em dois dos casos não houve evolução do primeiro para o segundo momento. Para além disto, os alunos encontram-se abaixo da média de referência para a idade. Os outros dois casos salientam uma enorme evolução do primeiro para o segundo momento, sendo que no segundo momento ambos se posicionaram acima da média em todas as componentes

narrativas. Estes dois casos, foram precisamente os casos que a terapeuta identificou com uma apreciação global de eficácia excelente (5 pontos).

Ao contrário do que se sucede em vários países, Portugal ainda não reconhece a equitação terapêutica como forma de intervenção em psicologia. Esta investigação demonstra algumas potencialidades que a equitação terapêutica tem, corroborando com uma amostra portuguesa nos efeitos da equitação terapêutica relatados pela literatura a nível da dimensão mais emocional de bem-estar e satisfação com a vida, bem como a nível de autonomia e proatividade no processo desenvolvimental e acrescentou com mais clareza benefícios a nível motor e cognitivo. Ao contrário do que era demonstrado na literatura, neste caso verifica-se que os benefícios são transversais a diversas idades, entre os 3 e os 51 anos, e a diversas problemáticas. Para além do que os outros estudos ressaltam, esta investigação fez uma abordagem inovadora a mostrar a contribuição da equitação terapêutica para o processo de promoção da competência narrativa, tornando-a mais coerente, complexa e diversa, fonte da adaptabilidade e funcionalidade do ser humano. Fornece ainda pistas claras sobre os conceitos adequados e os inadequados acerca da modalidade de intervenção, sugerindo a importância de que a expansão desta modalidade passe por uma informação da população, capaz de ajudar a desfazer ideias erradas e a dispor a informação adequada. Adicionalmente, esta investigação disponibiliza para estudos posteriores dois instrumentos que poderão ajudar na monitorização da intervenção. Um deles é a escala da evolução e o outro é a escala das expectativas, ambos constantes no questionário elaborada para o primeiro estudo. O estudo exploratório efetuado pode servir de base ao desenho de um estudo de avaliação da eficácia da intervenção.

Este trabalho apresenta também algumas limitações, principalmente a nível metodológico. No primeiro estudo, a elevada taxa de não resposta (35%) em relação ao total de questionários entregues. Isto pode ser explicado pelo facto de muitos dos alunos da AEPM virem acompanhados pela instituição ou a escola ao invés dos pais. Desta forma, a informação parece perder-se um pouco pelo caminho. Os técnicos foram os que devolveram menos questionários, o que ainda reforça mais a justificação referida anteriormente, uma vez que para os técnicos entregarem os questionários os pais têm de lhes entregar e posteriormente devolver. De alguma forma, tentou-se diminuir a taxa de resposta, pedindo aos pais que preenchessem os questionários na hora, o que desencadeou o preenchimento de apenas um questionários. No segundo estudo, o intervalo reduzido entre os dois momentos de avaliação do segundo estudo, limitando a escolha dos instrumentos a utilizar como forma

de pré teste e pós teste, não facilitando uma análise mais consistente. O facto de não existir um intervalo de seis meses entre os dois momentos de avaliação, retirou a pertinência de se utilizar o CBCL e o TRF como pré teste e pós teste. Caso estes tivessem sido utilizados dessa forma, não existiria o intervalo de seis meses sobre o qual incide a percepção dos pais e dos professores aquando do seu preenchimento.

Para investigações futuras na área, seria interessante fazer uma exploração mais aprofundada da relação das crianças com o cavalo. Da mesma forma, e para completar a análise da aliança terapêutica seria pertinente completar esta área com um questionário de aliança terapêutica dos técnicos em relação às crianças, visto que o aplicado aqui era a percepção que os técnicos tinham em relação à criança. Outro aspeto que considera interessante de analisar no futuro é compreender de que forma uma intervenção em equitação terapêutica em crianças ou adultos com condicionamentos motores a nível do andamento, mas sem qualquer constrangimento a nível cognitivo, tem impacto nos fatores emocionais.

Em suma, espera-se que os resultados trazidos pela presente investigação possam vir a ser úteis para a realização de futuras investigações, bem como para a orientação dos psicólogos que trabalham na área no sentido de lhes dar maior percepção de quais os aspetos em que a equitação terapêutica pode realmente ser útil e quais os que se tornam mais superficiais.

## Bibliografia

- Ande-Brasil (2011). *Curso Básico de Equoterapia*. Brasília: COEPE
- Anunciação, D.L. (2002). Os Efeitos Psicológicos da Equoterapia na Auto-Estima de Portadores de Necessidades Educativas Especiais. *Equoterapia*, 6, 12-13.
- Bailey, D., & Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*. Prentice-Hall: New Jersey.
- Bortolini, V. (2005). A Eficácia da Equoterapia em Crianças com Distúrbio de Aprendizagem do Projeto Cavalgando com Cidadania. *Equoterapia*, 12, 22-24.
- Bruzzone, R. (2008). *Estudos de adaptação de uma escala de aliança terapêutica com crianças*. Dissertação de Mestrado em Temas: Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Calda, A. P., Domingues, J. L., & Haddad, C. M. (2004). Enfoque da Fonoaudiologia na Equoterapia. *Revista Equoterapia*, 10, 6-7.
- Corring, Lundberg, & Rudnick (2013). Therapeutic Horseback Riding for ACT Patients with Schizophrenia. *Community Ment Health*, 49, 121–126. doi: 10.1007/s10597-011-9457-y
- Durel, N. (2012). Método de Kiron: Terapias e coaching assistido por equinos. *Zen Energy*, 43, 34-38.
- Faria, L., & Costa, N. (2001). Contributos da Equitação Adaptada para a Promoção do Auto-Conceito em Portadores de Paralisia Cerebral. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (1), 61-71.
- Ferreira, L. (2007). *Orientação Narrativa em Adultos*. Dissertação de Mestrado – Universidade do Minho, Portugal.
- Fine, A. H. (2010). *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. Elsevier: USA.

- Flores, L.N. (2009). *Os Benefícios da Interação Homem-Animal e o Papel do Médico Veterinário*. Monografia, Universidade Federal Rural de Semi-Árido de Porto Alegre, Brasil.
- Gimenes, R., & Andrade, E. (2005). Implantação de um projeto de equoterapia: uma visão do trabalho psicológico. *Equoterapia*, 1, 6-9.
- Justi, J. (2009). *A Repercussão da Equoterapia na Estimulação das Dimensões da Linguagem Infantil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Dom Bosco de Campo Grande, Brasil.
- Leal, T. M. (1990). *Contributos para o ensino-aprendizagem de conceitos matemáticos elementares*. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Leitão, L. G. (2004). Relações Terapêuticas: Um estudo exploratório sobre Equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo. *Análise Psicológica*, 22 (2), 335-354.
- Levinson, B.M. (1997). *Pet-Oriented Child Psychotherapy*. Charles C Thomas Publisher: USA.
- Lobo, A. A. B. S. C. (2003). *Equitação Terapêutica: A influência de um Programa de Equitação Terapêutica em jovens com Problemas/Distúrbios Comportamentais portadores de Deficiência Mental Ligeira*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Portugal.
- Lorenzetto, V. C., & Freitas, S. T. (2010). Influência da Equoterapia no Indivíduo Hemiparético Espástico com Déficit de Equilíbrio: Estudo de Caso. *Revista Brasileira de Equoterapia*. 21/22, 3-9.
- Martinez, S. L. (2005). *Fisioterapia na Equoterapia: Análise de seus efeitos sobre o portador de necessidades especiais*. Idéias & Letras: São Paulo.
- Nogueira, A. B. (2007). *A Utilização da Psicomotricidade na Equoterapia em Pacientes com traumatismo Raquimedular Lombar Completa*. Pós Graduação, Instituto a Vez do Mestre da Universidade Candido Mendes, Brasil.
- Peixoto, L. M. (2008). *Dificuldades de Aprendizagem: Repercussões Afetivas, Comportamentais e na Progressão Escolar*. Tese de Doutorado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.

- Ribeiro, A. S. (2003, Julho). A Psicoterapia de Orientação Psicanalítica na Equoterapia. *Equoterapia*, 7, 5-7.
- Rosa, L. (2002). Reflexões sobre a complexidade equoterápica. *Equoterapia*, 6, 8-11.
- Schubert, R. (2005). A Equoterapia como Alternativa Terapêutica para Crianças “Agitadas”. *Equoterapia*, 12, 2-6.
- Scott, N. (2005). *Special Needs, Special Horses: A Guide to the Benefits of Therapeutic Riding*. Denton: University of North Texas Press.
- Silva, J. M. (2011). *Terapia Assistida por Animais: Revisão de Literatura*. Monografia, Universidade Federal de Campina Grande de Campus de Patos, Brasil.
- Uzun, A. L. (2005). *Equoterapia: aplicação em distúrbios do equilíbrio*. Vetor: São Paulo.

# Anexos

---

## Anexo A



### Declaração de Consentimento

No decurso da construção do estudo de investigação acerca da *Equitação Terapêutica* está a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto sob coordenação científica da Professora Doutora Margarida Rangel Henriques, um estudo sobre as ideias dos pais e/ou encarregados de educação acerca do impacto desta atividade no desenvolvimento e adaptação do seu educando.

A participação dos pais ou encarregados de educação consiste em preencher um questionário. A participação é voluntária, ficando salvaguardado o direito de desistência na participação do estudo.

Fui informado dos objetivos e procedimentos do estudo e aceito participar, consentindo que os resultados sejam apresentados em formato de grupo, nunca de forma individual, estando assegurado o anonimato, em qualquer caso.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinaturas: \_\_\_\_\_

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

Pedido de participação em  
Projeto de Investigação

No decurso de uma investigação sobre a *Equitação Terapêutica* que está a ser desenvolvida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto sob a orientação científica da Professora Doutora Margarida Rangel Henriques, pretende-se sistematizar as ideias dos pais e/ou encarregados de educação acerca do impacto desta atividade no desenvolvimento e adaptação do seu educando.

A participação das mães, pais ou outros encarregados de educação e técnicos consiste em preencher um questionário, solicitando-se que cada adulto o preencha independente. A participação é voluntária e anónima, sendo salvaguardado todos os princípios éticos e de confidencialidade dos dados. O envelope do questionário deverá ser fechado e colocado no centro hípico na caixa que se encontra para o efeito. O centro hípico apenas terá acesso aos resultados já tratados no seu conjunto e em nenhum contexto os resultados serão divulgados de forma individualizada.

Neste envelope encontram-se envelopes mais pequenos em que cada um tem uma folha de consentimento da participação para ser assinada e um questionário, o qual deve ser preenchido individualmente por cada adulto mais diretamente envolvido no acompanhamento do aluno/a que frequenta a equitação terapêutica. Tem ainda uma folha geral de dados do aluno que deve ser entregue num dos envelopes individuais. Os envelopes individuais serão para distribuir por mãe, pai e técnico que considerem mais adequado, e depois fechados e colocados numa caixa para o efeito que estará no centro hípico.

Pedimos que efetue a entrega dos questionários no período de uma semana após a receção do envelope, contando ter a totalidade dos questionários até ao dia 13 de Maio de 2013. Agradecemos desde já o todo o vosso esforço e empenho em cumprir estes prazos.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar através do email [mipsi09085@fpce.up.pt](mailto:mipsi09085@fpce.up.pt).

Muito obrigada pela sua colaboração.

**A orientadora da investigação,**

**A Investigadora,**

## Anexo C

Código: \_\_\_\_\_

<b>Questionário de identificação da situação</b>
--

1. Nome da criança (apenas primeiro nome): \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Escolaridade da mãe: \_\_\_\_\_
4. Profissão da mãe: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade do pai: \_\_\_\_\_
6. Profissão do pai: \_\_\_\_\_
7. Estado civil dos pais: \_\_\_\_\_
8. Problemática do filho/educando: \_\_\_\_\_
9. Tempo de prática semanal de equitação terapêutica: \_\_\_\_\_
10. Como obteve conhecimento acerca desta terapia? \_\_\_\_\_
11. Quem indicou a terapia para o seu filho/educando? \_\_\_\_\_
12. Tinha conhecimento da equitação terapêutica antes de recorrer a ela? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, como obteve esse conhecimento? \_\_\_\_\_
13. Quando é que o seu filho/educando iniciou a prática de equitação terapêutica? \_\_\_\_\_
14. Tentou algum outro tipo de terapia com animais? Se sim, com qual? \_\_\_\_\_
15. Pratica algum desporto? \_\_\_\_ Se sim, qual?: \_\_\_\_\_
16. Já havia na família algum tipo de contacto com cavalos, anteriormente? Se sim, em que circunstâncias?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. O seu filho(a)/educando frequenta algum centro/estabelecimento de ensino de forma regular?  
Sim: \_\_\_\_ Não: \_\_\_\_
18. Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Questionário a Pais ou Encarregados de Educação e Técnicos

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2013

### Apresentação do Questionário

Este questionário enquadra-se num estudo sobre a equitação terapêutica, em curso na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Margarida Rangel Henriques. Pretende-se com este questionário obter as ideias dos pais/encarregados de educação acerca da equitação terapêutica.

Trata-se de um questionário de **preenchimento individual**. Pedimos-lhe que responda a todas as questões.

Sublinhamos que **o questionário é anónimo** e que a informação assim recolhida será tratada de modo **confidencial**, não havendo qualquer divulgação de resultados individuais, mas apenas de resultados do grupo.

Qual a sua relação/grau de parentesco com o praticante da equitação terapêutica?

Pai \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

Qual?: \_\_\_\_\_

**Desde já agradecemos a sua colaboração.**

**Grupo I**

**De seguida apresentam-se algumas frases. Para cada frase deverá indicar o seu grau de concordância com o que está escrito, assinalando com uma cruz sobre uma das opções: *Discordo Totalmente/ Discordo/ Concordo / Concordo Totalmente.***

**1. A prática de equitação terapêutica aumenta a autonomia nas crianças.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**2. A prática da equitação terapêutica aumenta a prontidão/disponibilidade da pessoa para a realização das tarefas do dia-a-dia.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**3. A equitação terapêutica é mais eficaz quando as crianças têm até 15/16 anos.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**4. A prática da equitação terapêutica aumenta a satisfação com a vida.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**5. A equitação terapêutica destina-se a problemas a nível motor.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**6. A prática da equitação terapêutica aumenta a autoconfiança.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**7. A equitação terapêutica tem como grande objetivo que as crianças gostem de animais.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**8. A equitação terapêutica vai resolver os problemas dos praticantes.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**9. A eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o cavalo.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**10. A prática da equitação terapêutica aumenta o bem-estar.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**11. O cavalo é um animal pouco seguro.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**12. O cavalo é um animal intimidante.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**13. A prática da equitação terapêutica aumenta a confiança nos outros.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**14. A prática da equitação terapêutica deverá acontecer durante um período de tempo limitado.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**15. A eficácia da equitação terapêutica depende da relação construída com o terapeuta.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**16. A equitação terapêutica destina-se às crianças que devido aos seus problemas não poderiam praticar outra modalidade de equitação.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**17. É preciso gostar de cavalos para se optar por praticar equitação terapêutica.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**18. Nem todas as pessoas estarão aptas para praticar equitação terapêutica.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**19. A equitação terapêutica destina-se a problemáticas específicas.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**20. A equitação terapêutica destina-se a ultrapassar o medo de cavalos.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**21. A eficácia da equitação terapêutica advém da relação muito especial que a pessoa constrói com o cavalo.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**22. A eficácia da equitação terapêutica depende do terapeuta e das atividades que este desenvolve.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**23. O cavalo é muito sensível às particularidades de cada criança.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**24. Quando se pratica equitação terapêutica, a pessoa sente que o cavalo a compreende muito bem.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**25. O cavalo é um animal particularmente indicado para a realização de terapias.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**26. A equitação terapêutica não deve ser praticada por crianças com menos de 8/9 anos.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**27. A equitação terapêutica é uma terapia para as crianças que têm problemas.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

**28. A eficácia da equitação terapêutica depende das atividades específicas realizadas.**

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

## Anexo D

Código: \_\_\_\_\_

### Grupo II

Nas questões deste grupo apresente a sua opinião sobre os aspetos em que nota **EVOLUÇÃO no seu filho(a)/educando** desde que pratica equitação terapêutica, sinalizando com uma cruz a opção que considerar mais adequada, na escala de 1 a 5.

1. Desde que o meu filho/educando iniciou a prática de equitação terapêutica noto evoluções ao nível de:

	1. Nenhuma	2. Pouca	3. Moderada	4. Alguma	5. Muita
Autonomia					
Prontidão/Disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia					
Bem-estar					
Locomoção					
Satisfação com a vida					
Estabilidade emocional					
Confiança nos outros					
Autoconfiança					
Adequação dos seus comportamentos					
Equilíbrio					
Lateralidade (esquerda/direita)					
Orientação espacial					
Desenvolvimento do vocabulário					
Facilidade de aquisição de aprendizagens					
Força muscular					
Atenção/Concentração					
Relaxamento					
Força					
Coordenação					
Postura					

## Anexo D

Código: \_\_\_\_\_

2. Espero que a equitação terapêutica venha a BENEFICIAR o meu filho(a)/educando, em relação a:

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
Autonomia					
Prontidão/Disponibilidade para a realização de tarefas do dia-a-dia					
Bem-estar					
Locomoção					
Satisfação com a vida					
Estabilidade emocional					
Confiança nos outros					
Autoconfiança					
Adequação dos seus comportamentos					
Equilíbrio					
Lateralidade (esquerda/direita)					
Orientação espacial					
Desenvolvimento do vocabulário					
Facilidade de aquisição de aprendizagens					
Força muscular					
Atenção/Concentração					
Relaxamento					
Força					
Coordenação					
Postura					

Outros aspetos? Quais?

---

**Grupo III**

Neste grupo são-lhe pedidas apreciações gerais em relação à sua experiência com a equitação terapêutica, para as quais apelamos à sua total sinceridade.

- 1- Como pais/encarregado de educação, qual o seu grau de satisfação com a equitação terapêutica? Indique a satisfação numa escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a muito insatisfeito e 5 corresponde a muitíssimo satisfeito.

1 Muito Insatisfeito	2	3	4	5 Muitíssimo Satisfeito
-------------------------	---	---	---	----------------------------

- 2- Na sua perceção, qual o grau de satisfação do seu filho(a)/educando em relação à equitação terapêutica? Indique a satisfação numa escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a muito insatisfeito e 5 corresponde a muitíssimo satisfeito.

1 Muito Insatisfeito	2	3	4	5 Muitíssimo Satisfeito
-------------------------	---	---	---	----------------------------

3. Em que é que acha que esta terapia acrescentou algo em relação a outros apoios recebidos?

---



---



---



---

4. Dúvidas, comentários, necessidades, dificuldades em relação ao acompanhamento do meu filho(a)/educando na prática de equitação terapêutica:

---



---



---



---

*Por favor, reveja se respondeu a todas as questões, antes de dar por finalizado o seu questionário.*

**AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO**

## Anexo E

### Lemos, M. S., & Bruzzone, R. (2007). EATC-r Versão para investigação – Forma do Terapeuta

Nome do Terapeuta: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Anos de Exercício: \_\_\_\_\_

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Nº da Sessão: \_\_\_\_\_

**1. A criança gosta de estar consigo.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente...Bastante como o meu cliente...Mesmo como o meu cliente ...

**2. A criança revela dificuldade em trabalhar consigo na resolução dos problemas dela.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente ...Mesmo como o meu cliente ...

**3. A criança vê-o(a) como um aliado.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente...Mesmo como o meu cliente ...

**4. A criança colabora consigo na resolução dos problemas dela.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente ...Mesmo como o meu cliente...

**5. A criança parece desejosa que a sessão acabe.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente ...Mesmo como o meu cliente ...

**6. A criança parece desejosa de vir às sessões.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente ...Mesmo como o meu cliente...

**7. A criança sente que você passa demasiado tempo a tratar do(s) problema(s) dela.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente ...Mesmo como o meu cliente ...

**8. A criança mostra resistência em vir à terapia.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente...Mesmo como o meu cliente ...

**9. A criança utiliza o tempo que está consigo para fazer mudanças na vida dela.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente...Mesmo como o meu cliente ...

**10. A criança exprime emoções positivas face a si.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente... Mesmo como o meu cliente ...

**11. A criança prefere não trabalhar sobre os problemas dela na terapia.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente ...Mesmo como o meu cliente ...

**12. A criança é capaz de trabalhar bem consigo na resolução dos problemas dela.**

Nada como o meu cliente...Mais ou menos como o meu cliente ...Bastante como o meu cliente ...Mesmo como o meu cliente

**Entrevista Aliança Terapêutica – Versão Criança**

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2014

1 – Qual o nome das terapeutas dos cavalos?

2 – Alguma delas é a tua terapeuta?

3 – Das seguintes questões, devem-se questionar com os nomes mencionados pela criança na pergunta 1.

3.1 – Gostas de estar com a \_\_\_\_\_?

3.1.1 – (Caso Sim) E gostas muito, mais ou menos ou pouquinho?

3.2 – Gostas de estar com a \_\_\_\_\_?

3.2.1 - (Caso Sim) E gostas muito, mais ou menos ou pouquinho?

3.3 – Gostas de estar com a \_\_\_\_\_?

3.3.1 - (Caso Sim) E gostas muito, mais ou menos ou pouquinho?

3.4 – Gostas de estar com a \_\_\_\_\_?

3.4.1 - (Caso Sim) E gostas muito, mais ou menos ou pouquinho?

4 – Das seguintes questões, devem-se questionar com os nomes mencionados pela criança na pergunta 1.

4.1 – Achas que a \_\_\_\_\_ te compreende?

4.1.1 – (Caso sim) E compreende sempre, as vezes ou pouquinhas vezes?

4.2 – Achas que a \_\_\_\_\_ te compreende?

4.2.1 - (Caso sim) E compreende sempre, as vezes ou pouquinhas vezes?

4.3 – Achas que a \_\_\_\_\_ te compreende?

4.3.1 - (Caso sim) E compreende sempre, as vezes ou pouquinhas vezes?

## Anexo F

4.4 – Achas que a \_\_\_\_\_ te compreende?

4.4.1 – (Caso sim) E compreende sempre, às vezes ou pouquinhas vezes?

5 – Das seguintes questões, devem-se questionar com os nomes mencionados pela criança na pergunta 1.

5.1 - Sentes-te bem se ficares com a \_\_\_\_\_ sozinho sem os teus pais? Muito bem ou mais ou menos?

5.2 - Sentes-te bem se ficares com a \_\_\_\_\_ sozinho sem os teus pais? Muito bem ou mais ou menos?

5.3 - Sentes-te bem se ficares com a \_\_\_\_\_ sozinho sem os teus pais? Muito bem ou mais ou menos?

5.4 – Sentes-te bem se ficares com a \_\_\_\_\_ sozinho sem os teus pais? Muito bem ou mais ou menos?.

6 – Com qual das terapeutas gostas mais de estar?

## Anexo G



Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
Universidade do Porto

### Entrevista Aliança Terapêutica – Versão Pais

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo  
2014

1 – Sabe o nome das terapeutas que intervêm com o seu filho?

2 – Há alguma que considere que seja mais importante para ele?

3 - O seu filho refere-se a elas fora das sessões de terapia? *Se sim*, com que frequência e em que situações?

4 – De 1 a 5, em que um é muito pouco e 5 é muito, quanto considera que o seu filho gosta de estar com a:

	1	2	3	4	5
Joana					
Aurora					
Mafalda					

5 – De 1 a 5, em que um é muito pouco e 5 é muito, quanto considera que a (dizer nome abaixo um a um) contribuiu para o desenvolvimento do seu filho?

	1	2	3	4	5
Joana					
Aurora					
Mafalda					

## Anexo G

6 – Da sua parte, qual a facilidade de contacto/acessibilidade que sente com a terapeuta do seu filho (classifique de 1 a 5, em que um é muito pouco e 5 é muito)?

	1	2	3	4	5
Joana					
Aurora					
Mafalda					

7 - Da sua parte, em que medida se sente compreendida pela terapeuta (classifique de 1 a 5, em que um é muito pouco e 5 é muito)?

	1	2	3	4	5
Joana					
Aurora					
Mafalda					

8 - Em que medida compreende os objetivos que estão a ser trabalhados com o seu filho/a (classifique de 1 a 5, em que um é muito pouco e 5 é muito)?

	1	2	3	4	5
Joana					
Aurora					
Mafalda					

9 – Globalmente, quanto considera que confia na terapeuta (classifique de 1 a 5, em que um é muito pouco e 5 é muito)?

	1	2	3	4	5
Joana					
Aurora					
Mafalda					



## Entrevista de *Follow Up* da Equitação Terapêutica

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2014

1 – Como considera que tem sido a sua experiência enquanto mãe/pai e a do seu filho com a equitação terapêutica?

---



---



---

2 – Pensando no percurso do seu filho desde Janeiro até agora, indique de 1 a 5, em que 1 corresponde a muito pouco e 5 corresponde a muito, quanto considera que ele evoluiu em termos de:

	1 Muito Pouco	2	3 Nem muito nem pouco	4	5 Muito
Autonomia					
Disponibilidade para a realização de tarefas no dia-a-dia					
Satisfação com a vida					
Autoconfiança					
Confiança nos outros					
Adequação dos comportamentos					
Facilidade de aquisição das aprendizagens					
Atenção/Concentração					
Coordenação					
Lateralidade					
Estabilidade Emocional					
Desenvolvimento do vocabulário					

## Anexo H

3 - O que considera agora mais importante conseguir?

4 - O acompanhamento nesta terapia tem-lhe levantado algum tipo de dificuldades?

5 - Há algum aspeto em que não se sinta satisfeito com o acompanhamento terapêutico que está a ser feito?

6 - Pensa dar continuidade a este tipo de acompanhamento terapêutico?

7 - Algum comentário que queria acrescentar enquanto balanço relativamente à situação do seu filho e a contribuição desta terapia no seu processo de desenvolvimento?



Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade do Porto

### Objetivos de intervenção e Evolução

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2014

Nome Criança:

1. Grau de gravidade atribuído ao caso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pouco									Muito
Grave									Grave

2. Objetivos a trabalhar:

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Qual a evolução da criança? Em que medida evoluiu e em quê?

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Apreciação global da eficácia da terapia neste caso?

1	2	3	4	5
Pouco				Muito
Eficaz				Eficaz

**Objetivos de intervenção e Evolução**

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2014

Nome Criança: F.

1. Grau de gravidade atribuído ao caso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pouco Grave									Muito Grave

2. Objetivos a trabalhar:

Com o F. pretende-se trabalhar os seguintes objetivos:

- melhoria da coordenação
- aquisição da lateralidade
- desenvolvimento do discurso
- autonomia a carapa
- diminuição da agitação motora

3. Qual a evolução da criança? Em que medida evoluiu e em quê?

O F. aumentou bastante a autonomia a carapa e diminuiu o discurso descontextualizado.  
A coordenação e a lateralidade tem vindo a aumentar, contudo ainda tem de ser mais trabalhadas.

4. Apreciação global da eficácia da terapia neste caso?

1	2	3	4	5
Pouco Eficaz				Muito Eficaz

**Objetivos de intervenção e Evolução**

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2014

Nome Criança: *J.*

1. Grau de gravidade atribuído ao caso:

1	2	3	4	5	6	7	8	<b>9</b>	10
Pouco Grave									Muito Grave

2. Objetivos a trabalhar:

*Com a J. pretende-se trabalhar os seguintes objetivos:*

- Conceitos base*
- Aquisição da lateralidade*
- Discurso articulado*
- Resolução de problemas simples*
- Aumentar a coordenação*

3. Qual a evolução da criança? Em que medida evoluiu e em quê?

*A J. melhorou significativamente a nível da aquisição de conceitos base (e.g.: nomeação de cores e dias da semana). Ressaltam-se evoluções a nível da construção das frases e da atenção na resolução dos problemas. Melhorou a lateralidade e a coordenação.*

4. Apreciação global da eficácia da terapia neste caso?

1	2	3	<b>4</b>	5
Pouco Eficaz				Muito Eficaz

**Objetivos de intervenção e Evolução**

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2014

Nome Criança: *d.*

1. Grau de gravidade atribuído ao caso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pouco Grave									Muito Grave

2. Objetivos a trabalhar:

*Com o d. pretende-se trabalhar os seguintes objetivos terapêuticos: aumento da socialização, resolução de problemas complexos, sequenciação de acontecimentos e histórias, desenvolvimento da raciocínio lógico e melhoria da relação terapêutica.*

3. Qual a evolução da criança? Em que medida evoluiu e em quê?

*O d. começou a mostrar-se mais a vontade com os terapeutas e a relação começou a melhorar, o que se traduziu num maior a vontade a trabalhar e numa descontração maior durante a realização de atividades. Melhorou a nível da discurso e consequentemente melhorou na sequenciação dos acontecimentos e histórias.*

4. Apreciação global da eficácia da terapia neste caso?

1	2	3	4	5
Pouco Eficaz				Muito Eficaz

**Objetivos de intervenção e Evolução**

Margarida Rangel Henriques & Mafalda Figueiredo

2014

Nome Criança: F.G.

1. Grau de gravidade atribuído ao caso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pouco Grave									Muito Grave

2. Objetivos a trabalhar:

Com o F.G. pretende-se trabalhar os seguintes objetivos:

- maior autonomia a cavalo
- resolução de problemas complexos
- consolidação da lateralidade
- desenvolvimento do raciocínio lógico
- equilíbrio a trote

3. Qual a evolução da criança? Em que medida evoluiu e em quê?

O F.G. melhorou bastante no raciocínio e na resolução de problemas. A lateralidade já se encontra definida.

Está a iniciar o trabalho de condução do cavalo e consecutivamente a ganhar mais autonomia a cavalo.

4. Apreciação global da eficácia da terapia neste caso?

1	2	3	4	5
Pouco Eficaz				Muito Eficaz