

A IMPORTÂNCIA DA EQUOTERAPIA NO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES COGNITIVAS DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

Dissertação de Mestrado em Psicologia

Clínica

Área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

A importância da equoterapia no desenvolvimento de habilidades cognitivas de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Joana Isabel Ferreira Mendes

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo

Coimbra, setembro de 2021

Agradecimentos

A conclusão do meu percurso académico não seria possível sem o apoio de todos aqueles que estiveram presentes ao longo desta etapa importante da minha vida e não poderia deixar de lhes fazer um agradecimento.

Em primeiro lugar, não posso, de modo algum deixar de agradecer aos meus pais, por me terem proporcionado a oportunidade e todo o apoio necessário para investir na minha formação académica, bem como todo o carinho que me deram ao longo deste percurso.

Agradeço à Professora Doutora Esmeralda Macedo por todo o apoio fundamental prestado, pela confiança depositada e pela paciência e compreensão em todos os momentos.

À Doutora Jéssica Ferreira que me acompanhou em todos os momentos, pela partilha de ideias e conhecimentos, pelo apoio, compreensão e boa disposição ao longo deste percurso. O seu apoio foi fundamental para o meu crescimento enquanto pessoa e futura profissional.

À Professora Doutora Sónia Simões pela disponibilidade e paciência em atender todas as minhas dúvidas.

A todos os Professores que ao longo dos cinco anos contribuíram e fizeram parte de todo o meu percurso académico.

Às minhas amigas e colegas de curso que sempre estiveram presentes em todos os momentos, pela partilha de experiências e conhecimentos.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação e que de algum modo irão contribuir sempre para o meu percurso pessoal e profissional.

A todos muito obrigada pelo carinho, atenção, amizade e paciência inesgotáveis!

Resumo

Enquadramento: A eficácia das terapias assistidas por animais em algumas patologias tem vindo a ser questionada ao longo dos anos. Apesar de ser uma terapia pouco conhecida em Portugal, hoje em dia existem muitos indivíduos de diferentes faixas etárias a recorrer a este método terapêutico. Esta terapia é benéfica na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e intervindo ao nível físico, social e emocional.

Objetivo: Verificar se as terapias assistidas por cavalos são eficazes no desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais de crianças diagnosticadas com perturbação de hiperatividade/défice de atenção.

Método: A amostra compreende dois sujeitos do sexo feminino, com 6 e 8 anos de idade, pacientes de uma empresa de equitação terapêutica. Neste estudo foram implementados às crianças os subtestes informação, semelhanças, vocabulário, compreensão e memória de dígitos da Escala de Inteligência de Weschler para Crianças – 3ª Edição (WISC-III) e aos pais o teste MTA SNAP-IV-pt-PT aplicados em dois momentos, com dois meses de intervalo recorrendo a uma metodologia descritiva decorrida durante dois meses entre os dois momentos de avaliação.

Resultados: Verificou-se uma diferença significativa nos resultados do teste-reteste das crianças. A pontuação foi sempre maior ou igual no reteste, exceto no subteste memória de dígitos. Em relação aos problemas comportamentais, os pais referiram a existência duma melhoria significativa.

Conclusão: Com esta investigação pode concluir-se que as crianças deste estudo evoluíram de forma positiva, tendo diminuído significativamente os sintomas ligados à hiperatividade e aos problemas comportamentais identificados pelos pais. Apesar de ser um estudo de caso, os nossos resultados apontam para alterações positivas no comportamento das crianças, assim como uma evolução significativa nas habilidades cognitivas evidenciadas pelas crianças.

Palavras-Chave: Equoterapia, Habilidades Cognitivas, Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Abstract

Background: The effectiveness of animal-assisted therapies in some pathologies has been questioned over the years. Despite being a little-known therapy in Portugal, today there are many individuals of different age groups using this therapeutic method. This therapy is beneficial in improving the quality of life of individuals and intervening at the physical, social and emotional levels.

Objective: Verifying whether horses-assisted therapies are effective in developing cognitive skills and reducing symptoms associated to behavioral disorders in children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder.

Method: The sample consisted of 2 girls aged 6 and 8 years, patients of an equine assisted therapy centre. In this study we implemented the subtests information, similarities, vocabulary, understanding and digit memory of the Weschler Intelligence Scale for Children – 3^o Edition (WISC-III) to the children and the MTA SNAP-IV-pt-PT test to the parents. Both children and parents were tested twice, two months apart. Were implemented using a descriptive methodology elapsed for two months between the two moments of evaluation.

Results: we verified a significant difference in the children's test-retest results. The scores obtained were always higher or equal in the retest, with the exception of the digit memory subtest. In what regards behavioral disorders, parents reported a significant improvement in their children's behavior.

Conclusion: With this investigation it can be concluded that the children's in this study evolved positively, having significantly decreased the symptoms associated with attention deficit hyperactivity disorder and behavioral disorders identified by the parents. Despite being a case study, our results point to positive changes in children's behavior and also a significant evolution in cognitive skills evidenced by children. Evidence by children's.

Key-words: Hippotherapy, Cognitive Abilities, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Lista de abreviaturas

EE – Encarregado de Educação

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

POD – Perturbação Desafiante de Oposição

SPSS - Statistic Package Social Sciences

TAA – Terapias Assistidas por Animais

WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para crianças

Introdução

Evolução histórica da PHDA

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção tem vindo ao longo dos anos a ser estudada e investigada por diversos autores, investigações estas que contribuiram para a evolução e conhecimento da mesma.

No século XIX, os médicos John Haslam, Benjamin Rush, Heinrich Hoffmann, Désiré-Magloire Bourneville, Thomas Clouston, entre outros manifestaram o seu importante contributo no que diz respeito à investigação de sintomas em crianças que poderiam ser semelhantes ao atual diagnóstico da PHDA. Foi também neste século que a sintomatologia desta perturbação começou a ser associada a condições nervosas mórbidas ou a danos cerebrais (Freitas & Pereira, 2020).

No início do século XX as características e a sintomatologia da PHDA começaram a ser descritas de uma forma mais rigorosa e metódica. Ao longo do século a patologia foi sofrendo várias designações por parte de vários autores tais como doença hipercinética da infância, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima e reação hipercinética na infância (Freitas & Pereira, 2020). Apesar de vários autores proporem estas várias designações para a patologia, nem todos estavam de acordo, denotava-se uma grande insatisfação no que se refere aos termos anteriormente referidos sendo que, esta insatisfação levou a que diversos investigadores se tenham focado principalmente na questão da hiperatividade que por sua vez, passou a ser considerada como um sintoma comportamental evidente em crianças (Freitas & Pereira, 2020).

Na segunda metade do século XX, investigadores procuraram conceptualizar os critérios de diagnóstico específico e a diferenciação desta patologia perante outras patologias do foro psiquiátrico. Nesse sentido, começaram também a focar-se na questão da atenção, onde crianças que eram consideradas como desatentas, deixaram de ser ignoradas pelos sujeitos à sua volta (Freitas & Pereira, 2020).

No final do século XX, novos avanços tecnológicos começaram a surgir, mais propriamente em função do estudo da neuroimagem e da genética, onde as causas da PHDA passaram a ser mais bem compreendidas consoante a sua natureza biológica e genética. Consequentemente foi neste período que investigadores ponderaram que a patologia não era somente específica para crianças mas que poderia persistir até à idade adulta (Freitas & Pereira, 2020).

Atualmente, em pleno século XXI, os estudos relacionados com esta patologia têm cada vez mais vindo a aumentar, onde pretendem compreender quais os mecanismos envolvidos, as comorbilidades, as estratégias terapêuticas mais adequadas e, por fim, o impacto que a PHDA poderá ter no funcionamento dos sujeitos. Neste sentido, a PHDA ganha um reconhecimento a nível internacional sendo considerada como uma das problemáticas de desenvolvimento infantil mais frequentes em idade escolar (Freitas & Pereira, 2020).

Conceito de PHDA

A perturbação de hiperatividade/défice de atenção pode ser caracterizada por determinadas alterações significativas ao nível da impulsividade, hiperatividade e/ou atenção, no entanto, também predominam outras características que lhe estão associadas e que apresentam dificuldades nas funções executivas, na atenção, na memória de trabalho, na linguagem e no controlo motor. Esta patologia está enquadrada nas perturbações do neurodesenvolvimento e é considerada como a mais frequente em idade escolar e uma das perturbações mais estudadas pelos investigadores (Freitas & Pereira, 2020).

A PHDA, sendo uma perturbação do neurodesenvolvimento, pode ser definida por vários níveis de incapacidade de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Na infância esta patologia pode sobrepor-se a outras perturbações em que na maioria são consideradas como «perturbações externalizantes» como é o caso da perturbação desafiante de oposição e a perturbação do comportamento. Muitas vezes pode persistir até à idade adulta afetando o funcionamento social, ocupacional e académico dos sujeitos (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2013). É a perturbação mais frequente em idade escolar (Cordinhã & Boavida, 2008).

Crítérios de diagnóstico

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2013), PHDA pode ser definida como:

- A. “Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2) ”
 - 1. **Desatenção:** 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram, pelo menos, durante 6 meses, num grau que é inconsistente com o nível de

desenvolvimento e que tem impacte negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos 5 sintomas.

- a.** Frequentemente falha em prestar atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades (por exemplo, negligência ou perde pormenores, o trabalho é impreciso);
- b.** Frequentemente tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades (por exemplo, tem dificuldades em manter-se concentrado durante as aulas, as conversas ou a leitura prolongada);
- c.** Frequentemente parece não ouvir quando se lhe fala diretamente (por exemplo, parece estar com o pensamento noutra assunto, mesmo na ausência de uma distração óbvia);
- d.** Frequentemente não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (por exemplo, inicia as tarefas, mas depressa perde a concentração e é facilmente desviado);
- e.** Frequentemente tem dificuldades em organizar as tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerir tarefas sequenciais, dificuldade em manter materiais e pertences em ordem, trabalho confuso e desorganizado, tem uma pobre gestão de tempo, falha em cumprir prazos);
- f.** Frequentemente evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (por exemplo, trabalhos escolares ou de casa; em adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, completar formulários, rever textos longos);
- g.** Frequentemente perde objetos necessários para as tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telemóvel);
- h.** Frequentemente é facilmente distraído por estímulos alheios (em adolescentes mais velhos e adultos, podem incluir-se pensamentos não relacionados);

- i. Esquece-se, com frequência, das atividades quotidianas (por exemplo, efetuar tarefas, fazer recados; em adolescentes mais velhos e adultos, devolver chamadas, pagar contas, manter compromissos).
- 2. Hiperatividade e impulsividade:** 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram, pelo menos, durante 6 meses, num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem um impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentos de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Em adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais), são necessários, pelo menos, cinco sintomas.

- a. Frequentemente agita ou bate com as mãos e pés ou remexe-se quando está sentado;
- b. Frequentemente levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado (por exemplo, levanta-se do seu lugar na sala de aula, no escritório, noutra local de trabalho ou noutras situações que requerem que permaneça sentado);
- c. Frequentemente corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo (nota: em adolescentes ou adultos, pode limitar-se a sentir-se irrequieto);
- d. Frequentemente é incapaz de jogar ou de se envolver com tranquilidade em atividades de lazer;
- e. Esta frequentemente “em movimento”, agindo como se estivesse “ligado a um motor” (por exemplo, sente-se desconfortável ou é incapaz de estar quieto durante períodos extensos, como em restaurantes, encontros; pode ser experienciado por outros como estando impaciente ou com dificuldade em acompanhar);
- f. Frequentemente fala em excesso;
- g. Frequentemente precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado (por exemplo, completa as frases das pessoas, não consegue esperar pela sua vez de entrar na conversa);
- h. Frequentemente tem dificuldades em esperar pela sua vez (por exemplo, enquanto espera numa fila);
- i. Frequentemente interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas, nos jogos ou nas atividades; pode

começar a usar os objetos de outras pessoas, sem lhes pedir ou receber permissão; em adolescentes e adultos, pode intrometer-se ou assumir o controlo do que os outros estão a fazer).

- B. “Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos”.
- C. “Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade ocorrem em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa, na escola ou no trabalho, com amigos ou familiares, noutras atividades) ”.
- D. “Existem provas evidentes de que os sintomas interferem com ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional”.
- E. “Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou outra perturbação Psicótica e não são mais bem explicados por outra Perturbação Mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Dissociativa, Perturbação da Personalidade ou intoxicação/abstinência de substâncias) ”.

Caraterísticas associadas

Segundo a DSM-V (2013), a PHDA pode caracterizar-se por atrasos ligeiros ao nível da linguagem, ao nível motor ou social, sendo que estas caraterísticas não são específicas da perturbação mas podem ocorrer com frequência.

No entanto, as caraterísticas que lhe estão associadas assentam em baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade do humor. Por outro lado, quando há uma ausência de determinada perturbação da aprendizagem específica, por vezes, o desempenho académico e laboral poderá ser comprometido (DSM-V, 2013).

Uma outra caraterística associada a esta patologia é o comportamento desatento que por sua vez está relacionado com determinados processos cognitivos subjacentes. No caso de indivíduos diagnosticados com PHDA, podem exhibir estes mesmos problemas cognitivos em testes que avaliam a atenção, as funções executivas ou até mesmo a memória, no entanto, estes testes não são considerados como os mais específicos para formalizar um diagnóstico concreto (DSM-V, 2013).

Esta perturbação pode também ser considerada como uma perturbação que persiste no desenvolvimento psicológico dos sujeitos onde se verifica elevados níveis de desatenção e/ou hiperatividade assim como, comportamentos impulsivos em que a intensidade destes

sintomas acaba por ser mais elevada do que aquilo que é esperado (Cordinhã & Boavida, 2008).

Para além das características acima descritas, as crianças diagnosticadas com PHDA distraem-se facilmente, não conseguem concentrar-se ao ponto de terminarem a realização de uma tarefa, cometem erros muito facilmente devido a descuidos, não prestam atenção aos pormenores e não conseguem selecionar informações. Outros aspetos que lhe são inerentes é a dificuldade em conseguir manter-se concentrado perante dois estímulos ao mesmo tempo e dificuldade em seguir instruções (Cordinhã & Boavida, 2008).

Prevalência e Etiologia

Estudar a prevalência da PHDA poderá ser um fator importante para a compreensão da mesma. Com a realização de algumas pesquisas populacionais, as mesmas sugerem que a PHDA geralmente ocorre na maior parte das culturas sendo que 5% corresponde a crianças e 2,5% a população adulta (DSM-V, 2013).

Há uma maior tendência no que diz respeito ao sexo masculino, no entanto a percentagem difere em função da idade. Relativamente à família, estudos de prevalência confirmam que há uma taxa maior de probabilidade quando um dos membros parentais apresenta o diagnóstico assim como, taxas de concordância entre irmãos (Moura, 2021).

Comorbilidades

Em contexto clínico, as perturbações comórbidas são aquelas que se apresentam concomitantes no mesmo indivíduo mas com uma frequência muito maior do que aquela que é esperada na população geral (Moura, 2021). Relativamente à PHDA, os sintomas das perturbações comórbidas devem ir em conta e preencher os critérios associados posteriormente à patologia (DSM-V, 2013).

As comorbilidades mais frequentes na PHDA são a perturbação de oposição desafiante, a perturbação do comportamento, perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação de aprendizagem específica, perturbações de ansiedade, perturbação depressiva e, por último, perturbação explosiva intermitente (DSM-V, 2013).

Segundo alguns estudos, 1/3 das crianças apresentam um diagnóstico de PHDA, enquanto 2/3 da população apresentam outro tipo de perturbações. Por outro lado, estudos

indicam que 44% das crianças com PHDA apresentam uma outra perturbação e 32% apresentam duas ou mais perturbações associadas (Moura, 2021).

Evolução histórica da terapia assistida por animais

Os princípios e fundamentos relacionados com as terapias assistidas por animais (TAA) são recentes, no entanto existem relatos de investigações realizadas desde a antiguidade.

Desde 124 a.C., que existem relatos históricos da utilização do animal para fins terapêuticos, onde desempenhava funções ao nível da área da saúde, educação e equitação como parte fulcral da intervenção (Alves, 2009).

A partir de 325 d.C., alguns autores postularam que a utilização do cavalo para fins terapêuticos poderia ser benéfico no que diz respeito ao tratamento de determinadas doenças (Severo & Severo, 2010).

Em 1792, William Tuke utilizou as TAA no tratamento de sujeitos com doenças mentais. Este método de intervenção teve os seus primeiros relatos no que diz respeito ao tratamento de sujeitos no século XVIII tendo, por objetivo melhorar a postura, a coordenação e o equilíbrio dos indivíduos que evidenciavam problemas articulares (De PAUW, 1984, cit. Machado et al., 2008).

No ano 1800, Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, postulou e reconheceu a potencialidade terapêutica da utilização de animais na terapia assistida por animais. Através das suas investigações, a autora pressupôs que crianças e adultos que estivessem em contacto com pequenos animais domésticos reduziam os seus sintomas de ansiedade (Connor & Miller, 2000, cit. Ernst, 2014).

Um outro importante contributo para as TAA, foi o de Sigmund Freud, mais conhecido como “O pai da psicanálise”. Freud, no início do ano de 1930 começou por utilizar o seu cão “Jofi” nas suas intervenções psicoterapêuticas. O autor acreditava que a utilização do animal era fulcral porque permitia observar o comportamento dos seus pacientes, ou seja, o autor postulou que uma vez que os animais têm um sentido especial, conseguiria avaliar o nível de tensão presente nos seus pacientes, isto é, se o animal ficasse ao lado do paciente poderia significar que este estava confortável, no entanto se o animal se mantivesse num lado oposto da sala significaria que o paciente estava demasiado tenso durante o decorrer das sessões (Eggiman, 2006 cit. Ernst, 2014). Para além de tentar

observar o comportamento dos pacientes durante as consultas, Freud utilizou igualmente “Jofi” como um meio de comunicação para com os sujeitos onde o animal era visto como um meio condutor de comunicação entre paciente e terapeuta (Beck, 2010 cit. Ernst, 2014).

Em 1954, foi evidenciado o primeiro registo de uma equipa multidisciplinar composta por uma fisioterapeuta e um psicólogo e instrutor de equitação, que decidiram investir e trabalhar na área da hipoterapia, termo este também associado à equitação com fins terapêuticos. No ano de 1956, em Inglaterra foi criada a primeira associação que pretendia trabalhar no domínio da equitação terapêutica (Batista, 2020).

Com o grande aumento de interesse em estudar e trabalhar a eficácia da equitação terapêutica, foi criada a comunidade científica de profissionais que tinha por objetivo discutir e definir conceitos relativamente a esta prática (Batista, 2020).

Após várias discussões e partilha de opinião, chegou-se à conclusão que a equitação com fins terapêuticos, segundo a Federation Riding for the Disable International (FRDI) é um tratamento interdisciplinar que envolve várias áreas como, a saúde, a equitação e a educação, sendo que esta prática deve contribuir para o bem-estar físico, social e emocional dos sujeitos (Batista, 2020).

Em Portugal existem diversas entidades que têm por objetivo proporcionar aos sujeitos a possibilidade de intervenção em equitação terapêutica, entidades essas de caráter público, privado, IPSS, apostando no trabalho e potencialidade da equitação terapêutica em vários indivíduos. Neste sentido, existem vários relatos positivos e eficazes de casos de sucesso relativamente a este método de intervenção, no que diz respeito ao processo reeducativo, educativo, terapêutico e até mesmo desportivo dos pacientes (Batista, 2020).

Conceito de terapia assistida por animais

As terapias assistidas por animais, ao longo do tempo, tem vindo a suscitar um maior interesse por parte de vários profissionais, sendo que as mesmas, passo a passo, tem-se tornado cada vez mais comuns, no que diz respeito a intervenções em instituições de saúde. No entanto, existem ainda poucas pesquisas que possam comprovar a eficácia deste método de intervenção terapêutico através da utilização de animais (Berget et al., 2011).

Com a grande multiplicidade de conceitos relativos às TAA, a European Society of Animal-Assisted Therapy (ESAAT) considerou que as TAA estavam relacionadas com intervenções assistidas através de animais que tendem a influenciar positivamente o ser humano. Neste sentido, define-se TAA como um método de intervenção terapêutico que atua ao nível pedagógico, psicológico e social, direcionado particularmente para crianças, jovens, adultos e idosos, que evidenciem dificuldades cognitivas, sociais, emocionais, motoras e comportamentais. Por sua vez, este tipo de terapia pode ser realizado individualmente e/ou em grupo (European Society of Animal Assisted Therapy, 2011).

Nesta continuidade, considera-se como uma terapia que se baseia principalmente na relação que se estabelece entre o paciente, o terapeuta e o animal, ou seja, é vista como uma relação triangular. Este método terapêutico, por sua vez, envolve diversos mecanismos que pretendem que o paciente esteja em constante interação com o animal e a sua implementação deve focar-se nos objetivos estabelecidos para a realização da mesma (ESAAT, 2011).

O principal objetivo da TAA consiste em que os sujeitos sejam capazes de agir e participar em vários aspetos da sua vida autonomamente, melhorando as suas habilidades, tendo a capacidade de aumentar o seu bem-estar subjetivo e determinadas capacidades físicas, cognitivas e emocionais. Todos os objetivos estabelecidos para este método de intervenção terapêutico têm em atenção o diagnóstico dos sujeitos, as suas necessidades e dificuldades em particular (ESAAT, 2011).

As TAA estão inteiramente relacionadas com outras áreas, nomeadamente, a psicologia, a medicina, a fisioterapia e, por fim, a educação (ESAAT, 2011).

Consideram-se, ainda, terapias assistidas por animais todo o tipo de terapias que envolvam animais domésticos como, por exemplo, cães e gatos, terapias com animais de quinta, como vacas, cavalos ou porcos, e por fim, terapias com animais marinhos, como é o caso dos golfinhos (Ernst, 2014).

A utilização de animais como recurso terapêutico nas TAA

Nos dias de hoje podemos considerar que existem diversos métodos e terapias assistidas com animais, no entanto as mais conhecidas são o tipo de terapias que recorrem a golfinhos, cães e cavalos.

As terapias com animais permitem que as crianças vivenciem experiências riquíssimas proporcionando-lhes oportunidades físicas e emocionais. Relacionar-se com os golfinhos, com os cães e até mesmo com os cavalos promovem a confiança e a autoestima motivando, no caso das crianças, a interagirem com o que está ao seu redor e a tornarem-se mais fortes (Saldanha, 2020).

No caso das terapias com golfinhos, segundo alguns estudos, os sons emitidos pelo animal vão muito mais além do que uma simples comunicação oral. Toda a interação que é estabelecida permite que sejam enviados estímulos neuronais para o paciente permitindo, deste modo, criar mudanças significativas ao nível físico como no caso das crianças com paralisia cerebral (Saldanha, 2020).

Durante o decorrer da terapia, normalmente pretende-se que o paciente brinque e nade com os golfinhos enquanto trabalha diversas atividades relacionadas com a coordenação motora ou atividades que seja necessária uma resposta verbal. Nestas situações, é sempre necessário providenciar um reforço positivo, ou seja, se no caso de uma criança ela conseguir concluir a tarefa até ao fim, proporciona-se a oportunidade de dar um mergulho na piscina. De facto, apesar de alguns estudos considerarem que as terapias com golfinhos são eficazes, por outro lado, hoje ainda existem várias dúvidas relativamente à eficácia deste método de intervenção (Candelieri, 2018).

Relativamente às terapias que têm o cão como recurso terapêutico, a mesma permite que se estabeleça uma melhoria nas habilidades sociais sendo que, por vezes, possa gerar um pouco de controvérsia devido às dificuldades de comunicação por parte das crianças diagnosticadas com autismo (Saldanha, 2020).

Segundo um estudo realizado com veteranos de guerra no treinamento de cães para fins de intervenção em determinadas patologias, chegou-se à conclusão que os sujeitos que estiveram em contacto com os animais evidenciaram melhorias ao nível do controlo da impulsividade, paciência, regulação emocional, capacidade de demonstrar afetividade para com os outros, melhorias na qualidade do sono, aumento da capacidade de assertividade, melhoria das habilidades parentais e nível de stress reduzido (Alvarez, et al., 2009, cit. Yount et al., 2012).

A utilização do cavalo como instrumento de intervenção terapêutica é fundamental uma vez que permite desenvolver determinadas capacidades físicas e/ou mentais nos sujeitos que necessitam deste tipo de terapia (Severo & Candiota, 2010). No que se refere

a este animal é importante ter em atenção o sentido de responsabilidade e compaixão (Severo et al., 2010). Terapias que recorrem à utilização de cavalos tendem a proporcionar aos sujeitos melhorias significativas ao nível físico, psicológico e principalmente melhorias na autoestima (White-Lewis, 2019).

Nos casos de crianças diagnosticadas com PHDA podem ocorrer situações em que estas são as últimas a serem escolhidas para determinadas atividades recreativas, nos jogos coletivos e nas brincadeiras. No entanto, ao utilizarmos o cavalo como “objeto terapêutico” torna-se muito importante a transmissão à criança de uma sensação de igualdade (Severo & Severo, 2010).

De uma forma geral, tanto as terapias com golfinhos, cães e/ou cavalos tendem ao bem-estar e desenvolvimento dos pacientes, no entanto as únicas diferenças que estas acarretam é o ambiente em que é realizado a terapia e o método de intervenção.

Benefícios das TAA na PHDA

Desde sempre que as terapias tem vindo a ser alvo de estudo por forma a tentar compreender de que modo estas atuam em relação a determinadas patologias e quais os seus benefícios.

De facto, sabemos que quando nos referimos a patologias ou a determinada incapacidade/disfunção, temos a plena consciência de que este tipo de terapias não atuam por forma a encontrar uma cura, mas sim para amenizar ou aliviar os efeitos e características associadas a cada patologia em questão (Saldanha, 2020).

À medida que as TAA têm vindo a tornar-se mais conhecidas e a receber uma maior relevância por parte dos profissionais de saúde e de outras áreas, os benefícios que estas trazem consigo têm igualmente recebido uma maior atenção e importância no que diz respeito à intervenção deste tipo de terapia (Ernst, 2014).

A constante interação com animais, quer seja no dia-a-dia dos pacientes, quer em contexto de terapia, permite aos sujeitos experienciarem sentimentos positivos, proporcionando de igual modo, a capacidade de aumentar a sua confiança, reduzir sentimentos de solidão, tristeza, raiva e insegurança. Por outro lado, os sujeitos acabam por ter a capacidade de expressarem os seus sentimentos e a relacionarem-se com outros sujeitos que estão à sua volta (Ernst, 2014).

Neste sentido, este tipo de terapia visa a intervenção em indivíduos com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, atuando em diversos aspectos físicos, sociais e emocionais. Desta forma, promove a independência e autonomia nas atividades do dia-a-dia dos sujeitos (Saldanha, 2020).

No caso das crianças, as terapias assistidas por animais são muito importantes porque existem muitas crianças que têm dificuldade em estabelecer relações e a criar laços e, nestes casos, o animal acaba por ser uma peça fundamental neste processo. Quando se trata do relacionamento entre crianças e animais, o laço que é estabelecido surge naturalmente, as crianças vêem os animais como os seus companheiros, inculcando deste modo, o sentido da responsabilidade. Por outro lado, como existem crianças que manifestam grandes dificuldades em fazer amizades e a relacionarem-se com outras crianças da mesma idade, por vezes devido à sua falta de autoestima, os animais são vistos como uma oportunidade para trabalhar este aspeto e a relacionarem-se com outros seres vivos, tornando assim, um aspeto muito importante para o desenvolvimento da criança (Saldanha, 2020).

Todas as crianças devem estar enquadradas em ambientes afetivos que lhes proporcione sessões lúdicas, estabelecimento de relações interpessoais e uma comunicação adequada, livres de humilhações, ameaças e situações de stress. É importante que o terapeuta que está a acompanhar a criança numa sessão de, por exemplo, equitação terapêutica lhe proporcione igualmente um sentimento de amizade, empatia e confiança, permitindo, deste modo, o desenvolvimento da autoestima e autoimagem, assim com trabalhar a questão da impulsividade e desatenção (Severo & Severo, 2010).

De um modo geral, uma vez que este tipo de terapia é indicada para crianças, jovens, adultos e idosos, os benefícios deste tipo de terapias tornam-se importantes para melhorar aspectos como a integração, superação de dificuldades e limites, socialização e desenvolvimento de empatia. É igualmente importante no tratamento da hiperatividade e atenção, assim como, problemas de conduta uma vez que permite trabalhar a questão da motivação e da atenção, permite reduzir a impulsividade e melhorar a autoestima e autoconfiança (Saldanha, 2020).

Podemos considerar que este tipo de intervenção não tem por objetivo curar os pacientes mas sim atenuar os problemas e dificuldades evidenciadas, uma vez que

favorece inúmeras vantagens que conduzem a uma boa qualidade de vida dos indivíduos (Saldanha, 2020).

Estudos realizados no âmbito das TAA

Numa tentativa de tentar compreender a eficácia dos efeitos da equoterapia no desempenho funcional de crianças e adolescentes com autismo, as autoras Bender e Guarany (2016) desenvolveram um estudo onde perceberam que a equoterapia é um método de intervenção terapêutico eficaz para os sujeitos diagnosticados com autismo, principalmente no que se refere a questões de autocuidado e de locomoção.

Num outro estudo, intitulado de “Effects of Therapeutic Horseback Riding on Cognition and Language in Children with Autism Spectrum Disorder or Intellectual Disability: A Preliminary Study”, os autores concluíram que o método de intervenção terapêutico é eficaz porque proporciona melhorias em quase todos os domínios cognitivos da cognição e da linguagem (Kwon et al., 2019).

Relativamente a estudos direcionados para a PHDA, programas de intervenção que utilizam o cavalo como objeto terapêutico são eficazes na redução de comportamentos problemáticos. A constante interação com o animal permite que a criança estabeleça uma relação de confiança não só para com o animal mas para consigo mesma. Os investigadores concluíram ainda que programas de reabilitação que utilizam animais são importantes para a redução da ansiedade e da depressão, mas também fundamentais para o aumento da concentração, atenção e capacidade de aprendizagem associadas à patologia em causa (So, 2017).

Através da implementação de um programa de equoterapia em crianças com PHDA, os autores Barbosa (2014) decidiram verificar o efeito que este programa teria em relação ao desenvolvimento psicomotor das crianças em estudo. Neste sentido, deduziu-se que o programa é eficaz para o desenvolvimento psicomotor uma vez que os sujeitos evoluíram significativamente nas suas dificuldades motoras, adquirindo benefícios psicomotores através de estímulos aferentes e eferentes.

Tendo em atenção tudo o que foi referido anteriormente, é possível constatar que na maioria dos estudos realizados, quer sejam direcionados para a PEA ou para a PHDA, é evidente a eficácia que este tipo de terapia tem relativamente ao desenvolvimento

cognitivo, social e psicomotor. São de facto notórios os benefícios que este tipo de terapia tem sob as patologias acima referenciadas.

Assim, o objetivo principal desta investigação consiste em verificar se as terapias assistidas por cavalos são eficazes no desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais de crianças diagnosticadas com perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Com base na literatura hipotetizou-se:

H1: Há diferenças significativas na pontuação relativa aos subtestes informação, semelhanças, vocabulário, compreensão e memória de dígitos durante a primeira e a segunda aplicação.

Métodos

Participantes

A amostra consiste em duas crianças do sexo feminino, nacionalidade portuguesa e pais casados.

SUJEITO 1

A MT tem 6 anos de idade e foi diagnosticada com perturbação de hiperatividade/défice de atenção pelo Hospital Pediátrico de Coimbra em setembro de 2020. A criança tem dois irmãos, um mais novo de 1 ano de idade e um mais velho de 8 anos de idade. Frequentou o infantário desde os seus 4 meses de idade. Como atividades extracurriculares, a menina frequenta, neste momento, aulas de judo e de basquetebol. É igualmente acompanhada na terapia da fala, na terapia ocupacional e em sessões de equoterapia. Por outro lado, não é acompanhada por um psicólogo.

SUJEITO 2

A CA tem 8 anos de idade e foi diagnosticada com perturbação de hiperatividade/défice de atenção e dislexia pela Equipa Multidisciplinar do Centro de Desenvolvimento Pediátrico em dezembro de 2019. É filha única e frequentou o infantário desde os 19 meses de idade. Como atividades extracurriculares, frequenta, atualmente, aulas de karaté e de teatro. Relativamente aos acompanhamentos, é seguida por uma educadora de ensino especial, uma pediatra/pedopsiquiatra, uma terapeuta da fala e uma terapeuta ocupacional. Há menos de um ano começou a ser acompanhada por uma psicóloga semanalmente na sua escola.

Instrumentos

Para a recolha dos dados necessários para o desenvolvimento do presente estudo, o protocolo de investigação é constituído por um questionário sociodemográfico (anexo 1), uma escala de avaliação para pais e professores “Swanson, Nolan and Pelham Scale (SNAP-IV), tendo sido utilizada a versão portuguesa (MTA SNAP-IV-PT) (anexo 2) em que, neste caso, foi implementada aos encarregados de educação destas duas crianças e, por último 5 subtestes (Informação, Semelhanças, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos) da Escala de Inteligência de Weschler para crianças. Segue-se uma breve descrição de cada um destes instrumentos. A escolha destes instrumentos está relacionada com o facto de serem considerados como os mais adequados para compreender os aspetos que estão ligados à perturbação de hiperatividade/défice de atenção.

Questionário sociodemográfico: Este questionário foi elaborado com o objetivo de recolher informações relacionadas com as crianças a serem avaliadas no presente estudo e dirigiu-se aos encarregados de educação das mesmas.

Este questionário é constituído por questões relativas a dados pessoais da criança, à situação familiar, ao diagnóstico clínico, a dados sociais e aos acompanhamentos da criança.

Escala de avaliação para pais e professores (MTA SNAP-IV-pt-PT): A implementação deste instrumento dedicou-se exclusivamente aos encarregados de educação das crianças do estudo em causa. Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, desenvolvida por Swanson, Nolan e Pelham (SNAP) tradução e adaptação portuguesa de McMillan et al., 2018, cit. Silva, 2019. Trata-se de uma escala de avaliação constituída por 26 itens, itens estes correspondentes aos critérios do DSM-IV para a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e Perturbação de Oposição-Desafio (POD), designada na versão atual por Perturbação Desafiante de Oposição (Merlin et al., 2018, cit. Silva, 2019). Esta escala é igualmente constituída por 3 subescalas sendo que as duas primeiras relacionam-se com a PHDA e a terceira com a POD. Relativamente à subescala da PHDA esta pretende avaliar a desatenção (itens 1 a 9) e a Hiperatividade/Impulsividade (itens 10 a 18). Para a subescala Oposição/Desafio correspondem os itens numerados de 19 a 26. Para além dos 26 itens avaliativos, esta escala é constituída por 4 níveis de gravidade de sintomas sendo eles “Não ocorre”, “Um pouco”, “Frequente” e “Muito Frequente”. A cotação deverá ser

efetuada da seguinte maneira consoante a gravidade dos sintomas e as respostas são pontuadas do seguinte modo, “Não ocorre (0 pontos)”, “Um pouco (1 ponto)”, “Frequente (2 pontos)” e “Muito frequente (3 pontos)”. No que diz respeito às pontuações para cada subescala, as mesmas devem ser somadas sendo que cada pontuação obtida corresponde a um nível de sintomas. Para a subescala de desatenção, a cotação deve ser feita da seguinte forma: <13 (sintomas clinicamente não significativo), 13-17 (sintomas leves), 18-22 (sintomas moderados), 23-27 (sintomas graves). Quanto à subescala de hiperatividade/impulsividade, classifica-se da seguinte forma, <13 (sintomas clinicamente significativos), 13-17 (sintomas leves), 18-22 (sintomas moderados), 23-27 (sintomas graves). Por fim, na subescala de oposição/desafio, é classificada da seguinte maneira <8 (sintomas clinicamente não significativos), 8-13 (sintomas leves), 14-18 (sintomas moderados) e 19-24 (sintomas graves). Para concluir, a pontuação total a ser atribuída corresponde à soma de todas as pontuações (Swanson, s.d. cit., Silva, 2019).

Escala de Inteligência de Weschler para crianças – 3º Edição (WISC-III): Esta escala é um instrumento de administração individual direcionado a crianças dos 6 aos 16 anos, onde pretende avaliar a inteligência dos sujeitos. O objetivo da escala centra-se em explorar o funcionamento intelectual apresentando, deste modo, diversificados subtestes para esse efeito. Atualmente, Portugal dispõe de duas escalas de inteligência de Weschler, sendo que estas estão atualizadas no que diz respeito aos materiais, conteúdos e tratamentos estatísticos onde permitem que sujeitos entre os 3 e os 16 anos e 11 meses sejam avaliados. A escala em questão é constituída por doze subtestes, dois deles de carácter opcional (Memória de Dígitos e Labirintos). Os 12 subtestes da WISC-III dividem-se em dois grupos, o primeiro corresponde aos subtestes de carácter verbal (informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão e memória de dígitos) e o segundo corresponde aos subtestes de realização (complemento de gravuras, código, disposição de gravura, cubos, composição de objetos, pesquisa de símbolos, labirintos), (Simões & Ferreira, 2009).

De seguida, será feita uma breve descrição dos subtestes implementados às duas crianças para a realização deste estudo. A escolha destes subtestes partiu do princípio da particularidade de cada um deles, do método de aplicabilidade e de considerar serem os mais indicados para o estudo em questão. Neste sentido, os subtestes que considerei como os mais indicados a aplicar foram os seguintes: subteste da informação, subteste das

semelhanças, subteste do vocabulário, subteste da compreensão e por fim, subteste da memória de dígitos.

Escala de Inteligência de Weschler para crianças (Subteste Informação): Este subteste permite avaliar a organização temporal e a memória episódica das crianças (Simões, 2002). É um instrumento que está relacionado com um conjunto de questões orais que tem por objetivo avaliar o conhecimento do sujeito perante factos, objetos, locais ou pessoas. O subteste é composto por quatro itens nomeados e adequados à idade da criança que se pretende avaliar. No caso das crianças com idades compreendidas entre os 6-7 anos de idade terá de ser aplicado o item número 1, no que diz respeito a idades entre os 8-10 anos aplica-se o item 5, quanto às idades 11-13 anos deverá ser aplicado o item 8 e, por fim, no que concerne aos sujeitos com idades entre os 14-16 anos deverá ser implementado o item 11. A administração deste instrumento deve seguir um conjunto de instruções para que a aplicabilidade do mesmo seja mais coerente para o entrevistado, ou seja, é importante que o profissional que está a aplicar o subteste refira algumas instruções por forma a fazer o sujeito compreender como funciona o teste. Neste sentido, uma das instruções que deve ser indicada ao sujeito é a seguinte “Vou fazer-te algumas perguntas às quais gostaria que me respondesses”. De seguida, o entrevistador deve referir o item que corresponde à idade da criança que está a ser avaliada. Se ocorrer situações em que a resposta da criança não é clara, existe a possibilidade de pedir que esta explique ou formalize um pouco melhor a sua resposta. No que toca à cotação deste instrumento, deve ser atribuído 1 ponto a cada resposta correta e 0 pontos a cada resposta considerada como incorreta. Em todas as perguntas aplicadas, para cada uma delas existe uma possibilidade de resposta que se deve ter em conta, no entanto, somente é necessário que o sujeito indique uma dessas possibilidades corretamente e é-lhe atribuído 1 ponto. O subteste aplicado na sua totalidade deve ter uma pontuação máxima de 30 pontos (Simões & Ferreira, 2009).

Escala de Inteligência de Weschler para crianças (Subteste Semelhanças): O principal objetivo deste instrumento consiste em verificar a capacidade da criança para estabelecer relações lógicas e formar conceitos verbais ou categorias (Simões, 2002). Está inteiramente relacionado com pares de palavras que devem ser apresentadas oralmente pelo administrador do instrumento. Após a apresentação destas palavras, o sujeito deverá indicar e justificar a semelhança existente entre elas. Estas palavras apresentadas estão associadas a objetos ou determinados conceitos. A administração deste subteste é

indicada para todas as idades nomeadamente dos 6 aos 16 anos. Os itens ao serem enunciados devem ser de forma clara e pausada para uma boa compreensão por parte do sujeito. Aquando a administração, o entrevistador deverá dizer “em que é que são semelhantes um (a) ... e um (a)...?”. Se ocorrer situações em que não se obtenha uma resposta por parte do sujeito, podemos questionar da seguinte forma “Em que é que são iguais?”. No entanto, se por outro lado a resposta for pouco clara, podemos pedir que o sujeito explique um pouco melhor a sua resposta. É ainda importante ter em atenção situações onde o sujeito refere várias respostas. Nestes casos, devemos classificar aquela que consideramos a mais correta. Relativamente à sua cotação, esta varia entre 0, 1 e 2 pontos. Deve ser classificado com 2 pontos situações em que o sujeito exprime uma classificação geral para as palavras apresentadas como, por exemplo, um círculo e um losango são ambas figuras geométricas. Devem ser cotadas com 1 ponto, situações em que o sujeito refere funções características das palavras apresentadas, ou seja, exemplificar que um gato e um rato têm ambos pernas. Por fim, relativamente à cotação de 0 pontos, esta é utilizada em situações onde a resposta não se aplica de maneira alguma aos exemplos apresentados. No entanto, esta cotação não serve para todos os itens, sendo assim, do item 1 a 5 deverão ser cotadas até 1 ponto e do item 6 a 19 já poderão ser cotados com 0, 1 ou 2. Todos os itens têm respostas de exemplo que se devem ter em atenção no momento da cotação por forma a comparar com as respostas dos sujeitos e atribuir a respetiva cotação. Relativamente à pontuação máxima deste subteste, esta corresponde a 33 pontos na totalidade (Simões & Ferreira, 2009).

Escala de Inteligência de Weschler para crianças (Subteste Vocabulário): Este experimento pretende medir a competência linguística, os conhecimentos lexicais, a facilidade com que o sujeito consegue elaborar um discurso, o vocabulário utilizado e a precisão do próprio pensamento (Simões, 2002). No que se refere à sua aplicação, o mesmo está relacionado com um conjunto de palavras que devem ser apresentadas oralmente onde o sujeito deverá definir essas mesmas palavras da mesma forma. É constituído por um conjunto de 4 itens nomeados e indicados para determinadas idades específicas. Relativamente às idades 6-8 anos deverá ser administrado o item 1, no que se refere às idades 9-10 anos deverá ser aplicado o item 3, depois no que diz respeito a 11-13 anos de idade o indicado será aplicar o item 5, finalmente, em relação a 14-16 anos terá de ser administrado o item 7. Como em outros subtestes, o do vocabulário também segue um princípio geral de instruções. Na sua administração deverá ser indicado ao

sujeito o seguinte “Vou dizer-te algumas palavras. Escuta com atenção e diz-me o que cada palavra quer dizer”. Após a instrução, devem ser apresentadas as palavras pela sua ordem correta, conforme a idade do sujeito. No que se refere à sua cotação, esta deverá ser entre 0, 1 e 2 pontos tendo em atenção determinados aspetos que lhe estão associados. Deverá ser atribuído 0 pontos quando a resposta é totalmente errada como, por exemplo, “sopa de letras”. Deve ser atribuído 1 ponto em situações onde a resposta do sujeito não é incorreta, no entanto, evidencia pobreza no seu conteúdo tendo como exemplo “um relógio diz quando é manhã, tarde ou noite”, conseqüentemente, atribuímos 2 pontos quando o sujeito dá uma resposta totalmente correta e que se enquadre nos parâmetros exigidos, exemplificando, “um chapéu protege-nos da chuva” (Simões & Ferreira, 2009).

Escala de Inteligência de Weschler para crianças (Subteste Compreensão): Este subteste está relacionado com um conjunto de questões que devem ser apresentadas oralmente pelo administrador ao entrevistado. Estas questões referem-se a problemas do quotidiano, compreensão de regras e conceitos sobre a vida social de sujeitos (Simões & Ferreira, 2009). Uma vez associado a questões do dia-a-dia do sujeito e das suas relações sociais, o principal objetivo consiste em examinar a capacidade do sujeito para expor todas as suas experiências assim como apelar a que este tenha conhecimento relativo a regras de relacionamento social. Para além destes aspetos, permite ainda analisar a facilidade de argumentação e a flexibilidade mental (Simões, 2002). A administração deste instrumento é indicada para todas as idades e deve ser feita da seguinte forma, o entrevistado deverá indicar soluções e/ou estratégias que poderiam ser utilizadas para resolver as situações apresentadas, tais como, “o que devemos fazer quando nos cortamos num dedo?” ou “porque é que se deve atravessar a rua na passadeira?”. Na aplicação do subteste, o administrador deve ler pausadamente as perguntas para que não exista confusão por parte do sujeito. Por vezes pode ocorrer situações em que o sujeito não se lembre da questão na sua totalidade, e, neste sentido, poderá repetir-se a questão mas não podemos nem abreviar e nem alterar. Se o administrador não obtiver uma resposta após 10-15 segundos poderá repetir a questão novamente. Em determinadas situações também é possível encorajar o sujeito utilizando as seguintes expressões “explica-me um pouco melhor” ou então, “e mais?”. A respeito da cotação, para todas as questões são atribuídas uma pontuação de 0, 1 ou 2 pontos, sendo que, no total, a pontuação máxima permitida é de 36 pontos. A cotação deve ir em conta o tipo e a qualidade de resposta do sujeito (Simões & Ferreira, 2009).

Escala de Inteligência de Weschler para crianças (Subteste Memória de Dígitos):

Trata-se de um subteste de carácter verbal opcional e é indicado para sujeitos entre os 6 e os 16 anos de idade. De um modo geral permite que aspetos como o processamento verbal auditivo sejam avaliados (Pospisil et al., 2001, cit. Simões, 2002). No entanto, uma vez que é composto por duas partes (sentido direto e sentido inverso), as mesmas permitem avaliar diferentes aspetos. No que se refere ao sentido direto, este está direcionado para a questão da atenção, permitindo, deste modo, medir a memória auditiva sequencial sendo sensível à capacidade de escuta e às flutuações de atenção. Em situações onde o sujeito evidencia a capacidade de repetição de todos os números mas não o faz na ordem que lhe foi apresentada, este poderá justificar uma capacidade de evocação sequencial auditiva e não um considerado défice mnésico ou de atenção. Relativamente ao sentido inverso, o mesmo permite avaliar a memória de trabalho (Riccio & Reynolds, 1998, cit. Simões, 2002). Neste sentido, é então composto por duas partes, sentido direto e sentido inverso, sendo que cada uma das partes é composta por dois ensaios e cada ensaio contém 8 itens a serem administrados. O primeiro ensaio que deve ser administrado é o de sentido direto e, só depois, o ensaio de sentido inverso. A administração deste instrumento deve ter em atenção as seguintes instruções, é necessário que o administrador leia pausadamente a sequência, tendo em particular atenção a modulação da voz e, no final, fazer uma pausa para que o sujeito possa responder. Mesmo que o sujeito não tenha sido bem-sucedido, deverá administrar-se ambos os ensaios. No que diz respeito à cotação, esta varia entre 0, 1 e 2 pontos, em que é atribuído 0 pontos quando o sujeito falha em ambos os ensaios, 1 ponto se o sujeito passar somente num deles e 2 pontos quando o sujeito passa em ambos os ensaios. A administração dos dígitos em sentido inverso deve ser igualmente aplicada mesmo que o sujeito obtenha uma pontuação de 0 pontos nos dígitos de sentido direto. No que compreende à pontuação total, esta deve ser até 16 pontos para os dígitos de sentido direto e de 14 pontos para os dígitos de sentido inverso. Na sua totalidade, deverá obter-se uma pontuação máxima de 30 pontos (Simões & Ferreira, 2009).

Procedimentos

Inicialmente foram recolhidas as autorizações aos autores dos instrumentos que seriam necessários para a realização do presente estudo.

A seleção da amostra foi realizada junto da NovoMorais Equoterapia, uma empresa de equoterapia da região de Coimbra onde os sujeitos em questão frequentam sessões de equoterapia que, juntamente com os pais, após estes serem contactados, aceitaram e

deram autorização aos seus educandos para participar no presente estudo. Neste estudo foi assegurado o anonimato dos participantes assim como a proteção de dados. Deste modo, uma vez que os participantes são menores, os seus encarregados de educação foram informados sobre o estudo, os objetivos, a metodologia a ser utilizada, o método de intervenção e a liberdade de decidir se o seu educando poderia participar na investigação que pretendíamos realizar e, posteriormente, na possibilidade de desistência a qualquer momento, se assim o desejassem. Neste sentido, foi fornecido aos encarregados de educação um consentimento informado e um questionário sociodemográfico que incluem o anonimato e confidencialidade dos dados para poderem assinar. O preenchimento integral do questionário demorava, em média, 10 minutos. De igual modo, foi entregue aos pais uma escala de avaliação para pais e professores (MTA SNAP-IV-pt-PT) tendo por objetivo verificar qual a perspetiva dos pais relativamente às situações que melhor descrevem a criança perante determinadas adversidades e/ou situações. O preenchimento desta escala de avaliação demorou em média 15 a 20 minutos. A recolha destes instrumentos anteriormente referidos decorreu durante o mês de junho e setembro.

No que concerne à implementação das subescalas da WISC-III, a primeira aplicação decorreu durante o mês de junho, estando a aplicação limitada à duração das sessões (30 minutos). A segunda aplicação foi feita no final de agosto e ao longo do mês de setembro.

Durante o período de aplicação dos testes, as crianças realizaram atividades no decorrer das sessões de equoterapia relacionadas com a orientação temporal, a memória, o conhecimento de vocabulário e outros que permitissem intervir nas dificuldades apresentadas pelas duas crianças.

Resultados

O acompanhamento das crianças aqui estudadas começou em novembro, no entanto, devido à situação de pandemia covid-19 foi interrompido durante meados do mês de janeiro e durante o mês de fevereiro. Este acompanhamento foi retomado lentamente no final do mês de março em que tiveram de ser tomadas as devidas medidas para garantir a segurança não só das crianças, mas também de todos os profissionais. Até ao momento da segunda aplicação, decorreu somente uma outra interrupção no mês de agosto porque as crianças foram de férias.

No que diz respeito a MT o acompanhamento iniciou-se em outubro de 2020. Quando iniciei o meu estágio a menina já frequentava as sessões de equitação terapêutica. Neste seguimento, a psicóloga encarregue do processo de acompanhamento da criança pôs-me a par de todas as informações e esclareceu-me possíveis dúvidas que foram surgindo.

Ficou acordado com os pais da criança que as sessões se realizariam semanalmente, aos sábados da parte da manhã. Na sua totalidade foram realizadas aproximadamente 32 sessões até ao momento de conclusão deste estudo.

Quanto a CA foi, do mesmo modo, marcada com os pais da criança uma reunião para discutir aspetos importantes sobre o funcionamento das sessões, o motivo da procura de acompanhamento e o posterior levantamento de algumas questões importantes associadas ao diagnóstico da menina. Nesta reunião ficou determinado que as sessões iriam decorrer de quinze em quinze dias, ao sábado da parte da manhã. Até à conclusão deste estudo, CA realizou 22 sessões.

É de salientar que face à pandemia covid-19, a instituição viu-se obrigada a interromper as sessões de equitação terapêutica com todos os utentes durante aproximadamente dois meses. Esta suspensão das sessões iniciou-se no final de janeiro de 2021 e as atividades foram retomando aos poucos a sua normalidade a partir do final de março de 2021. No mês de abril as sessões retomaram ao seu normal funcionamento.

Relativamente ao funcionamento das sessões estas tinham uma duração total de 30 minutos, sendo importante fazer um planeamento prévio da mesma.

Normalmente nestas sessões começávamos por conversar com a criança sobre como tinha corrido a semana, numa tentativa de tentar perceber se havia alguma novidade ou algum assunto que ela abordasse para que depois pudéssemos trabalhar nele.

Para além das informações obtidas junto da criança, por vezes também se auscultavam os pais por forma a compreender as questões que lhes causavam preocupação em relação às filhas. Esta informação adequar melhor o planeamento e intervenção das sessões.

Neste seguimento sobre as atividades realizadas, as mesmas estavam sempre adaptadas às dificuldades evidenciadas pela criança. Assim, poderiam ser encontradas estratégias que permitiam melhorar e ajudar a criança a ultrapassar essas mesmas dificuldades.

Por norma as sessões eram sempre realizadas ao ar livre, em cima do cavalo e sob a supervisão de um profissional de equitação terapêutica, da psicóloga e por mim. Nas

consultas havia um percurso previamente definido e adaptado ao tempo destinado para a sessão. Ao longo do percurso iam sendo feitas algumas paragens, as que fossem consideradas necessárias para eventual realização de exercícios. As atividades implementadas eram sempre previamente preparadas em reuniões com a equipa multidisciplinar.

Aplicámos a escala MTA SNAP-IV-pt-PT que era dirigida para pais e professores, mas apenas foi aplicada aos encarregados de educação das crianças, que tinha por objetivo perceber através dos pais qual o comportamento e os sintomas que melhor descrevessem as crianças. Neste sentido, foi necessário proceder à cotação da escala sendo considerados os seguintes resultados (tabela 1).

A tabela 1 diz respeito aos valores que foram obtidos através da implementação da escala anteriormente referida durante os dois momentos de avaliação para os encarregados de educação das crianças deste estudo. Na tabela estão expressos os valores para cada subescala avaliativa e a identificação a criança.

No que respeita ao EE de MT, a criança pontuou 27 pontos na subescala de desatenção, 22 na subescala de hiperatividade/impulsividade e 1 ponto na subescala de oposição. Na totalidade obteve 50 pontos.

Relativamente ao EE de CA, a criança na subescala de desatenção pontuou 21 pontos, na subescala de hiperatividade/impulsividade pontuou 14 pontos e, por fim, na subescala de oposição/desafio obteve 12 pontos. No total obteve 47 pontos nas três subescalas.

Apesar de este questionário nos permitir ter uma visão relativa dos comportamentos e sintomas evidenciados pelas crianças em estudo, devemos ter em atenção que o mesmo não pode ser tido em conta como o instrumento utilizado para fazer um diagnóstico específico para a PHDA, existem muitos critérios importantes que devem ser utilizados com atenção para proceder ao diagnóstico.

A cotação da escala segue um conjunto de critérios avaliativos de nível de sintomas que permitem enquadrar a criança nesse mesmo tipo de sintomas conforme a situação em que se encontra.

Tendo em conta os critérios de cotação da escala descritos no capítulo instrumentos desta dissertação, a criança MT na escala de desatenção se encontra no nível de sintomas graves, na subescala de hiperatividade/impulsividade se enquadra nos sintomas

moderados e, por fim, na subescala de oposição/desafio os sintomas não são clinicamente significativos. Em relação à criança CA a pontuação obtida na subescala de desatenção corresponde a sintomas moderados. Quanto à subescala de hiperatividade/impulsividade e à subescala de oposição/desafio os resultados indicam sintomas leves.

No segundo momento de avaliação, procedeu-se à recolha de dados por parte da EE de MT onde se verifica uma pequena alteração significativa nos resultados apresentados.

Na subescala de desatenção MT obteve 23 pontos, quanto à subescala de hiperatividade/impulsividade é possível verificar que obteve 17 pontos e, por fim, na subescala de oposição/desafio a criança apresenta um valor de 0 pontos. Através da soma das pontuações obtidas nas três subescalas, MT apresentou um total de 40 pontos.

Tendo em consideração as regras de cotação da escala explícitas no capítulo instrumentos, considera-se relativamente à subescala de desatenção que MT apresenta sintomas graves, na subescala de hiperatividade/impulsividade sintomas leves e na subescala de oposição/desafio sintomas clinicamente não significativos.

Relativamente a CA na subescala de desatenção obteve 11 pontos, na subescala de hiperatividade/impulsividade obteve 9 pontos e, por fim, na subescala de oposição/desafio a pontuação corresponde a 3 pontos. Na sua totalidade, abrangendo os três valores das subescalas, CA obteve 23 pontos.

Considerando os dados observados e os critérios de cotação referenciados no capítulo instrumentos, podemos verificar que CA manifesta sintomas clinicamente não significativos na subescala de desatenção, na subescala de hiperatividade/impulsividade e na de oposição/desafio.

Analisando os resultados obtidos por MT e fazendo uma comparação entre os dois momentos de avaliação é possível constatar que houve de facto uma evolução gradual ao longo do tempo de acompanhamento junto da criança.

Inicialmente na fase de teste da subescala de desatenção, MT tinha pontuado com 27 pontos mas tal como podemos verificar na tabela 2, a pontuação alterou-se para 23 pontos apresentando uma diminuição ligeira de quatro pontos nos sintomas manifestados entre os dois períodos de avaliação. A alteração da pontuação não justifica a alteração de diagnóstico, nem a mudança do tipo de sintomas, continuando deste modo a evidenciar sintomas graves.

Na subescala de hiperatividade/impulsividade verifica-se que a pontuação obtida no início por MT também se alterou diminuindo de 22 pontos para 17 pontos, apresentando deste modo uma diferença significativa de cinco pontos, isto quer dizer que, houve uma diminuição de sintomas retratados, assim os sintomas alteraram-se de moderados para leves.

Sobre a subescala de oposição/desafio a criança obteve um ponto de diferença entre os dois períodos de avaliação, ou seja a pontuação alterou-se de 1 para 0 pontos, apresentando deste modo zero sintomas relacionados com a subescala de oposição/desafio.

Quanto à pontuação total no primeiro período de avaliação MT obteve 50 pontos e no segundo obteve 40 pontos, expondo desta maneira uma diferença de dez pontos na pontuação total.

Neste sentido e após o segundo período de avaliação quanto à subescala de desatenção MT continua a apresentar sintomas graves, portanto não se verifica diferenças significativas nesta subescala.

Na subescala de hiperatividade/impulsividade houve uma alteração de sintomas moderados para sintomas leves justificando deste modo uma ligeira diferença nos sintomas da criança, no que se refere à subescala de oposição/desafio mantém-se no nível de sintomas clinicamente não significativos, por conseguinte não há diferenças significativas nos sintomas da criança.

Comparando os resultados obtidos por CA nos dois períodos de avaliação, considera-se que houve uma redução bastante significativa nos sintomas ostentados de um período para o outro, comprovando uma melhoria nos sintomas.

Quanto à subescala de desatenção inicialmente CA apresentou 21 pontos, no entanto este valor diminuiu passando a apresentar 11 pontos. Assim, verifica-se que houve uma diminuição dos sintomas associados a esta subescala apresentando uma diferença significativa.

A diminuição dos sintomas por parte da criança indica uma melhoria no desempenho da mesma. Inicialmente CA apresentava sintomas moderados mas estes alteraram-se passando a ser considerados como sintomas clinicamente não significativos.

Na subescala de hiperatividade/impulsividade na fase de teste CA obteve uma pontuação de 14 pontos e na fase de reteste obteve 9 pontos indicando uma diferença de cinco pontos entre os dois períodos de avaliação. No começo os sintomas eram leves mas CA apresentou melhorias no seu desenvolvimento, passando a apresentar sintomas clinicamente não significativos.

Esta diferença apresentada pela criança evidencia uma diminuição ligeira dos sintomas. Por fim no que se refere à subescala de oposição/desafio notou-se uma redução ligeira dos sintomas, onde a pontuação se alterou de 12 para 3 pontos.

Podemos observar que ocorreram duas fases ligeiras de diminuição de sintomas e uma fase de diferença significativa nos sintomas apresentados. Na primeira aplicação a criança pontuou com 47 pontos na totalidade, alterando-se deste modo para 23 pontos. Quanto à pontuação total considera-se uma diminuição significativa nos sintomas.

Contrastando as diferenças apresentadas por CA nas três subescalas, verifica-se quanto à subescala de desatenção que no primeiro período de avaliação a criança apresentou sintomas graves, no entanto os sintomas alteraram-se passando a ser considerados como clinicamente não significativos.

O mesmo acontece com a subescala de hiperatividade/impulsividade, inicialmente a criança apresentava sintomas leves mas estes alteraram-se para clinicamente não significativos. Os únicos sintomas que não sofreram alterações foi na subescala de oposição/desafio mantendo-se no nível de sintomas clinicamente não significativos.

Nesta continuidade podemos considerar que no que diz respeito a MT houve uma redução significativa nos sintomas e comportamentos apresentados pela criança. Quanto a CA verificou-se uma diminuição bastante positiva dos valores, isto significa que houve alterações não só no comportamento da criança mas também nos sintomas associados à patologia em estudo.

Assim, complementando esta análise dos valores obtidos na escala e associando-os à questão da equitação terapêutica, podemos referir que o trabalho que se tem vindo a realizar ao longo do tempo com a criança em causa foi eficaz uma vez que na perspectiva dos pais, apresentou melhorias em aspetos do seu dia-a-dia e no relacionamento com os outros.

Tabela 1

Pontuação obtida na Escala MTA SNAP-IV-pt-PT aplicada aos Encarregados de Educação das crianças nos dois momentos de avaliação (Teste e Reteste).

| Subescalas | EE da MT | | EE da CA | |
|-------------------------------|----------|---------|----------|---------|
| | Teste | Reteste | Teste | Reteste |
| Subescala Desatenção | 27 | 23 | 21 | 11 |
| Subescala Hiperatividade | 22 | 17 | 14 | 9 |
| Subescala Oposição/Desafio | 1 | 0 | 12 | 3 |
| Pontuação Total | 50 | 40 | 47 | 23 |

No que concerne às sessões decorridas após o primeiro período de avaliação dos subtestes da WISC-III até à aplicação do segundo, estas estavam relacionadas com os exercícios executados no âmbito da equoterapia. Entre os dois períodos de avaliação MT realizou 10 sessões e CA realizou 6. Deste modo, os exercícios foram todos planeados, preparados e implementados pela equipa multidisciplinar, adaptando-os ao tipo de exercícios que tinham sido inicialmente apresentados.

Os vários exercícios de equoterapia que foram implementados durante o período de tempo decorrido entre os dois momentos de avaliação permitiram trabalhar aspetos relacionados com a orientação temporal, a orientação espacial, a memória, a nomeação de palavras, a concentração, a atenção, a flexibilidade mental, assim como exercícios relacionados com a retenção de vocabulário, a evocação, a linguagem e a fluência verbal.

Em exercícios relacionados com orientação temporal eram feitas, por exemplo questões sobre os dias da semana, os meses do ano, o ano em que estamos, qual o dia em que a sessão se estava a realizar e as estações do ano.

A tabela 2 apresenta os valores correspondes a um dos momentos de avaliação realizado durante as sessões de equitação terapêutica com MT. Este exemplo de exercício que se segue teve como referencia o “Mini-Mental State Examination” por o mesmo dispor de vários exercícios importantes relacionados com as dificuldades apresentadas pelas crianças.

Como podemos verificar na tabela que se segue, a pontuação era determinada através de 0 e 1 pontos, sendo que 0 corresponde a respostas incorretas e 1 às respostas corretas.

Através da análise feita à tabela 2, podemos observar que MT apresentou uma evolução na orientação temporal ao longo dos vários meses de acompanhamento.

Nas primeiras sessões com MT, a criança apresentou grandes dificuldades em referir os dias da semana, o dia em que a sessão estava a ser realizada e em identificar o nome das quatro estações do ano. Como por exemplo, quando lhe era pedido que referisse os dias da semana, a criança errava a ordem dos dias ou mencionava mal os nomes dizendo “primeira-feira”. O mesmo acontecia com os restantes dias da semana. Relativamente às estações do ano, a maior dificuldade assentava em conseguir identificar em que estação do ano se encontrava.

No entanto, após um período de tempo a batalhar neste tipo de dificuldades, começaram a ser apresentados resultados e uma evolução bastante positiva. Atualmente MT não evidencia qualquer dificuldade em referir os dias da semana e em identificar o dia e a estação do ano em que se encontra.

Em suma, tal como podemos verificar na tabela, houve de facto uma evolução por parte da criança onde se observa que no início do acompanhamento a criança apresentou uma pontuação total de 2 pontos e de momento podemos notar uma evolução significativa para um total de 4 pontos.

Tabela 2

Pontuação dos exercícios implementados durante as sessões (orientação temporal)

| Questão | SUJEITO MT | | | |
|-------------------------------|------------|---------|-------|-------|
| | Nov-Jan | Mar-Mai | Junho | Julho |
| Em que ano estamos? | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Em que mês estamos? | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Quais são os dias da semana? | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Quais são as estações do ano? | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Total | 2 | 3 | 4 | 4 |

Para além de exercícios que permitiam trabalhar as dificuldades das crianças ao nível da orientação temporal, foram igualmente realizadas atividades que exercitavam a memória, a nomeação de palavras, a flexibilidade mental e a fluência verbal.

Nesta continuidade, a realização da atividade consistia em utilizar uma bola que tinha por objetivo percorrer entre as avaliadoras e a criança e referir palavras que estivessem relacionadas com a categoria ou com a letra do alfabeto escolhida. Todos os envolvidos na atividade tinham a oportunidade de escolher a categoria e/ou a letra para proceder a realização da atividade.

Esta atividade teve como principais referências os instrumentos “FAB – Bateria de Avaliação Frontal” e o Mini-Addenbroke’s cognitive Examination. Estes instrumentos foram tidos como referência dado que o tipo de exercícios que abordam serem importantes para atuar nas principais dificuldades apresentadas pelas crianças.

A tabela que se segue (número 3) representa o exemplo da cotação que era utilizada para avaliar o desempenho da criança após a realização do exercício. A criança receberia 0 pontos se referisse menos de duas palavras, 1 ponto em situações onde referisse mais de 3 palavras, 2 pontos quando o número de palavras referidas estava entre três a seis e, por fim, 3 pontos caso conseguisse referir mais do que seis palavras diferentes.

Relativamente à avaliação feita a estas duas crianças ao longo de várias sessões, as dificuldades assentavam maioritariamente em categorias de palavras (animais, profissões, cores, comida, nomes de pessoas, entre outras) e em referenciar palavras começadas por determinada letra.

A realização deste género de exercícios tem vindo a decorrer ao longo de todo o acompanhamento com as crianças. A importância de administrar esta variedade de exercícios consistiu de certo modo para preparar a criança para a aplicação da escala avaliativa associada a este estudo, mas também para batalhar nas maiores dificuldades apresentadas pelas crianças.

Tabela 3

Exemplo de exercícios implementados durante as sessões (memória e conhecimento de vocabulário)

| Número de palavras referidas | Categoria ou letra | Pontos |
|------------------------------|--------------------|--------|
| Mais de 6 palavras | | 3 |
| De 3 a 6 palavras | Animais, | 2 |
| Mais de três palavras | profissões, etc. | 1 |
| Menos de 2 palavras | A, B, C, etc. | 0 |

Como se pode verificar na tabela 4 as crianças apresentaram uma evolução ao longo dos vários meses de acompanhamento.

Durante o mês de dezembro e parte do mês de janeiro aquando a aplicação deste tipo de exercícios, MT obteve uma pontuação de 0 pontos uma vez que não conseguiu em momento algum mencionar até duas palavras como pretendido, no caso de CA obteve 1 ponto dado que referiu mais de três palavras na realização da tarefa.

É importante salientar que neste período de intervenção era muito frequente a ocorrência de repetição de palavras. As crianças não tinham a capacidade de referir palavras por ideia própria acabando por repetir palavras que já tinham sido ditas.

No entanto havia uma exceção no que consta a dizer nomes de animais onde o vocabulário era mais alargado. Após estes resultados, considerou-se necessário continuar a intervir nesta área para poder ajudar a criança a evoluir e aumentar o conhecimento de vocabulário.

Entre os meses de março e abril já se começam a notar alguns progressos. A evolução por parte das crianças é pequena apresentando somente a evolução de 1 ponto cada, no entanto, considera-se como sendo uma evolução significativa. No caso de MT a criança passou a conseguir mencionar mais do que três palavras e CA entre três a seis palavras.

Por fim, entre maio e julho as diferenças são notórias. Ambas as crianças apresentaram a capacidade de referir mais do que seis palavras durante a realização da tarefa e deixaram de repetir palavras.

De uma maneira geral, as duas crianças evidenciaram sempre um bom desempenho na realização deste tipo de exercícios.

Inicialmente aquando o início da intervenção apresentavam algumas dificuldades mas após várias intervenções, começaram a evidenciar progressos e a aumentar as suas capacidades, permitindo deste modo, obter diferenças significativas nos instrumentos administrados ao longo do tempo.

Tabela 4

Pontuação dos exercícios implementados durante as sessões (memória e conhecimento de vocabulário)

| Nº de palavras por letra ou categoria | Meses | SUJEITO MT | SUJEITO CA |
|---------------------------------------|---------|------------|------------|
| | | Pontos | Pontos |
| Mais de 6 palavras (3 pontos) | Dez-Jan | 0 | 1 |
| De 3 a 6 palavras (2 pontos) | Mar-Abr | 1 | 2 |
| Mais de três palavras (1 ponto) | Mai-Jul | 3 | 3 |
| Menos de 2 palavras (0 pontos) | Total | 4 | 6 |

Em relação aos subtestes da WISC (informação, semelhanças, vocabulário, compreensão e memória de dígitos) foram implementados em dois momentos de avaliação.

A tabela 5 apresenta os resultados obtidos por ambas as crianças nos dois períodos de avaliação. Através desta análise foi possível verificar os seguintes resultados.

Verificou-se que, relativamente ao subteste informação, MT aumentou 1 ponto comparativamente com a primeira aplicação e CA manteve a sua pontuação, considerando deste modo que não se verifica diferenças significativas, porém tendo em conta o tipo de perguntas aplicadas na administração, ambas as crianças apresentaram um bom desempenho. Quanto ao subteste das semelhanças, é possível conferir que MT na primeira aplicação (teste) obteve 8 pontos e na segunda aplicação (reteste) obteve 11 pontos verificando-se deste modo um aumento ligeiro na pontuação da criança. Por outro lado no caso de CA denota-se um aumento significativo de 6 pontos no que se refere à pontuação da criança quanto a esta subescala.

Em referência ao subteste do vocabulário, conseguimos observar que MT manteve a sua pontuação sendo esta de 4 pontos. Apesar de não se verificarem diferenças na pontuação desta criança, a pontuação obtida por esta na fase de reteste é considerada como significativa porque as respostas evidenciadas pela criança correspondem ao tipo de pergunta efetuada e ao tipo de resposta pretendido. Em alternativa no caso de CA, houve um aumento ligeiro de 2 pontos, considerando deste modo que a criança evoluiu ligeiramente após um período de acompanhamento.

No que concerne ao subtteste da compreensão ambas as crianças aumentaram 1 ponto perante os dois momentos de avaliação. Atendendo a esta pontuação as crianças aumentaram ligeiramente a sua pontuação apresentando deste modo uma ligeira evolução no seu desempenho.

Por fim, no último subtteste a ser aplicado, o de memória de dígitos podemos observar que MT manteve a sua pontuação, não se verificando assim diferenças significativas, no entanto no que diz respeito a CA houve um decréscimo de 4 pontos comparativamente com a primeira aplicação, isto significa que houve uma diminuição no desempenho por parte da criança demonstrando um decréscimo na evolução da mesma quanto a este tipo de atividades que envolvem memorização numérica.

Em suma, conclui-se que relativamente aos dois sujeitos que foram avaliados em dois momentos (teste e reteste) nestas cinco subescalas a pontuação de ambas foi sempre maior ou igual no reteste, exceto no subtteste memória de dígitos.

Tabela 5

Resultados obtidos na aplicação dos subttestes da Escala de Inteligência de Weschler para Crianças – 3ª Edição (WISC-III)

| Subtestes da Escala WISC | SUJEITO MT | | SUJEITO CA | |
|--------------------------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Pontuação | Pontuação | Pontuação | Pontuação |
| | Teste | Reteste | Teste | Reteste |
| Informação | 3 | 4 | 3 | 3 |
| Semelhanças | 8 | 11 | 14 | 20 |
| Vocabulário | 4 | 4 | 2 | 4 |
| Compreensão | 11 | 12 | 12 | 13 |
| Memória de dígitos | 13 | 13 | 14 | 10 |

Discussão

A presente dissertação teve por objetivo compreender a relação entre a equoterapia e a hiperatividade. Mais concretamente tentamos perceber se as crianças que recorrem a este tipo de terapia poderão apresentar uma redução de sintomas associados à hiperatividade e défice de atenção.

A avaliação levada a cabo neste estudo foi efetuada em dois momentos de avaliação (teste e reteste) aos sujeitos e aos seus encarregados de educação.

A amostra é constituída por dois sujeitos do sexo feminino num processo de acompanhamento em equitação terapêutica numa empresa da zona de Coimbra.

Para a realização deste estudo considerou-se importante implementar uma escala aos encarregados de educação das crianças (MTA SNAP-IV-pt-PT) que tinha por objetivo verificar a perspetiva dos pais relativamente ao comportamento das crianças e os sintomas evidenciados.

A escala consiste num conjunto de 26 perguntas divididas por três grupos de subescalas nomeadamente desatenção, hiperatividade/impulsividade e oposição/desafio.

Os encarregados de educação das crianças deveriam selecionar uma das opções de resposta (não ocorre, um pouco, frequente e muito frequente) considerando a resposta que melhor descrevesse a criança. Por sua vez, a escala foi igualmente implementada em dois períodos de tempo (teste e reteste).

A avaliação da escala tinha como base vários níveis de sintomas que deveriam ser analisados e associados à pontuação obtida pelas crianças. Estes níveis de sintomas estão descritos no capítulo instrumentos.

Procedendo à análise dos resultados apresentados na tabela 1 verifica-se que MT evoluiu ligeiramente perante os dois períodos de avaliação. Isto é, segundo as respostas retratadas pelo encarregado de educação da criança, no reteste MT diminuiu 10 pontos na soma total das três subescalas. Se na fase de teste a pontuação apresentada por MT correspondia a 50 pontos, na fase de reteste a pontuação diz respeito a 40 pontos.

Segundo as respostas retratadas pelo EE da criança houve de facto uma diminuição ligeira dos sintomas no que diz respeito à subescala de desatenção, no entanto esta diminuição não justifica a alteração no diagnóstico da criança, ou seja apesar de MT ter reduzido quatro pontos de um momento de avaliação para o outro, a criança continua a apresentar sintomas graves tendo em conta a cotação nesta subescala, não justificando deste modo a possível alteração de diagnóstico.

Relativamente à subescala de hiperatividade/impulsividade MT reduziu a sua pontuação face aos dois períodos de avaliação, isto significa que houve por parte da criança uma redução dos sintomas inicialmente apresentados. Tendo em conta os critérios

de cotação, a princípio a criança enquadrava-se no nível de sintomas moderados, contudo verificou-se uma diminuição significativa nos sintomas desenvolvidos pela criança.

Assim, na fase de reteste MT apresentou uma diminuição relativa aos seus comportamentos declarando desta forma um nível de sintomas leves quanto a esta subescala.

De acordo com os valores de referência na escala e tendo em atenção a pontuação apresentada pela criança nesta subescala e o nível de sintomas em que ela se encontra, não é considerável a alteração do diagnóstico.

No que se refere aos sintomas da subescala de oposição/desafio os mesmos podem ser confundidos com os sintomas de PHDA uma vez que a perturbação de oposição desafio é considerada como uma comorbilidade da PHDA. Assim, não descartando esta subescala podemos verificar relativamente a MT que houve uma ligeira diminuição dos sintomas, onde se observou somente a diminuição de um ponto face à fase de teste. Isto quer dizer que apesar de a princípio MT estar inserida nos sintomas clinicamente não significativos, havia somente um sintoma apresentando pela criança que se destacava (“é suscetível ou facilmente aborrecido pelos outros) porém na fase de reteste a criança já não apresenta este sintoma.

Em suma, perante a pontuação evidenciada pela criança e feita a análise a esta mesma pontuação, descarta-se a possibilidade de diagnóstico relativamente à perturbação de oposição desafio.

Quanto à pontuação total obtida pela criança na fase final de avaliação (reteste), é possível constatar uma diminuição ligeira dos sintomas apresentados por MT. Apesar de os sintomas não alterarem o diagnóstico da criança, verifica-se uma melhoria dos mesmos justificando deste modo uma evolução por parte da criança em várias situações que ocorrem no seu dia-a-dia.

No que diz respeito a CA e analisando os resultados obtidos, de um modo geral a criança diminuiu significativamente os sintomas inicialmente apresentados.

No que concerne à subescala da desatenção considera-se uma redução significativa dos sintomas manifestados pela criança, evidenciando uma diferença na pontuação de 10 pontos. Na fase do teste CA apresentava sintomas moderados quanto a esta subescala mas

através da redução dos sintomas, constatou-se na fase de reteste que os sintomas alteraram-se para clinicamente não significativos.

De acordo com os dados obtidos através das respostas do encarregado de educação, na subescala de hiperatividade/impulsividade CA diminuiu ligeiramente os sintomas apresentados. Nesta subescala a criança apresentou uma diferença de cinco pontos na sua pontuação de um momento de avaliação para o outro. A redução de sintomas apresentados pela criança poderá implicar no desenvolvimento da criança. Inicialmente CA enquadrava-se nos sintomas leves quanto a hiperatividade/impulsividade mas como na fase de reteste a pontuação da criança diminuiu, os sintomas passaram a ser considerados como clinicamente não significativos.

Quanto à subescala de oposição/desafio CA apresentou uma redução significativa dos sintomas, porém não se verifica uma diferença significativa nos mesmos porque a criança continua a apresentar sintomas clinicamente não significativos.

Em suma importa referir que efetivamente notou-se uma diferença nos valores obtidos por CA nos dois períodos de avaliação. As respostas apresentadas pelo EE da criança centravam-se principalmente no nível de comportamentos “frequentes” mas o comportamento da criança mudou, passando a ocorrerem “um pouco”.

Apesar de os resultados exteriorizados por CA na fase de reteste considerarem que a criança nas três subescalas apresenta sintomas clinicamente não significativos, existem vários fatores como por exemplo, o desempenho evidenciado pela criança nas sessões de equoterapia e diagnóstico apresentado permitem discordar dos resultados.

Ainda assim, independentemente de a implementação desta escala tenha permitido observar as diferenças no desenvolvimento de ambas as crianças, é considerável recorrer a outros instrumentos e a um profissional qualificado para proceder a um diagnóstico mais fidedigno.

Comparando os resultados obtidos em ambos os períodos de avaliação desta escala e relacionando-a com a prática de equitação terapêutica, conclui-se que este método terapêutico é eficaz aquando a existência de um acompanhamento contínuo junto das crianças.

Equiparando a análise feita aos resultados obtidos na escala com o estudo do autor So (2017) referenciado no ponto “estudos realizados no âmbito das TAA” desta dissertação,

podemos deduzir que utilizar o animal como objeto terapêutico poderá atuar na redução dos comportamentos problemáticos apresentados pelas crianças, mas também nas atitudes manifestadas por estas em determinados ambientes e situações.

Para concluir a análise à escala interessa salientar a importância da recolha de dados junto dos encarregados de educação das crianças uma vez que para além da escola, são com quem as crianças passam a maior parte do seu tempo. É necessário ter uma noção da perspectiva dos pais em relação ao comportamento dos filhos perante diversas situações, para que o profissional que está a acompanhar a criança na terapia consiga encontrar estratégias adaptativas para uma boa intervenção.

Para uma maior confiabilidade de resultados na escala WISC e para além do acompanhamento sequente das crianças ao longo de vários meses, ponderou-se a necessidade de administrar diversas atividades relacionadas com os instrumentos utilizados durante o período de tempo decorrido entre a fase de teste e reteste.

Um dos exercícios implementados durante as várias sessões de equitação terapêutica, decorridas entre os meses de novembro e julho estava inteiramente relacionado com a orientação temporal. O exercício consistia em a criança respondesse a um conjunto de perguntas determinadas pela avaliadora e depois as respostas seriam cotadas com 0 pontos caso fossem incorretas e 1 ponto caso estivessem corretas.

Como se pode verificar através da tabela 2 a pontuação foi atribuída conforme os meses de evolução. A tabela somente se refere à criança MT porque CA desde o início do acompanhamento não apresentou qualquer dificuldade relativa à orientação temporal, porém no caso de MT foi necessário trabalhar bastante esta questão.

Inicialmente a principal dificuldade de MT centrava-se em conseguir identificar corretamente o dias da semana e as estações do ano. Por meio da análise feita à tabela 3 verificou-se que entre os meses de novembro até julho, a criança pontuou sempre com um ponto relativamente à identificação do ano e dos meses, mantendo deste modo a sua pontuação ao longo do acompanhamento. Não se pode considerar que houve uma evolução por parte da criança uma vez que a pontuação varia entre 0 e 1 ponto, no entanto verifica-se que a criança não apresenta dificuldades relativamente a estas duas questões.

Em contrapartida foi-se verificando uma evolução gradual ao longo dos meses relativamente às questões relacionadas com os dias da semana e as estações do ano.

Durante os meses de novembro até maio MT teve dificuldades em conseguir referir os dias da semana quanto ao nome e quanto à sua ordem. Porém notou-se uma evolução ligeira a partir do mês de junho onde aqui a criança começou a apresentar resultados positivos. Deste modo considera-se que houve um aumento na pontuação da criança e posteriormente uma evolução ligeira por parte da mesma. Quanto à questão das estações do ano somente a partir do mês de março é que a criança começou a aumentar a sua pontuação mantendo-a até ao fim da implementação deste tipo de exercícios.

No que diz respeito à pontuação total a mesma também foi sofrendo uma evolução ao longo dos meses, porém nos meses de junho e julho estabilizou apresentando a pontuação total permitida de 4 pontos.

A criança foi sempre apresentando uma evolução gradual ao longo dos meses através do acompanhamento realizado junto desta. Desta forma e através do tipo de pontuação, pode-se considerar que houve uma evolução ligeira por parte da criança.

A escolha do tipo de exercícios centrou-se principalmente nos benefícios que estes poderiam vir a proporcionar à criança mas também por serem semelhantes com os exercícios de uma das subescalas da WISC como por exemplo, a subescala de informação.

Em síntese, unir a prática de equitação terapêutica com a psicologia e torna-las num só é uma chave fundamental para o desenvolvimento dos utentes. As crianças não só estão a receber estímulos através do movimento do andar do animal, como toda a intervenção que é realizada associada à psicologia é muito importante. Prova disso assenta na evolução apresentada por MT durante o tempo de intervenção que lhe proporcionou vários benefícios.

No que diz respeito ao segundo exemplo de exercícios implementados e avaliados, conforme se pode verificar na tabela 4 a aplicabilidade dos mesmos decorreu entre os meses de dezembro e julho.

Considerando os resultados apresentados na tabela podemos constatar que se verificou ao longo dos meses uma evolução por parte das duas crianças.

Importa referir que o tipo de exercícios realizados com as crianças tinham por objetivo trabalhar a memória e o conhecimento de vocabulário. Neste sentido, durante a realização da atividade a criança teria de indicar o maior número de palavras que conseguisse.

Interpretando os dados sobre MT retratados na tabela 5 constata-se que ao longo dos vários meses de acompanhamento, a criança apresentou sempre uma ligeira evolução no seu desempenho quanto à realização deste exercício. Aquando o início do acompanhamento MT não conseguia referir mais do que duas palavras durante a realização da atividade, no entanto através do trabalho realizado junto desta, a criança foi desenvolvendo e aprimorando as suas capacidades permitindo deste modo uma evolução ao longo do tempo. Atualmente MT consegue sem qualquer dificuldade referir mais do que seis palavras durante a realização do exercício.

Examinando os dados retratados nesta mesma tabela mas neste caso relativamente à criança CA, denota-se por parte da utente também uma evolução ao longo dos meses, no entanto a única diferença que se verifica comparativamente com a criança MT é que no que se refere a CA, a mesma iniciou a implementação deste tipo de exercícios a conseguir referir mais do que três palavras.

Deste modo tal como consta na tabela anteriormente referida, CA apresentou sempre uma evolução ligeira ao longo dos meses de acompanhamento. Esta evolução permite constatar que houve um aumento das capacidades da criança apresentando diferenças ligeiras no seu desenvolvimento. Presentemente CA não evidencia qualquer dificuldade em relatar mais do que seis palavras na realização da atividade e verifica-se um largo conhecimento de vocabulário.

De um modo geral o desempenho de ambas as crianças foi sempre progredindo de forma positiva. Aquando o primeiro momento de intervenção notava-se de facto uma enorme dificuldade por parte das crianças relativamente ao conhecimento de vocabulário, assim como na memorização de palavras que já tinham sido referidas. Por sua vez, através das várias sessões realizadas ao longo do tempo foi possível trabalhar nas maiores dificuldades apresentadas pelas crianças, o que permitiu obter resultados evolutivos no desempenho destas. A realização deste género de atividades foi importante para preparar a criança para os exercícios que posteriormente iriam ser implementados aquando a avaliação da escala WISC dada a semelhança entre exercícios.

Fazendo uma comparação dos resultados apresentados nas atividades realizadas ao longo do tempo com o breve resumo referido no ponto “estudos realizados no âmbito das TAA” sobre o estudo dos efeitos deste tipo de terapia na cognição e linguagem de crianças com autismo, podemos concluir que para além da eficácia que este método de intervenção

exerce sobre outro tipo de patologias como por exemplo, o autismo, é igualmente eficaz e fundamental na intervenção de crianças diagnosticadas com PHDA uma vez que proporciona benefícios não só ao nível da cognição, mas também da linguagem. Tal benefícios podemos verificar através dos resultados obtidos na atividade anteriormente explícita (tabela 4).

De seguida irão ser discutidos os resultados obtidos na escala WISC mais propriamente no que se refere às cinco subescalas utilizadas (tabela 5).

Sobre o subteste da informação MT apresentou uma ligeira evolução na pontuação o que significa um ligeiro aumento na capacidade para responder a questões relacionadas com situações, objetos, lugares ou pessoas. Quanto ao subteste das semelhanças a criança apresentou uma diferença ligeira de três pontos perante os dois momentos de avaliação, isto indica que se verificou uma ligeira diferença na pontuação o que indica que MT aumentou a capacidade de conseguir indicar as semelhanças entre palavras.

Relativamente ao subteste de vocabulário MT não apresentou diferenças ligeiras ou significativas na sua pontuação no entanto, as respostas evidenciadas pela criança foram sempre coerentes e dentro do tipo de resposta pretendido. No que se refere ao subteste da compreensão MT apresentou uma ligeira evolução na sua pontuação não sendo considerada como significativa.

Ainda sobre o subteste da compreensão considero que a complexidade do teste e a exigência do nível de resposta foi um fator que, de certa forma, impediu que a pontuação fosse maior. Inicialmente MT demonstrou capacidade para responder prontamente a determinadas perguntas, no entanto, quando o nível de dificuldade começava a aumentar, a criança não sabia o que responder ou desconhecia o significado de determinados conceitos, levando deste modo a que algumas respostas ficassem em branco.

Por fim, no que se refere ao desempenho de MT relativamente ao último subteste implementado nomeadamente o de memória de dígitos, a criança manteve a sua pontuação. Ao início MT conseguia memorizar facilmente os dígitos mas quando o nível de dificuldade começava a aumentar, a criança foi perdendo o entusiasmo o que acabou por prejudicar o seu desempenho. Apesar disso a criança conseguiu em ambos os períodos de avaliação memorizar até cinco dígitos.

Começando agora por analisar as pontuações obtidas por CA nos subtestes, no que se refere ao subteste da informação a criança manteve a sua pontuação não evidenciando deste modo diferenças significativas. Ainda assim, importa salientar que a criança apresentou sempre respostas corretas e adequadas mantendo deste modo a sua pontuação inicial. Quanto ao subteste das semelhanças CA apresentou uma evolução na sua pontuação considerado deste modo uma evolução significativa no que se refere ao desempenho da criança. Neste subteste CA evidenciou um aumento na capacidade de referenciar semelhanças existentes entre palavras, o que considero como uma evolução positiva.

Passando agora ao subteste do vocabulário denota-se um aumento ligeiro na pontuação da criança, verificando-se uma diferença de dois pontos entre os dois momentos de avaliação. Considero através da pontuação obtida pela criança que é necessário implementar mais exercícios relacionados com o conhecimento de vocabulário junto da criança para que o mesmo seja mais alargado.

Partindo agora para a análise do subteste compreensão somente se verificou a diferença de um ponto relativamente à pontuação da criança, assim considera-se que houve um aumento ligeiro na pontuação não apresentando deste modo diferenças significativas.

Dada a exigência deste subteste, por vezes, CA começava a ficar aborrecida e a perder o interesse pela realização do exercício, o que causou algumas dificuldades em encontrar soluções para terminar a tarefa e obter uma resposta por parte da criança. Em algumas situações, também devido à exigência do tipo de perguntas, as respostas apresentadas pela criança não faziam muito sentido.

Finalmente, no que concerne ao desempenho de CA no subteste memória de dígitos verifica-se uma diminuição significativa da pontuação apresentando uma diferença total de quatro pontos. Isto significa que não só houve uma diminuição significativa na pontuação, como também uma diferença significativa no desempenho da criança.

É de enfatizar que vários fatores contribuíram para a diminuição da pontuação, nomeadamente a criança referir que o exercício era difícil e que não gostava de o realizar.

Para além destes dois aspetos anteriormente referidos, a atenção, a concentração e a memória também estiveram comprometidos. No caso desta criança no segundo momento

de avaliação, a criança estava totalmente distraída e com enormes dificuldades em se concentrar, acabando por arranjar desculpas sem qualquer sentido para essa distração.

Por outro lado também se distraia muito facilmente com estímulos externos, tais como a cor das folhas, a mosca que estava a voar à sua volta e até mesmo o movimento que o animal fazia ao respirar. Esta dificuldade de concentração e atenção repercutiu-se no seu desempenho na realização da atividade, levando, deste modo, à alteração e diminuição da sua pontuação. Era esperado que ocorresse uma evolução por parte da mesma entre os dois momentos mas devido aos fatores anteriormente mencionados essa evolução não ocorreu.

Apesar das dificuldades evidenciadas em alguns exercícios, houve uma evolução ligeira no que diz respeito à pontuação das crianças na escala implementada aos encarregados de educação apresentando alterações positivas no seu comportamento e quanto à subescala WISC-III verificou-se igualmente uma evolução significativa no seu desempenho o que parece apontar para a eficácia da equitação terapêutica na melhoria dos sintomas associados à hiperatividade e déficit de atenção justificando a eficácia deste tipo de terapias.

Conclusão

A revisão da literatura utilizada pretendeu abordar os conceitos relacionados com a questão fundamental deste estudo nomeadamente a importância da equoterapia no desenvolvimento de habilidades cognitivas de crianças com perturbação de hiperatividade/défice de atenção.

Consideramos que é indispensável ter um conhecimento alargado das possibilidades e dificuldades destas crianças, assim como das suas características, pois desta forma poderemos utilizar diferentes métodos de intervenção terapêutica com eficácia.

A utilização da escala nos encarregados de educação das crianças foi importante porque não só permitiu reconhecer os vários comportamentos evidenciados pelas crianças perante diversas situações, mas também para decidir qual o melhor método de intervenção e exercícios a serem utilizados durante todo o acompanhamento.

A implementação dos vários exercícios de equoterapia ao longo do acompanhamento foram muito importantes porque permitiram intervir nas dificuldades das crianças.

Com esta investigação conclui-se que há diferenças significativas na pontuação das crianças perante os dois períodos de avaliação. Apesar de este método de intervenção terapêutico ser pouco conhecido em Portugal, se o acompanhamento dos sujeitos for contínuo poderá atuar positivamente no desenvolvimento de determinadas habilidades cognitivas.

Tendo em conta alguns estudos realizados na área das terapias assistidas, verificamos que este tipo de terapias apresenta eficácia se for realizado um acompanhamento por forma a atuar nas maiores dificuldades apresentadas pelos sujeitos. É possível verificar que a utilização de animais como meio de intervenção terapêutica é fundamental porque permite que a criança crie uma ligação com o animal e desta forma, se sinta mais à vontade durante a realização da terapia.

Associando os resultados obtidos neste estudo e comparando-os com os de outros estudos como por exemplo do autor So (2017) de facto é considerável a eficácia deste tipo de terapias no que se refere à redução de comportamentos problemáticos de crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Este método de intervenção terapêutico é igualmente eficaz na diminuição de sintomas apresentados não só para a PHDA mas também noutras terapias.

Posto isto, considero que esta investigação teve algumas limitações. A instituição onde foi realizado o estudo trabalha com diferentes patologias em que, neste caso, só são acompanhadas duas crianças com o diagnóstico de PHDA. Neste sentido considero que se o número da amostra fosse maior, o resultado da investigação teria sido mais rigoroso e teria permitido ter uma perspetiva mais abrangente quanto à eficácia desta terapia.

Uma outra limitação que surgiu neste estudo deve-se às contingências associadas à pandemia covid-19. Devido a esta situação, as consultas com as crianças estiveram suspensas durante algum tempo o que impediu que fosse realizado um acompanhamento junto das mesmas. Aquando a retoma das sessões, houve situações em que tivemos de voltar ao início do acompanhamento e trabalhar em determinadas questões novamente porque o tempo em que as crianças estiveram sem acompanhamento prejudicou alguns aspetos que já estavam a evoluir.

Por outro lado ainda existem poucos estudos relacionados com este tipo de intervenção e no caso de Portugal, ainda é uma terapia pouco conhecida. Considero que em estudos futuros, seja importante recorrer a uma amostra maior para obter uma maior

confiabilidade de resultados e de igual modo uma perspectiva mais abrangente quanto à eficácia deste método terapêutico.

Apesar de a escala implementada aos encarregados de educação das crianças ter sido um instrumento importante para a realização deste estudo, considero que existem outros instrumentos, como por exemplo a “The Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale” e a “Conners’ Behavior Rating Scales (Conners’ 3rd edition) ”.

Referências bibliográficas

- Alves, E.M.R. (2009). *Prática em Equoterapia: uma abordagem fisioterápica*. Atheneu Editora.
- APA (2013). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5º Edição. Climepsi Editores
- Barbosa, G.D.O. (2014). O Efeito De Um Programa De Equoterapia No Desenvolvimento Psicomotor De Crianças Com Indicativos De Transtorno De Déficit De Atenção e Hiperatividade [The Effect Of a Horseback Riding Therapy Program On Psychomotor Development Of Children With Indicators Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 20(1), 69-84. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382014000100006>
- Batista, M. (2020). *Equitação com Fins Terapêuticos*. Coisas de Ler
- Bender, D.D., & Guarany, N.R. (2016). Efeito da equoterapia no desempenho funcional de crianças e adolescentes com autismo [Effect of hippotherapy on functional performance of children and teens with autism]. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 27(3), 271-277. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p271-277>
- Berget, B., Ekeberg, O., Pedersen, I., & Braastad, B.O. (2011). Animal-Assisted Therapy with Farm Animals for Persons with Psychiatric Disorders: Effects on Anxiety and Depression, a Randomized Controlled Trial. *Occupational Therapy in Mental Health*, 2011(27), 50-64. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2011.543641>
- Candelieri, I. (2018). Healing and Caring in Dolphin-Assisted Therapy: Criticisms of Effectiveness and Ethical Issues. *Gestalt Theory*, 40(3), 323-336. <https://doi.org/10.2478/gth-2018-0024>
- Cordinhã, A.C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 2008(24), 577-589. https://www.researchgate.net/publication/332042671_A_crianca_hiperactiva_Diagnostico_avaliacao_e_intervencao
- Ernst, L. (2014). Animal-Assisted Therapy: An Exploration of Its History, Healing Benefits, and How Skilled Nursing Facilities Can Set Up Programs. *Annals of*

- Long-Term Care: Clinical Care and Aging.* 22(10), 27-32.
https://s3.amazonaws.com/HMP/hmp_in/imported/2019-06/altc1014Ernst.pdf
- European Society of Animal-Assisted Therapy (2011). *Definition of animal-assisted therapy.* https://www.en.esaat.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/Definition_of_AAT.pdf
- Freitas, M.I., & Pereira, M. (2020). *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção Diagnóstico, Intervenção e Desenvolvimento ao longo da Vida.* PACTOR
- Machado, J.D.A.C., Rocha, J.R., & Santos, L.M. (2008). TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS (TAA). *Revista Científica Eletrónica de Medicina Veterinária*, 2008(10), 1-7. http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/yBDakPBzygjagIw_2013-5-28-12-0-12.pdf
- Moura, O. (2021). Portal da Hiperatividade/Défice de Atenção. <https://hiperatividade.com.pt/prevalencia-etilogia/>
- Saldanha, A. (2020). *Equitação com Fins Terapêuticos.* Coisas de Ler
- Severo, J.T., Severo, C.M.D., & Severo, R.D. (2010). *Equoterapia equitação, saúde e educação.* Senac
- Severo, J.T., & Severo, C.M.D. (2010). *Equoterapia equitação, saúde e educação.* Senac
- Severo, J.T., & Candiota, C.F. (2010). *Equoterapia equitação, saúde e educação.* Senac
- Silva, F.G. (2019). MTA SNAP-IV-pt-PT: Escala para pais e professores (versão portuguesa). <https://www.dormirecrescer.com/2019/05/20/questionario-mta-snap-iv-em-portugues-europeu/>
- Simões, M.R. (2002). Utilizações da WISC-III na avaliação neuropsicológica de crianças e adolescentes. *Paidéia*, 12(23), 113-132. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000200009>
- Simões, M., & Ferreira, C. (2009). WISC-III Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3º Edição. CEGOC-TEA, Lisboa. (Trabalho original em inglês WISC-III, Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition)

- So, W-Y. (2017). Effects of 4 Weeks of Horseback Riding on Anxiety, Depression, and Self-Esteem in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Men's Health*, 13(2), 1-7. <https://doi.org/10.22374/1875-6859.13.2.2>
- Kwon, S., Sung, I.Y., Ko, E.J., & Kim, H.S. (2019). Effects of Therapeutic Horseback Riding on Cognition and Language in Children with Autism Spectrum Disorder or Intellectual Disability: A Preliminary Study. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 43(3), 279-288. <http://doi.org/10.5535/arm.2019.43.3.279>
- White-Lewis, S. (2019). Equine-Assisted therapies using horses as healers: A concept analysis. *Nursing Open*, 2019(7), 58-67. <http://doi.org/10.1002/nop2.377>
- Yount, R.A., Olmert, M.D., & Lee, M.R. (2012). *Service Dog Training Program for Treatment of Posttraumatic Stress in Service Members*. https://habricentral.org/resources/698/download/yount_olmert_lee-service_dog_training_PTSD.pdf