

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE PEDAGOGIA

SUELLEN DIAS DA SILVA

EQUOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

MARINGÁ

2017

SUELLEN DIAS DA SILVA

EQUOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso” (TCC), do curso de Pedagogia, da Universidade Estadual de Maringá.

Orientação: Profa. Dra. Sheila Maria Rosin.

MARINGÁ

2017

Dedico este trabalho à minha família, base da minha vida e de tudo que sou. Que me apoiou desde o início deste curso e que continua me apoiando e dando força em todas as áreas de minha vida. Eu não seria nada sem vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, meu maior apoio e meu refúgio, por todas as bênçãos que já me concedeu ao longo de toda a minha vida e que me fez chegar onde eu estou, me ajudando a me manter forte e me dando sabedoria diante das dificuldades.

Agradeço aos meus pais, principais professores de minha formação, por terem me proporcionado uma vida baseada em amor, carinho e respeito. Por terem feito sempre o que estava ao seu alcance para que eu pudesse ter acesso a uma boa educação e por terem me incentivado, desde pequena, a batalhar pelos meus objetivos e a permanecer firme diante das adversidades.

Agradeço a minha irmã, pelo apoio que me deu quando iniciei o curso de Pedagogia e por todas as vezes que me ajudou ao longo dos últimos quatro anos. Sua presença em minha vida também foi fundamental na construção da pessoa que sou hoje.

Agradeço, também, a cada um dos professores que tive até hoje, pela paciência, por tudo que me ensinaram e que me deram como exemplo, por meio de si mesmos, e por terem me inspirando na escolha de minha profissão.

Em especial, agradeço à professora Sheila Maria Rosin, que carinhosamente me aceitou como sua orientanda e que tanto me ajudou para que a realização desta pesquisa se fizesse possível.

Por fim, agradeço a todos os meus colegas de trabalho, desde o início de minha carreira, por todos os diálogos e experiências, que me proporcionaram oportunidades únicas de vivenciar momentos que me deram a certeza de escolhi a profissão certa para me dedicar.

“Se você encontrar um caminho sem obstáculos, ele provavelmente não leva a lugar nenhum.”

(Frank Clark)

RESUMO

O objetivo deste trabalho é mostrar a Equoterapia como forma alternativa de apoio ao desenvolvimento de crianças com necessidades educacionais especiais, enfatizando o TDAH, levando em consideração os métodos terapêuticos que vêm sendo utilizados no tratamento deste transtorno. O trabalho foi elaborado a partir de uma pesquisa bibliográfica, a partir da qual caracterizamos o TDAH, seus aspectos históricos e de que forma têm se dado os tratamentos para este transtorno. Posteriormente, apresentamos a Equoterapia, destacando seu desenvolvimento histórico e sua fundamentação. A partir das pesquisas realizadas, procuramos estabelecer uma ligação entre o TDAH e a Equoterapia, enquanto tratamento para este transtorno. Concluímos por meio desta pesquisa, que tal método terapêutico pode proporcionar experiências aos indivíduos com TDAH que venham a desenvolver atitudes comportamentais de autocontrole, que podem amenizar os sintomas do referido transtorno, proporcionando melhor qualidade de vida aos praticantes e maior desenvoltura em suas atividades cotidianas.

Palavras-chave: TDAH; Equoterapia; Método terapêutico; Medicalização.

ABSTRACT

The objective of this work is to show equine therapy as an alternative way of supporting the development of children with special educational needs, emphasizing ADHD, taking into account the therapeutic methods that have been used in the treatment of this disorder. The work was elaborated from a bibliographical research, through which we characterize the ADHD, its historical aspects and how the treatments for this disorder have been given. Subsequently, we present the equine therapy, highlighting its historical development and its grounding. From the research done, we sought to establish a link between ADHD and equine therapy as a treatment for this disorder. We conclude by means of this research, that such a therapeutic method can provide experiences for individuals with ADHD that come to develop behavioral attitudes of self-control, which may alleviate the symptoms of said disorder, providing better quality of life for practitioners and greater resourcefulness in their daily activities.

Key words: ADHD; Equine therapy; Therapeutic method; Medicalization.

QUADRO DE FIGURAS

Figura 1 – TDAH.....	9
Figura 2 – Medicalização.....	17
Figura 3 – Equoterapia.....	24
Figura 4 – Colaboração.....	27
Figura 5 – Exercício Equoterápico.....	30
Figura 6 – Criando vínculos.....	33
Figura 7 – Amizade.....	37

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (TDAH).....	11
2.1. Aspectos históricos.....	12
2.2. Caracterização e etiologia	15
2.3. Tratamento e adaptações	18
3. Equoterapia	23
3.1. Um pouco de história	23
3.2. Fundamentação.....	27
4. A Equoterapia como tratamento do TDAH.....	36
5. Considerações Finais.....	39
6. Referências	41

1. Introdução

Nos últimos anos, discussões e estudos acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) têm se tornado cada vez mais recorrentes. Questões envolvendo desde a origem do transtorno até suas formas de tratamento têm levantado uma infinidade de temáticas e pesquisas sobre o TDAH. Neste trabalho, nos atentamos ao que concerne às formas de tratamento deste transtorno, enfatizando um métodos terapêutico em particular, a Equoterapia, que, basicamente, é um método terapêutico baseado em atividades realizadas com cavalos, mediante acompanhamento de uma determinada equipe de profissionais, que venham a desenvolver nos praticantes, principalmente, aspectos motores e sócioeducacionais.

De acordo com os dados que serão elencados mais adiante neste trabalho, apresentamos um indicativo de que cada vez mais crianças têm sido submetidas à tratamentos químicos envolvendo uma ampla gama de medicamentos, que tem por objetivo controlar seus comportamentos para que estejam aptas a realizar as atividades que são esperadas para suas faixas etárias. Mas, há que se considerar uma questão de extrema importância à respeito desta opção de tratamento: Até que ponto a medicalização é realmente necessária?

Nosso objetivo com este trabalho é mostrar a Equoterapia como forma alternativa de apoio ao desenvolvimento de crianças com necessidades educacionais especiais, enfatizando o TDAH, levando em consideração os métodos terapêuticos que vêm sendo utilizados no tratamento deste transtorno.

Os resultados obtidos com este tratamento podem ir muito além do desenvolvimento motor ou tônus muscular, que são os resultados comumente mais almejados, visto que esta é uma prática que tem por elemento chave o movimento e, conseqüentemente, as influências no desenvolvimento motor. Porém, levando em consideração a definição apresentada pela ANDE-BRASIL, de que a Equoterapia é um tratamento pautado é um trabalho interdisciplinar voltado ao desenvolvimento humano em diversas áreas, podemos relacionar a prática equestre a outras áreas de desenvolvimento, objetivando outros resultados, como por exemplo, o desenvolvimento educacional e a socialização dos praticantes. Partindo deste pressuposto, Lermontov (2004, p.17) destaca que

[...] os exercícios psicomotores não têm um fim em si mesmos, mas são um meio para atingir a integração do sujeito no meio físico e social, trabalhando a relação que se estabelece entre a consciência deste e o mundo que o cerca.

Para alcançarmos nosso objetivo o trabalho foi estruturado em quatro seções, sendo a primeira a de introdução, na qual objetivamos inserir o leitor na problematização da pesquisa. Na segunda sessão, faremos uma abordagem específica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH), iniciaremos com uma contextualização histórica e, posteriormente, elencando suas principais características, formas de tratamento e uma breve abordagem sobre o uso da medicalização para o tratamento deste transtorno.

Na terceira seção, nos atentamos em realizar uma descrição mais apurada sobre a Equoterapia, aspectos históricos, características, profissionais envolvidos, possíveis benefícios e restrições, e em que, de fato, consiste este método terapêutico, considerando a ampla lista de indicações para as quais se pode recomenda-lo, mas tendo em vista o foco de nossa pesquisa e a relação que pretendemos estabelecer entre a Equoterapia, o âmbito educacional e as ações pedagógicas realizadas. Mediante as considerações acerca do TDAH e do tratamento em questão, na quarta sessão deste trabalho apresentaremos a relação entre ambos e de que forma essa relação pode influenciar no desenvolvimento socioeducacional dos praticantes. Além de descrevermos o papel do pedagogo neste trabalho e quais as ações pedagógicas que possibilitam os resultados desta prática. Por fim, por meio de nossa pesquisa e das inferências realizadas ao longo da mesma, apresentamos a conclusão deste, em sua quinta sessão.

2. Transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDAH) é um transtorno que tem rendido muitas discussões cercadas de polêmica, envolvendo, principalmente, suas formas de tratamento, como lidar, quais as causas, entre outros aspectos. Inicialmente devemos compreender como se define este transtorno.

Silva (2009, p.213) apresenta este transtorno como uma disfunção, que ocorre mediante alteração quantitativa e/ou qualitativa na produção de determinadas substâncias químicas advindas de neurotransmissores no cérebro dos indivíduos que apresentam o transtorno.

O transtorno de déficit de atenção deriva de um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral. Isso significa que substâncias químicas produzidas pelo cérebro, chamadas neurotransmissoras, apresentam-se alteradas quantitativa e/ou qualitativamente no interior dos sistemas cerebrais, que são responsáveis pelas funções de atenção, impulsividade e atividade física e mental no comportamento humano. Trata-se de uma disfunção, e não de uma lesão, como anteriormente se pensava.

A autora destaca ainda que o TDAH é caracterizado por três sintomas específicos: desatenção, impulsividade e hiperatividade física e mental. Geralmente o transtorno manifesta-se na infância e, em cerca 70% dos casos, continua na vida adulta. Atinge ambos os sexos, independente do grau de escolaridade, situação socioeconômica ou nível cultural, além de trazer sérios prejuízos à qualidade de vida das pessoas quando não diagnosticado e tratado corretamente.

Belli (2008) define o TDAH como um déficit na capacidade que os indivíduos têm de se controlar. Segundo a autora, as pessoas com TDAH reagem impulsivamente e não têm a capacidade de se acalmar ou refletir, não mantêm fatos relevantes em mente (indicando comprometimento da memória operacional), não utilizam discurso interno (não falam consigo mesmas), não regulam suas emoções (acalmando-se ou motivando-se), entre outros aspectos. Reafirmando essa concepção, Barkley (2002, p.17 p. 50 *apud* BELLI, 2008, p. 20) afirma que a maioria dos especialistas acredita que

[...] o TDAH consiste em três problemas primários na capacidade de um indivíduo controlar seu comportamento: dificuldades em manter sua atenção, controle e inibição dos impulsos e da atividade excessiva. Outros profissionais (...) reconhecem que aqueles com TDAH possuem dois

problemas adicionais: dificuldades para seguir regras e instruções e variabilidade extrema em suas respostas a situações (particularmente tarefas ligadas ao trabalho). (...) todos esses sintomas estão associados a um déficit primário na inibição do comportamento, que é o símbolo do TDAH.

A partir das afirmações anteriores, inferimos que o TDAH consiste em um transtorno que afeta, e se faz perceptível, principalmente, em atitudes comportamentais do indivíduo, promovendo dificuldade em se focar a atenção em determinadas atividades, agitação e impulsividade.

Figura 1- TDAH



Fonte: <http://www.ganhesempremais.com.br/psicopedagogia/18-formas-para-lidar-com-criancas-ou-adolescentes-com-tdah/>

2.1. Aspectos históricos

As primeiras descrições de comportamentos que se assemelham às do TDAH surgiram, segundo Rosário (2011), na literatura infantil alemã, em meados do século XIX. E, na década de 1950, estas literaturas foram trazidas para o Brasil com os nomes “João Felpudo”, do Dr. Heinrich Hoffmann e “Juca e Chico”, tradução da obra de Wilhelm Busch. Isto porque os autores representavam, em tais histórias, a personalidade de algumas crianças rebeldes, com fortes desejos, cheias de imaginação e de medo, consideradas como seres

complexos, baseadas nas crianças com comportamento “fora do comum” para os padrões da época.

Segundo Silva (2009), houve também, durante o início do século XX, a apresentação de algumas considerações acerca do comportamento das crianças, por alguns estudiosos, como George Fredrick Still, que realizou uma série de palestras no Royal College of Physicians, em 1902, nas quais o mesmo discorreu sobre crianças

[...] agressivas, desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emotivas e passionais, mostravam pouca ‘inibição a sua própria vontade’, tinham dificuldades de seguir regras, eram desatentas, hiperativas, propensas a acidentes e ameaçadoras a outras crianças devido a atitudes hostis. De acordo com Still, essas crianças tinham um defeito maior e crônico ‘no controle moral’ (SILVA, 2009, p. 203).

A autora destaca que o estudioso mantinha seus estudos acerca de um grupo de vinte crianças (proporcionalmente três meninos para cada menina), que havia apresentado comportamentos problemáticos antes dos 8 anos. Fredrick Still apontou os pais das crianças com portadores de “defeito de controle moral”. Mas, depois de algum tempo, reconheceu que havia uma ligação hereditária no comportamento das crianças, percebendo nos históricos familiares casos de depressão, alcoolismo e alterações de conduta.

Silva (2009) enfatiza que a ideia de que o comportamento poderia ter uma causa orgânica de maior relevância do que uma educação familiar inadequada foi um conceito diferenciado para o início do século XX.

A autora afirma que uma pandemia de encefalite ocorridas no anos de 1917 e 1918 influenciou as concepções acerca do TDAH. As crianças desta época, além do comportamento semelhante, passaram a ter em comum também a sobrevivência a essa pandemia. Alguns estudiosos da época, inclusive, passaram a descrever as crianças sobreviventes que apresentavam o comportamento em questão, como portadoras de um “distúrbio de comportamento pós-encefalite”. No entanto, nem todas as crianças da época, que apresentavam este comportamento, foram expostas a essa pandemia, o que denota, portanto, uma generalização completamente errônea, conclui Silva (2009).

Para justificar o comportamento de crianças que não foram expostas à encefalite, considerou-se que o cérebro delas devia ter sofrido algum tipo de lesão, por isso, em função dessas crianças foi criado o termo “cérebro danificado ou lesionado”. Com o tempo, reflexões acerca deste termo, levaram os estudiosos da época a considerarem que as crianças com o comportamento em questão eram muito espertas para se dizer que elas possuíam cérebros

lesionados, então houve a necessidade de se criar um novo termo que passou a ser “lesão cerebral mínima”. Sendo, este termo, fortemente disseminado e popularmente conhecido, mesmo não havendo lesão cerebral que pudesse realmente ser comprovada. Por essa falta de “provas concretas” quanto à existência de lesões o termo foi novamente modificado, tempos depois, para “disfunção cerebral mínima” (SILVA, 2009).

Em 1957 surge o termo “hiperatividade infantil”, utilizado pelos psiquiatras infantis norte-americanos, inicialmente Maurice Laufer e, posteriormente, Stella Chess, em 1960. Laufer, sendo defensor da ideia de que a existência dessa “síndrome” (termo mais utilizado na época, pois hiperatividade ainda não era considerada um transtorno) seria uma exclusividade masculina, e Chess, defendeu a ideia de que as causas dessa “síndrome” seriam de cunho genético e não dependiam de fatores externos, surgindo assim uma nova denominação: “síndrome da criança hiperativa” (SILVA, 2009).

De acordo com Silva (2009), a Associação de Psiquiatria Americana (APA), com a publicação do DSM – II (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)¹, no ano de 1968, trouxe mudanças importantes acerca de concepções sobre o transtorno, tratado até então por síndrome. Dentre as mudanças: desvinculou a nomeação da síndrome de seus aspectos etiológicos e deu destaque aos aspectos clínicos (sintomas); enfatizou a desatenção como principal sintoma e renomeou a síndrome para distúrbio do déficit de atenção (DDA).

Segundo Silva (2009), Virginia Douglas foi uma das pioneiras, na década de 1970, a considerar os sintomas de desatenção separados dos sintomas de hiperatividade contrariando a prática da época que considerava a hiperatividade como ponto chave para se identificar crianças portadoras deste transtorno. Mas, quando se iniciaram as pesquisas acerca da desatenção dissociada da hiperatividade, notou-se que nem todas as crianças desatentas eram, necessariamente, hiperativas. Assim, Virginia Douglas possibilitou o destaque ao déficit de atenção, que acarretou o desenvolvimento de novas pesquisas.

A partir dos estudos de Virginia Douglas e de outros profissionais da época, centenas de estudos passaram a ser realizados, fazendo com que o TDAH, se tornasse um dos assuntos mais estudados da época, principalmente nos Estados Unidos. Até que em 1994, a Associação Americana de Psiquiatria, publica o DSM – IV, atualizando outras considerações acerca do transtorno e renomeando para Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

¹ Documento criado nos Estados Unidos, com sua primeira versão publicada no ano de 1952, a partir da necessidade da sistematização das diversas classificações de doenças mentais existentes nos EUA, desde 1840. Época na qual se situa a primeira tentativa de levantamento das doenças mentais, numa classificação que continha subtipos como idiotia e insanidade.

Fonte: *Agência Iberoamericana para la Difusión de la Ciencia y la Tecnología*. Disponível em: <<http://usal.dicyt.com/noticia/uma-breve-historia-das-revisoes-do-dsm>>.

Atualmente, o Manual já tem sua quinta versão publicada, DSM-V. Lançada nos Estados Unidos em 2013 e, em 2014, traduzida e publicada no Brasil, contando com outras atualizações sobre informações contidas no mesmo.

2.2. Caracterização e etiologia

Como já destacamos o TDAH se caracteriza, principalmente, por ser um transtorno que apresenta características, na maioria das vezes, perceptíveis em função do comportamento que o indivíduo com esse tipo de especificidade costuma apresentar. Mas, comportamento agitado não é o único sintoma a ser considerado com relação a este transtorno. Há três aspectos básicos, que compõem a chamada tríade sintomatológica, a partir da qual podemos determinar três tipos diferentes de TDAH. Rohde *at. all* (2000) e Silva (2009) salientam como tríade sintomatológica do TDAH: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade.

Silva (2009) enfatiza três aspectos importantes sobre o transtorno:

- Que a desatenção é o principal aspecto de detecção do TDAH, pois este sintoma está sempre presente, mas nem sempre é acompanhado de hiperatividade;
- Que a impulsividade na mente de um TDAH, funciona como um receptor altamente sensível, reagindo a qualquer estímulo automaticamente, sem avaliar as características geradoras deste estímulo, comumente vindo a agir em relação a esse estímulo primeiro para refletir suas ações depois e muito provavelmente se arrependendo por isso;
- Que hiperatividade (física ou psíquica), fácil de ser notada na infância, torna-se quase imperceptível em adultos, porque suas atitudes de agitação ficam mais sutis com o tempo (“sacodem” pernas incessantemente, “rabiscam” com constância papéis a sua frente, “dançam” em suas cadeiras de trabalho e estão sempre procurando algo para manterem suas mãos ocupadas). No que concerne à hiperatividade psíquica, a autora apresenta alguns sintomas presentes nos adultos:

É o adulto que interrompe a fala do outro o tempo todo, muda de assunto antes que seu interlocutor possa elaborar uma resposta e que não dorme a noite porque seu cérebro fica tão agitado que não consegue se desligar. Essa agitação psíquica é parcialmente responsável pela inaptidão social que muitos TDAs apresentam e que se traduz em problemas para fazer amigos (SILVA, 2009, p. 27).

Podemos concluir então o quão complexa se torna a vida social de uma pessoa com TDAH, desde a infância até a vida adulta, visto que o ser humano, sendo um ser social,

necessita estabelecer relações. No entanto, para os portadores deste transtorno, construir relações acaba se tornando mais difícil do que aparenta.

Ainda com relação aos sintomas, Rohde (2000) apresenta uma lista de características que podem facilitar a percepção da tríade sintomalógica do TDAH:

- **Desatenção:** dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; e ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.
- **Hiperatividade:** agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; pela dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar frequentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”; e falar em demasia.
- **Impulsividade:** frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez; e frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros.

Estas características, permitem classificar o TDAH em três tipos, de acordo com Belli (2008) e Rohde (2004): o **Tipo Combinado**, que corresponde a pessoas que têm problemas para se concentrar e também são excessivamente ativas (TDAH com hiperatividade); **Tipo Predominantemente Desatento**, se refere àqueles que não são inquietos ou agitados, mas encontram dificuldade em se concentrarem em tarefas, manter a atenção e organizar e terminar coisas (TDAH sem hiperatividade); e o **Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo**, normalmente usado para diagnosticar crianças mais novas (4 a 5 anos), nas quais o traço de desatenção é difícil de diagnosticar.

Outro fato importante é a caracterização da incidência deste transtorno em relação à meninas e meninos. Estudos mostram que “para cada mulher com TDAH, em média, há três homens” (SILVA, 2009, p.45). No entanto, vale ressaltar que nas mulheres é mais comum o

TDAH do **Tipo Predominantemente Desatento**, ou seja, elas não costumam apresentar agitabilidade, não chamam tanta atenção e nem incomodam quem está a sua volta.

Entre elas predomina o tipo sem hiperatividade, ao contrário de seus pares masculinos. Tal diferença, determinada por particularidades biológicas dos sexos e aliada ao componente cultural, pode contribuir para a aparente superioridade numérica da população masculina entre os que têm o diagnóstico de TDA (SILVA, 2009, p. 45).

Assim, na maioria das vezes, o TDAH nas mulheres acaba passando despercebido, logo a incidência mostrada por pesquisas com relação ao número de meninas e meninos com este transtorno é relativa, afirma Silva (2009).

Segundo Rohde e Halpern (2004), ainda não são conhecidas as causas precisas que originam o TDAH. No entanto, fatores genéticos (hereditariedade) e ambientais (desentendimentos familiares, presença de transtornos mentais nos pais, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna e colocação em lar adotivo), como influenciadores do desenvolvimento deste transtorno, são amplamente disseminados e aceitos pelos estudiosos dessa área.

Silva (2009) destaca, além dos fatores genéticos e ambientais, as alterações nas estruturas cerebrais. A autora afirma que por meio de exames de neuroimagem é possível perceber que a área do cérebro dos TDAHs que falha é a área responsável por pela ação reguladora do comportamento humano.

[...] a ação reguladora do comportamento humano é feita pelo lobo frontal, que exerce uma série de funções de caráter inibitório, cabendo a ele puxar o freio de mão do cérebro humano no que diz respeito aos seus pensamento, impulsos e velocidade de suas atividades físicas e mentais. E é justamente isso que falha no cérebro do TDA,[...] (SILVA, 2009, p. 216).

Neste sentido, autora infere que ter uma “visão multifatorial” é de extrema importância. Ou seja, não nos prendermos a um determinado fator ou outro, pois as causa do TDAH por ser combinações de diversos fatores, muitas vezes fatores que nem tenham sido considerados. Afinal, nenhuma hipótese sobre a origem do funcionamento do TDAH se mostrou capaz de explicar a todos os casos do transtorno (SILVA, 2009).

2.3. Tratamento e adaptações

Segundo Rodhe *et. all* (2000), o tratamento para o TDAH, se caracteriza por intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. As intervenções psicossociais correspondem à orientação voltada à família, sobre o transtorno em si e quais as atitudes que devem ser tomadas com o intuito de se melhorar a qualidade de vida do indivíduo com TDAH. Posteriormente, o autor recomenda que, idealmente, deve-se haver uma orientação voltada aos professores dos indivíduos que venham a ter este transtorno. Pois, conscientes de como deve se dar o trabalho pedagógico com os alunos com TDAH, melhor será o aproveitamento acadêmico destes alunos.

Além disso, Rodhe *et. all* (2000) também recomendam o acompanhamento psicoterápico individual, com o intuito de fazer com que o indivíduo possa ter mais facilidade de lidar com sua condição. Visto que a dificuldade pode desencadear vários quadros de comorbidades como transtornos depressivos e de ansiedade, ou até de sintomas que comumente acompanham o TDAH, baixa autoestima, dificuldade de controlar impulsos e de socialização.

Quanto às intervenções psicofarmacológicas, Rodhe *et. all* (2000) afirmam que podem ser muito benéficas e defendem a utilização adequada de medicamentos em conjunto com outros tratamentos quando e se necessários, ao passo que outros autores expressam completa aversão ao uso desse tipo de intervenção, mediante a consideração de todas as influências negativas que tal método terapêutico pode vir a acarretar.

Silva (2009) destaca que podem ser usadas no tratamento do TDAH três categorias de medicamento de acordo com as especificidades de cada indivíduo: os estimulantes, os antidepressivos e os acessórios.

Segundo a autora, os estimulantes, até o momento são os medicamentos mais pesquisados e receitados para casos de TDAH, dentre eles estão Ritalina® (metilfenidato), Ritalina LA® (metilfenidato, de ação prolongada), Concerta® (metilfenidato, de ação prolongada), Dexedrine® (dextroanfetamina) e Adderal® (dextroanfetamina e outras anfetaminas). O metilfenidato é o mais comum de todos os estimulantes indicados ao TDAH e, especificamente no Brasil, é o único estimulante disponível no mercado farmacêutico.

Apesar da aparente contradição de se indicar um estimulante para uma pessoa hiperativa, Silva (2009) esclarece que a ação de tais medicamentos resulta, nos indivíduos com TDAH, no aumento de sua concentração, diminuição da impulsividade e hiperatividade, além da redução da ansiedade e da melhoria de estados depressivos.

Dentre os antidepressivos, Silva (2009) destaca: Norpramin® (desipramina), mais utilizado neste tipo de tratamento por ser o antidepressivo mais pesquisado com esse objetivo. Tofranil® (imipramina), Efexor® (venlafaxina), Zyban® (bupropiona), Prozac® (fluoxetina), Zoloft® (sertralina), Aropax® (paroxetina), Procimax® (citalopram), Lexapro® (escitalopra), Prolift® (reboxetina), e Strattera® (atomoxetina).

A autora salienta que os efeitos apresentados com o uso de antidepressivos foram semelhantes aos dos estimulantes para o tratamento do TDAH, agindo sobre os principais sintomas do transtorno (atenção, impulsividade e hiperatividade). Silva (2009) também menciona a probabilidade da eficácia do tratamento baseado na combinação do metilfenidato com a desipramina, afirmando que “a combinação de baixas doses de desipramina e metilfenidato costuma funcionar muito bem e tem a grande vantagem de evitar que se utilizem doses mais elevadas de uma ou de outra medicação” (SILVA, 2009, p. 244). Assim, faz o destaque da ideia de que no tratamento do TDAH uma regra básica deve ser considerada: “menores doses com maior eficácia”.

No que concerne às medicações denominadas por Silva (2009) como “acessórias”, a autora define esta nomenclatura como especificação de substâncias que não são utilizadas com tanta frequência no tratamento de TDAH e suas comorbidades, mas que podem ser usadas em duas situações específicas: para amenizar efeitos colaterais da medicação principal, como no caso dos estimulantes em doses mais elevadas que podem causar muita irritabilidade, insônia ou sintomas físicos em forma de taquicardia, sudoreses ou diarreia. Ou para tratar aspectos isolados nos quais não houve melhora com a medicação principal.

2.3.1. Medicalização

Segundo a publicação do Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) de uma pesquisa realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no ano de 2014, o uso de medicalização em crianças com TDAH é um dos principais métodos de tratamento utilizados atualmente. Em alguns casos essa metodologia funciona, em meio aos seus prós e contras, e deixa a criança mais focada, concentrada, canalizando sua energia para as atividades as quais são solicitadas, mostrando inclusive, muitas vezes, melhor desempenho acadêmico do que crianças que não têm nenhum tipo de transtorno e são ditas “normais”. Porém, podemos dizer, por experiência própria, que há casos

em que a medicalização não é ministrada de forma correta, e acaba agindo apenas como inibidor em uma criança que tem energia e disposição para aprender e descobrir coisas novas.

De acordo com estudo publicado pela ANVISA: o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) do ano de 2014, com o objetivo de avaliar a melhor evidência científica disponível sobre a eficácia e segurança da medicalização no tratamento de TDAH destacou o crescimento do diagnóstico de crianças e adolescentes com o transtorno e, concomitantemente, o aumento no consumo da medicalização. Cabe frisar que o aumento na utilização de medicamentos voltados ao TDAH envolve, inclusive, o consumo não prescrito, por adultos que buscam maior rendimento acadêmico ou profissional, adultos estes que adquirem tais remédios de forma clandestina.

Segundo a ANVISA, estão aprovados no Brasil os seguintes medicamentos para TDAH: VENVANSE® (lis-dexanfetamina); RITALINA® (metilfenidato) e STRATTERA® (atomoxetina), regulamentados desde 1998, pela Portaria Nº 344, do dia de 12 de maio. De acordo com o artigo publicado no BRATS, a produção de metilfenidato, principal composto da Ritalina, aumentou de 40 kg para 226 kg, em um período de 4 anos (2002 – 2006), colocando o Brasil em segundo na lista de países que prescrevem este medicamento, perdendo apenas para os Estados Unidos. O consumo do medicamento, entre crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, aumentou cerca de 75%. Esta situação é consideravelmente alarmante.

Figura 2: Medicalização



Fonte: <http://portugalmundial.com/2014/01/pai-do-transtorno-de-deficit-de-atencao-declara-se-mentiroso/#>

Em preocupação com a situação atual referente a utilização desenfreada deste tipo de medicamento pela população, a ANVISA infere que:

Alternativas terapêuticas, como intervenções sociais, psicológicas e comportamentais para terapia do TDAH, que não foram avaliadas neste boletim, devem ser consideradas. Neste sentido, recomenda-se o uso do metilfenidato em casos **estritamente necessários** e avaliar também, a concomitância do seu uso com tratamento psicológico ou comportamental. (ANVISA, 2014, p.9; grifo nosso)

Além da relevância dos dados apresentados, o Boletim chama a atenção para o alto potencial de abuso e dependência que a Ritalina® pode causar. Portanto, “torna-se premente a adoção de debates que abordem a atual problemática do consumo indevido do metilfenidato” (ANVISA, 2014, p.9), alertando a população para os efeitos que podem ser acarretados pelo mau uso desta medicação, dentre eles, tem-se a dependência.

No trecho da publicação efetuada pela ANVISA (2014), há referência ao metilfenidato, base para os remédios comumente indicados no tratamento do TDAH, apresentando que:

O metilfenidato consta no rol dos psicotrópicos - lista A3 - da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e sua venda está condicionada à retenção da notificação de receita. Há risco de abuso e dependência e, por isso, a prescrição é controlada. Ademais, o metilfenidato é classificado como droga segundo a Lei 11343 de 200620 (ANVISA, 2014, p. 3).

Partindo da premissa de que a possibilidade de efeitos indesejados mediante a utilização do metilfenidato e de outras medicações voltadas ao TDAH é tão eminente, torna-se válida a apresentação de terapias alternativas para o transtorno em questão. Há outros tratamentos alternativos com esse objetivo, que são mais conhecidos e utilizados do que a Equoterapia, foco desta pesquisa, variando de medicalização à ações pedagógicas dentro das próprias escolas, que inegavelmente proporcionam resultados positivos na maioria dos casos. No entanto, o conhecimento de outras formas de tratamento, por parte dos profissionais que trabalham nas áreas de tratamento do TDAH, pode colaborar ainda mais no desenvolvimento de crianças que não se adaptem à convencionalidade de tratamentos mais conhecidos. Neste sentido, justificamos a relevância de nossa pesquisa, com a necessidade da busca por tratamentos que possibilitem opções para além das influências químicas, tão impregnadas no conceito de *tratamento*.

Mediante os dados apresentados e a vivência que tivemos até o momento, inferimos que é muito sério e muito triste quando uma criança acaba sendo obrigada a receber este tipo de tratamento, sem que o mesmo seja ministrado da forma correta ou até quando o tratamento não é necessário, mas por ação do capitalismo em que vivemos essa necessidade é “criada” por aqueles que prescrevem o remédio e por aqueles que o requisitam como única forma de “controlar” a criança. Essa ideia soa completamente errada, mas, infelizmente, é uma realidade com a qual nos deparamos.

O fato é que, tanto quando é usada de forma correta, como quando é usada de forma errônea, a medicalização pode causar dependência, de certa forma “aprisionando” aqueles que a utilizam, e nosso objetivo não é aprisionar as crianças, mas dar a elas liberdade para que possam aprender.

3. Equoterapia

3.1. Um pouco de história

O termo Equoterapia, foi criado pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BRASIL, 2009), com a junção de dois radicais: ‘Equo’ (do latim *Equus*) que significa cavalo e foi uma homenagem a nossa língua mãe: o latim; e ‘terapia’ (do grego *Therapeia*) que significa “ato de curar” ou “ato de reestabelecer”.

De acordo com a ANDE-BRASIL (2009), esta nomenclatura também foi adotada como uma forma de homenagem a Hipócrates de Loo (458 a 377 a.C.), considerado pai da medicina ocidental, que em sua obra, “Das Dietas”, faz menção do uso da prática equestre para a regeneração da saúde, preservação do corpo humano de muitas doenças e no tratamento de insônia. Hipócrates também destaca em sua obra que a prática equestre proporciona aos seus praticantes uma melhora em seu tônus muscular (reforçando a ideia terapêutica presente nesta prática).

Além das homenagens, o objetivo da ANDE-BRASIL com a criação deste termo, foi estabelecer uma identificação própria para esta prática, consolidando seus princípios e normas e tonando-a melhor reconhecida como método terapêutico pelos órgãos competentes.

Portanto, o termo criado, nos possibilita definir a Equoterapia como um ato de buscar o reestabelecimento da saúde, utilizando para isto o cavalo. No entanto, este tratamento possibilita resultados bem mais amplos. De acordo com a ANDE-BRASIL (2009, s.n), a Equoterapia:

É um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais.

De acordo com o material disponibilizado pela ANDE-BRASIL para realização do Curso Básico de Equoterapia (1998), em Brasília, apesar de ser pouco conhecida fora do âmbito clínico voltado à fisioterapia a trajetória da Equoterapia data de séculos atrás e, mesmo em seus primórdios, já havia indícios de seus benefícios para a saúde humana. Nos baseando neste material, apresentaremos uma linha temporal do desenvolvimento da Equoterapia no mundo.

Os primeiros indícios da utilização deste tratamento constam de 458-370 a.C., na obra de Hipócrates, “Das Dietas”, na qual o autor faz recomendações a respeito da prática equestre

e suas influências na saúde humana, principalmente no que diz respeito ao tratamento contra insônia (HORNE; CIRILLO, 1998).

Asclepíades da Prússia (124-40 a.C.) fazia indicações desta prática para algumas doenças próprias da época como artrite, hidropisia (doença causadora de acumulação de líquidos no corpo), caquexia (que causava graus extremos de enfraquecimento, de qual se origina o termo ‘caquético’), paralisia, epilepsia, letargia (que se refere a incapacidade de reagir e de expressar emoções, ou ainda ao estado de profunda e prolongada inconsciência, semelhante ao sono do profundo), estados de delírio, ataque vascular cerebral, entre outros. Além disso, Galeno (130-199 d.C.), médico particular do Imperador Marco Aurélio, recomendou-lhe a prática da equitação como forma de fazer com que este decidisse com mais rapidez, pois segundo consta, o déficit nesse quesito era uma das características do Imperador (HORNE; CIRILLO, 1998).

Segundo Horne e Cirillo (1998) ao longo dos séculos a utilização do cavalo na prática equoterápica, sem ser reconhecida ou sistematizada de acordo com esta nomenclatura, foi se tornando cada vez mais comum e seus resultados positivos se tornaram cada vez mais conhecidos, principalmente na Europa.

Afirmam os autores que na Idade Média há registros da utilização deste método pela ciência árabe, e dos benefícios trazidos pelo mesmo. Merkurialis (1569, *apud* HORNE; CIRILLO 1998) fez menção da prática equestre e do médico Galeno no trabalho com a mesma, e destaca as influências positivas de tal prática para a saúde. Thomas Sydenham (1624-1689) publicou seu livro *Tractatus de podraga (Tratado sobre a gota)* em 1681 reafirmando os benefícios da prática equestre, depois de já ter publicado em 1676, sua obra *Observationes Medicales*, na qual destacou que a montaria é a melhor coisa para fortificar e reanimar o sangue e a mente, por meio de exercícios realizados ao ar livre. Sydenham recomendou, ainda, este método como terapia para tuberculose, cólicas biliares e flatulência e até disponibilizou, durante algum tempo, alguns de seus cavalos para que pessoas pobres pudessem seguir tais recomendações (HORNE; CIRILLO, 1998).

Segundo os autores, em 1890, o fisiatra e mecanoterapeuta² suéco Gustavo Zander, afirmou que as vibrações transmitidas ao cérebro, com 180 oscilações por minuto estimulam o sistema nervoso simpático, que é responsável por estimular ações que permitem

² Profissional especializado em mecanoterapia, área da fisioterapia que faz uso de aparelhos mecânicos (halteres, molas, elásticos, bolas, cama elástica, entre outros), a fim de promover, desenvolver e restaurar a manutenção da força muscular, melhorar a mobilidade, articular a flexibilidade e a coordenação, além de ajudar no ganho de massa e potência muscular.

Fonte: Dra. Ana Carolina Nascimento, disponível em <<http://www.anacarolinanascimento.com.br/>>.

ao organismo responder a situações de estresse, como a reação de lutar, fugir ou uma discussão. Essas ações são: a aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, o aumento da adrenalina, a concentração de açúcar no sangue e pela ativação do metabolismo geral do corpo e devem ser processadas de forma automática, independentemente da nossa vontade (HORNE; CIRILLO, 1998).

Zander fez essa comprovação científica, mas sem nenhuma associação ao cavalo. Então, em 1984, quase cem anos depois, o médico e professor Dr. Dettlev Rieder, mediu as vibrações sobre o dorso do cavalo ao passo e os valores obtidos foram, exatamente, os mesmos que Zander havia recomendado com suas pesquisas (HORNE; CIRILLO, 1998).

Ainda de acordo com Horne e Cirillo (1998), em 1901, na Inglaterra, foi fundado o Hospital Ortopédico de Oswentry, em função do grande número de feridos advindos da guerra dos Boers³, que acontecia naquele momento na África do Sul. Com a intenção de quebrar a monotonia do tratamento dos mutilados, uma inglesa patronesse do hospital, resolveu levar seus cavalos para lá. Ainda que sem uma fundamentação científica ou objetivo específico para esta ação a atitude da patronesse tornou-se o primeiro registro de atividade equestre ligada a um hospital. Então em 1917, também na Inglaterra, o Hospital Universitário de Oxford, para atender o grande número de feridos da 1ª Guerra Mundial, fundou o primeiro grupo de Equoterapia, objetivando proporcionar lazer e uma variação metodológica no tratamento dos feridos.

Aos 16 anos, a dinamarquesa Liz Hartel, praticante de equitação, teve poliomielite comprometendo os movimentos de seu corpo ao ponto de ter que usar cadeira de rodas e, posteriormente, muletas. Porém, sua condição não a impediu de continuar com a equitação (apesar da decisão contrariar a todos que cuidavam dela). Então, oito anos depois, nas Olimpíadas de 1952, após competir com os melhores cavaleiros do mundo, Hartel recebeu medalha de prata em adestramento e o público só percebeu sua condição quando ela apeou do cavalo para subir ao pódio. Liz Hartel repetiu esse feito em 1956 nas Olimpíadas de Melbourne (HORNE; CIRILLO, 1998). Hartel chamou a atenção da classe médica com seus resultados, assim, em 1954 na Noruega, com o intuito de estudar a prática equestre como meio terapêutico, uma fisioterapeuta e seu noivo, que era psicólogo e instrutor de equitação

³ Nome dado aos dois conflitos travados entre o Reino Unido e as duas repúblicas bôeres independentes, o Estado Livre de Orange e a República Sul-Africana (República do Transvaal). Tais conflitos ocorrem em função da crescente expansão britânica pelo sul do continente africano, que era, até então habitado por colonos chamados de *bôeres*, que significa “fazendeiro” ou “cultivador”, daí o nome dado a guerra. Os dois conflitos ocorreram, respectivamente, de 16 de dezembro de 1880 a 23 de março de 1881 e de 11 de outubro de 1899 a 31 de maio de 1902.

Fonte: Site Infoescola, disponível em <<http://www.infoescola.com/historia/guerra-dos-boeres/>>.

formaram a primeira equipe interdisciplinar voltada a esta prática (ELSBET, *apud* HORNE e CIRILLO, 1998).

Horne e Cirillo (1998) destacam que, a partir disso, a primeira estrutura associativa foi criada em 1956 para que pessoas com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) pudessem praticar equitação acompanhadas de uma equipe, mas ainda de forma empírica. Na França a Equoterapia também foi crescendo enquanto método terapêutico, com visível desenvolvimento dos praticantes.

Em 1965, esta prática passou a ser reconhecida com maior importância, e neste mesmo ano a Equoterapia se tornou uma matéria didática na Universidade de Salpentire, em Paris. Em 1969, o Centro Hospitalar da Universidade de Salpentire possibilitou a realização do primeiro trabalho científico sobre Equoterapia. Em 1972, a Dra. Colette Picart Frintelin defendeu sua tese de doutorado na Universidade de Paris, em Val-de-Marne, sendo a primeira defesa de doutorado em medicina em reeducação equestre.

Então, em 1974, ocorre o I Congresso Internacional de Equoterapia, que passou a acontecer a cada três anos. No Congresso, realizado em Milão, foi fundada a Federação Internacional de Equoterapia (Federation Riding Disalbed International – FDRI). A partir da criação deste congresso e fundação deste órgão específico à representação da Equoterapia no mundo a prática vem se desenvolvendo e ganhando bagagem ao longo dos anos mediante estudos e discussões (HORNE; CIRILLO, 1998).

Os autores nos apresentam, ainda, que os primeiros experimentos equoterápicos no Brasil foram realizados em 1971, pelas fisioterapeutas Gabriele Walter e Elly Kogler. Em 1989, em Brasília – DF, foi fundada a Associação Nacional de Equoterapia, com a sigla oficial ANDE-BRASIL. Mas somente em 1990 é realizada a primeira sessão de Equoterapia com pacientes no Centro da ANDE-BRASIL, com o apoio de profissionais do Hospital do Aparelho Locomotor – SARAH. No ano seguinte foram realizados o

1º Encontro Nacional de Equoterapia, com o apoio da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), do Ministério da Justiça e da Universidade Paulista (UNIP - Objetivo) e o 1º Curso de Extensão de Equoterapia, ministrado pela Dra. Danièle Nicolas Cittério – Diretora da Escola Nacional da Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Equestre – ANIRE-ITÁLIA-Milão (HORNE; CIRILLO, 1998, p. 7).

Atualmente, a Equoterapia é reconhecida como método terapêutico por órgãos oficiais como o Conselho Federal de Medicina - CFM (6 de Abril de 1997), o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO (27 de Março de 2008) e a Secretaria de

Educação do Distrito Federal – SEDF. E a nomenclatura da prática está registrada no Instituto Nacional da Propriedade Industrial – INPI, sob o nº 819392529, com os seguintes serviços: de ensino e educação de qualquer natureza e grau; de caráter desportivo, recreativo, social e cultural, sem finalidade lucrativa; de caráter comunitário, filantrópico e beneficente; reabilitação a pessoas com deficiência física.

Figura 3: Equoterapia



Fonte: <http://www.criancaesaude.com.br/paralisia-cerebral/drmrangel/os-beneficios-da-equoterapia-para-criancas-especiais/>

3.2. Fundamentação

De acordo com as informações apresentadas até agora sobre a Equoterapia objetivamos deixar claro que a base deste método terapêutico é o cavalo. Mas devemos levar em consideração que a Equoterapia, apesar de ter sido uma prática que por muito tempo esteve ligada ao empirismo, possui uma explicação científica, uma justificativa para a escolha do cavalo como elemento chave deste tratamento. Além disso, há determinados profissionais necessários para a realização desta prática e as ações destes profissionais durante a mesma são extremamente importantes e determinam a forma como o praticante virá a responder ao tratamento.

3.2.1. O cavalo

A presença do cavalo na história do desenvolvimento humano é algo inegável. Desde os primórdios, utilizado como ferramenta de trabalho no campo; sempre presente em guerras por conta de sua resistência e velocidade; contribuiu para maior rapidez na comunicação, visto que foi muito utilizado na entrega de correspondências, entre outras aplicações para as quais o ser humano lhe achou serventia.

Segundo Lermontov (2004), todas essas aplicações que estreitaram as relações do homem com o cavalo ao longo dos séculos se deve ao fato de que este é um animal não agressivo, com uma grande acuidade em suas percepções tátil e auditiva, de fácil domesticação e possui a memória como facilitador em seu adestramento, além de outros fatores de sua personalidade que permitem a convivência com o ser humano em total harmonia.

Na Equoterapia, a importância de se utilizar o cavalo se deve principalmente ao fato de sua estrutura anatômica se assemelhar à do ser humano durante o caminhar

Cada passo completo do cavalo, apresenta padrões semelhantes ao do caminhar humano: o homem, ao deslocar-se, inicia seu movimento por meio de perdas e retomadas de equilíbrio e dá sequência ao seu deslocamento pela força muscular de seus membros inferiores (LERMONTOV, 2004, p. 62).

Lermontov (2004) destaca, ainda, que o deslocamento da cintura pélvica produz vibrações que são transmitidas ao cérebro, via medula, em uma frequência de 180 oscilações por minuto, lembrando um dos estudos do fisiatra e mecanoterapeuta Gustave Zander, acima citado, que apontava este número como mais adequado à saúde, sem fazer menção a possibilidade do uso do cavalo para se alcançar este resultado.

A autora afirma que não há uma raça própria para a realização da Equoterapia, nem um cavalo ideal. No entanto, algumas características básicas do animal devem ser consideradas. O animal utilizado na Equoterapia deve ser cuidadosamente escolhido, obedecendo à diversos critérios, primando sempre pela segurança do praticante. Detalhes como os antecedentes do temperamento do cavalo, a forma como ele fora treinado, qual sua reação a objetos que são usados na sessão de Equoterapia, como por exemplo, uma bola que é arremessada ou um bambolê que o praticante esteja segurando.

Além disso, conforme Lermontov (2004), o cavalo deve ter uma estatura de no máximo um metro e meio, estar em idade adulta, ou seja, acima de 10 anos, se for cavalo deve

ser castrado e se for égua há que se ter uma atenção para o período de cio, o animal não pode ser muito gordo, mas deve ter massa corporal suficiente para carregar duas pessoas, deve ser treinado para que possa ser montado tanto pelo lado direito quanto pelo lado esquerdo, e deverá ter as três andaduras regulares, ritmadas e equilibradas. Estas três andaduras são: passo, trote e galope.

- **Passo:** É o mais indicado para a Equoterapia, por conta de sua regularidade, uniformidade e ritmo. Por não produzir impacto em quem monta permite ao praticante permanecer em íntima ligação com o animal. Permite abaixar o nível de angústia e ajuda nos estados psicológicos de inibição. Além do fato de que nesse estado, por estar em menor tensão, o cavalo permite maior receptividade;
- **Trote:** Um pouco mais rápida que o passo, é uma andadura um pouco mais saltada, podendo ser comparada, no que se refere ao esforço do cavalo, a uma caminhada acelerada.
- **Galope:** É a andadura mais rápida do cavalo, na qual há um aumento de 67,5% da frequência cardíaca, podendo ser comparada ao ciclismo ou a uma corrida.

A possibilidade da utilização do cavalo em sessões de Equoterapia se deve, principalmente, à capacidade que este animal possui de conviver com o ser humano, mas essa convivência carece de um contato prévio. Por isso, antes de o praticante ir para uma sessão de Equoterapia, ele participa dos cuidados prévios com o cavalo, como o banho, a escovação do pelo, acompanha a colocação dos equipamentos, criando assim uma maior ligação com o animal, estabelecendo, realmente, vínculos afetivos, uma relação de amizade que é fundamental para desencadear a melhora do praticante, no que concerne aos resultados almejados com a prática (LERMONTOV, 2004).

Segundo a ANDE-BRASIL (2009), toda essa interação, proporciona ao praticante, novas formas de socialização, autoconfiança e autoestima, e isto pode levá-los muito além do desenvolvimento motor. Ou seja, o tratamento tem início antes mesmo das sessões propriamente ditas.

3.2.2. Os profissionais

Os praticantes deste método terapêutico passam por um encaminhamento médico, a fim de se indicar ou contraindicar esta prática mediante as características de cada indivíduo. O médico responsável por este encaminhamento será também responsável pelo respaldo à equipe da Equoterapia, no que concerne a questões clínica ou de alta do praticante.

Lermontov (2004) apresenta alguns profissionais que podem compor uma equipe multidisciplinar para a prática deste tratamento. Os profissionais que participarão diretamente das sessões são definidos de acordo com as necessidades de cada praticante. Eles podem ser:

- **Da área da saúde:** Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e psicomotricista;
- **Da área da educação:** Pedagogo, psicopedagogo e professor de educação física;
- **Da área da Equitação e do trato animal:** Instrutor de equitação, auxiliar guia, tratador, veterinário e zootecnista.

Figura 4: Colaboração



Fonte: <http://medholos.blogspot.com.br/2014/05/equoterapia-utilizando-o-cavalo-como.html>

Tendo em vista esta relação de profissões, inferimos que, os profissionais que podem trabalhar com este tipo de tratamento advêm de diversas formações. Para que possam atuar nesta área precisam se especializar realizando cursos voltados especificamente à Equoterapia.

Estes cursos de especialização são ofertados pela ANDE-BRASIL e por organizações voltadas a Equoterapia em todo o país, estes cursos são divididos em níveis e modalidades: Básico; Avançado; Equitação para a Equoterapia e Equitação para a Equoterapia em nível avançado; Aprimoramento em Equoterapia; Especialização em Equoterapia à distância; e cursos externos (ANDE-BRASIL, 2009). Formados e especializados estes profissionais trabalham em conjunto para que possam, por meio de um trabalho interdisciplinar, trazer aos praticantes cada vez mais autonomia.

3.2.3. O método

Como já fora dito, prática da Equoterapia se caracteriza, principalmente, pela presença do cavalo que se deve ao fato de este animal ter a sua andadura parecida com a do ser humano

O movimento rítmico, preciso e tridimensional do cavalo, que ao caminhar se desloca para frente/trás, para os lados e para cima/baixo, pode ser comparado com a ação da pelve humana no andar. O praticante da equoterapia é levado a manter o equilíbrio e a coordenação para movimentar simultaneamente tronco, braços, ombros, cabeça e o restante do corpo dentro de seus limites (LERMONTOV, 2004, p. 17).

Desta forma, a Equoterapia exige de seu praticante certa postura, para que ele consiga se manter em cima do animal e acompanhar seus passos. Conforme essa ‘exigência’ ocorre, o praticante é autocondicionado e é dessa forma que se dá a melhora do mesmo, principalmente no que se detém ao tônus muscular, quando o objetivo da prática em questão está voltado à coordenação motora. Mas devemos lembrar que a Equoterapia envolve também uma grande experiência social, que vai desde os cuidados preliminares com o animal antes da prática do tratamento em questão, até o contato com as pessoas no ambiente da prática equestre, com os profissionais que são responsáveis por este trabalho e com o próprio cavalo durante a Equoterapia.

De acordo com o material disponibilizado para o Curso Básico de Equoterapia pela ANDE (1999), este método terapêutico se divide em quatro programas básicos, são eles: Hipoterapia, Educação/Reeducação, Pré-esportivo e Esportivo.

A Hipoterapia se refere à condição de reabilitação, é geralmente indicada a praticantes que não conseguem se equilibrar sozinhos em cima do cavalo, e está mais voltada a indivíduos com deficiências físicas e/ou mentais. Nesse caso, o cavalo é usado principalmente como instrumento cinesioterapêutico, ou seja, como mediador de estímulos para respostas musculares.

Segundo Lermontov (2004), enquanto cavalga, o praticante sofre três forças distintas: uma de cima para baixo (plano vertical), uma força lateral (plano lateral/eixo transversal) e uma força póstero anterior (plano horizontal/eixo longitudinal). A junção dessas forças se denomina movimento tridimensional e, tendo em vista que a ação destas forças demandam uma atividade muscular do praticante para responder aos estímulos provocados, temos então justificada a classificação do cavalo neste método como cinesioterapêutico.

Educação/Reeducação é o programa que se aplica tanto a área de saúde quanto a área de educação e reeducação propriamente dita. Neste programa o praticante exerce um pouco mais de autoridade sobre o cavalo, podendo até conduzi-lo. O cavalo continua propiciando benefícios pelo seu movimento tridimensional e multidirecional, além de poder atuar como instrumento pedagógico e psicológico.

O programa Pré-esportivo pode ser aplicado tanto para reabilitação quanto para a educação. Nele o participante tem oportunidade de condução do animal e, inclusive, de realizar alguns exercícios do hipismo. Neste caso o cavalo é utilizado como instrumento de inserção social.

E, o Esportivo, pode ser aplicado na reabilitação, na educação e na socialização, além disso, o praticante pode realizar exercícios hípicas e até se preparar para competições para-questres. Nas quais os praticantes desenvolvem prazer pelo esporte, enquanto estimulador de efeitos terapêuticos, melhoram sua autoestima, autoconfiança e qualidade de vida. Além de sua inserção social ser também muito favorecida.

Levando em consideração o esforço físico que os envolvidos realizam durante a prática da Equoterapia, cada sessão dura, recomendavelmente, em média 30 minutos. E nela são utilizados alguns equipamentos, a seguir uma lista destes segundo Lermontov (2004):

- Manta grossa de lã ou de espuma: para oferecer ao cavalo e ao cavaleiro maior conforto e proteção;
- Embocadura: peça de metal constituída de duas argolas ligadas por um bocal que é colocado na boca do cavalo, por meio do qual o cavaleiro lhe enviará os comando;

- Cabeçada: tira de couro que se coloca na cabeça do cavalo, para indicar ao mesmo o caminho que será percorrido com o cavalo durante a sessão de tratamento;
- Cilhão: tira larga de couro acolchoada com duas argolas para se segurar, que é colocada no dorso do cavalo e tem um estribo (peça de metal que serve para o cavaleiro apoiar os pés) de cada lado.
- Materiais de estimulação: bastão, bambolê, bola, jogos, argolas, bandeiras, cones, balizas, entre outros, dependendo de cada caso clínico.

Figura 5: Exercício equoterápico



Fonte: <http://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2014/07/projeto-de-equoterapia-visa-auxiliar-desenvolvimento-fisico-e-intelectual.html>

3.2.4. Benefícios e contraindicações

Os benefícios desta prática, como já salientamos, envolvem aspectos físicos e/ou psicomotores, sociais e psicológicos. Dentre os benefícios físicos e psicomotores podemos incluir: melhora no equilíbrio, coordenação motora, melhora na postura, adequação do tônus

muscular (relaxamento ou aumento do tônus), alongamento e flexibilidade muscular, dissociação de movimentos, consciência corporal (esquema e imagem corporal), melhorias na respiração e circulação, integração dos sentidos, funções intelectiva (cognição), fala e linguagem, entre outros (LERMONTOV, 2004).

No que se refere aos benefícios sociais, o praticante tende a diminuir a agressividade, se torna mais sociável, possibilitando uma maior facilidade na construção de amizades. Além disso, o praticante desenvolve habilidades de percepção. Há um enriquecimento de experiências, visto que mesmo as sessões de Equoterapia sendo individuais os praticantes acabam se encontrando no picadeiro, além das próprias relações estabelecidas entre praticantes, cavalos e profissionais envolvidos.

Quanto aos benefícios psicológicos, Lermontov (2004) destaca: autoconfiança/autoestima, no sentido de que durante a terapia o praticante tem a oportunidade de ter controle sobre um animal muito maior e mais forte, o que se torna algo grandioso a “sensação de ser capaz, de poder realizar bem alguma coisa, pode ser considerada uma tarefa muito fácil para pessoas ditas “normais”, mas para o portador de deficiência isso o fortalece e ele se sentirá uma pessoa normal, capaz” (LERMONTOV, 2004, p. 97).

A autora enfatiza, também, o bem-estar, o interesse pelo “mundo exterior” e as relações que o praticante consegue estabelecer com o meio, levando em consideração a forma como a mesma é realizada, em meio a diversas pessoas (profissionais e outros praticantes), em contato com um animal amigável e encantador, ao ar livre, em um meio ambiente natural, distante do aspecto hospitalar, possibilitando a realização de uma terapia descontraída e agradável.

Lermontov (2004) destaca, no entanto, que assim como em qualquer outro tipo de método terapêutico, pode haver algumas restrições na Equoterapia para algumas pessoas. Portanto, faz-se necessária uma avaliação médica, na qual o praticante possa confirmar se está apto ou não a fazer Equoterapia. Dentre as contraindicações, Lermontov (2004) destaca algumas:

- Epilepsia não controlada;
- Cardiopatias agudas;
- Instabilidades da coluna vertebral;
- Graves afecções da coluna cervical, como hérnia de disco;
- Luxações de ombro ou de quadril;
- Hemofílicos e leucêmicos (dependendo do caso); entre outros.

Analisando as características do tratamento e os benefícios elencados até o momento, inferimos que, a Equoterapia é um método terapêutico no qual o praticante tem a oportunidade de vivenciar diversas experiências, com relação ao seu próprio corpo e mente e com o meio no qual está inserido. Indo muito além do que outros tratamentos voltados ao TDAH, baseados em reações químicas que exerçam controle sobre o indivíduo, podem oferecer.

4. A Equoterapia como tratamento do TDAH

De acordo com Alves (1998), a Equoterapia, com o objetivo de amenizar as características do TDAH no comportamento humano, se baseia no pressuposto de que, a partir das interações, das relações estabelecidas com o meio, das experiências proporcionadas por esta terapêutica, pode-se haver o desenvolvimento do autocontrole comportamental, principalmente, em situações que careçam desta destreza de forma individual, como por exemplo, no momento de se dedicar a alguma ação que exija maior concentração, ou de se terminar determinada atividade, de se sentir confiante para minimamente tentar realizar determinadas tarefas, entre outras situações. Neste sentido a autora afirma que:

A busca pela modificação do comportamento apropriado em ações que demandam coragem, equilíbrio, concentração e companheirismo fortalecem a confiança em si e no outro, modificando, conseqüentemente, também o ambiente, integrando os aspectos biológico-sociais da criança (ALVES, 1998, p.85).

Figura 6: Criando vínculos.



Fonte: <http://g1.globo.com/mg/centro-oeste/noticia/2016/02/pacientes-com-deficiencia-apresentam-melhorias-apos-equoterapia-em-mg.html>

A autora realizou uma pesquisa na qual quatro crianças, com idades de 10 a 14 anos, divididas em dois grupos, foram submetidas ao tratamento equoterápico durante um período de 6 meses. Cada grupo sob uma metodologia diferente, mas ambos com base na Equoterapia. Os resultados apresentados foram muito significativos, pois de acordo com o acompanhamento, durante o período de seis meses, foi possível perceber o desenvolvimento cognitivo equivalente a dois anos.

Alves (1998) destaca, dentre as características observadas redução nos níveis de ansiedade, uma grande capacidade de contribuição (com o outro) e concentração, desenvolvimento psicomotor e autoconfiança. Mediante tais observações, a autora infere que

[...] equoterapia foi fator importante para a evolução e mudança de atitude das crianças pesquisadas e que o uso do salto representou um diferencial para este resultado. Nós indicamos, portanto, a inserção do salto como um instrumento de mediação para este tipo de clientela fruto deste estudo, recomendando, ainda, iniciar com crianças pequenas e que a duração desta intervenção seja definida pelas ações conjuntas dos segmentos envolvidos (saúde, educação, a família e os profissionais de equoterapia) (ALVES, 1998, p.91).

Niehues e Niehues (2014) apresentam considerações acerca das influências do tratamento equoterápico no âmbito pedagógico. Salientando basicamente os mesmos benefícios que já destacamos até aqui, as autoras enfatizam que cavalgar gera no paciente o sentimento de liberdade, confiança e capacidade, proporcionando, por conseguinte, o aumento da autoestima e da autoconfiança, além da noção de limite e de responsabilidade. Assim, o praticante passa a se sentir capaz na realização de atividades cotidianas até então inibidas, como por exemplo, as atividades escolares.

As crianças com TDAH que praticam equoterapia, devido às passadas repetidas do cavalo, caminho, magnitude, constância e cadência geram experiências referentes ao movimento, espaço, tempo e dimensão, sendo destarte uma terapia abundante em estímulos psicomotores. Em suma, o movimento corporal que ocorre na equoterapia favorece importantes experiências somatossensoriais e os ganhos neuropsicomotores podem ser vistos no equilíbrio, lateralidade, coordenação motora global e das simetrias, alinhamento corporal, sistema sensorial (visual, tátil, auditiva), concentração, atenção como também na orientação/organização espacial e capacidade executiva. Esta intervenção gera situações distintas e estímulos aferentes adequados ao córtex podendo influenciar todo sistema cortical e assim auxiliar indiretamente a melhorado processo de ensino-aprendizagem (NIEHUES; NIEHUES, 2014, p. 124).

Segundo as autoras, a Equoterapia funciona como instrumento facilitador do processo de ensino e aprendizagem, tendo em vista que no caso do TDAH, o tratamento tem por

objetivo, por meio do contato com o animal, tornar a criança mais atenta e a perceptiva no que se refere a autoanálise de suas dificuldades. As autoras explicam que

As atividades com o cavalo, devido seus benefícios neurofisiológicos, é uma prática funcional para crianças “agitadas”, pois as mesmas precisam de concentração e atenção para que possam se manter sobre o cavalo de maneira independente, assim os profissionais possuem um vasto leque de oportunidades para o desenvolvimento da criança. (NIEHUES e NIEHUES, 2014, p. 124)

Portanto, a Equoterapia no tratamento de crianças com TDAH, tem sua objetividade voltada ao desenvolvimento da autoestima/autoconfiança, das noções de limites e de responsabilidade, do controle da ansiedade e da agitação, em concomitância ao controle dos níveis de agressividade, que influenciam também, nas relações construídas no meio em que se vive e, em função de todos estes fatores, uma consequente melhora no desenvolvimento escolar

5. Considerações Finais

A Equoterapia, em função de suas características metodológicas, transpõe a imagem de uma prática terapêutica voltada ao desenvolvimento motor de pessoas com necessidades especiais. Ao longo desta pesquisa, nos foi possível perceber que o objetivo deste tratamento vai muito além do desenvolvimento físico.

Durante muitos anos, a prática da equitação trouxe notórias melhoras a pacientes com diversas especificidades, em várias partes do mundo, mas a princípio não havia uma sistematização desta prática, enquanto método terapêutico. A descoberta da real influência da equitação, na vida daqueles que a praticavam, gerou um movimento que atualmente tem trazido resultados muito positivos e cada vez mais conhecidos no âmbito da saúde.

Ao realizar o tratamento equoterápico, os praticantes têm a oportunidade de desenvolverem aspectos físicos/psicomotores, sociais e psicológicos. O contato com a natureza, com o cavalo, com as pessoas e a forma como esse contato ocorre proporciona aos praticantes a sensação de capacidade, que muitas vezes é tirada deles pela sociedade que os julga “impossibilitados” de se desenvolverem como as pessoas ditas “normais”.

No caso do TDAH, foco de nossa pesquisa, o “julgamento” em questão, considera as crianças com TDAH impossibilitadas de se encaixarem nos padrões comportamentais estabelecidos pela sociedade apenas pela força da própria vontade, e assim determina que estas crianças precisam de uma medicalização que as ajudem a se encaixarem nesses padrões. Mas a questão é: até que ponto se faz realmente necessário o uso de medicalização em uma criança com TDAH?

Embora alguns autores sejam favoráveis aos benefícios trazidos pela uma medicalização, sob as ressalvas de uma aplicação correta do tratamento, um acompanhamento adequado de profissionais responsáveis, afirmando que tal método pode colaborar para o desenvolvimento acadêmico de um indivíduo, há diversas controvérsias acerca deste método a serem consideradas. O fato, é que nem sempre a medicalização é ministrada nas condições previstas em regulamentação estabelecida pela ANVISA, o acompanhamento que deveria ser realizado nem sempre ocorre da maneira como deveria, portanto torna-se incoerente a afirmação imutável de que uma criança com TDAH precisa e será beneficiada pelos efeitos da medicalização.

Mediante o trabalho realizado, inferimos que a Equoterapia pode colaborar significativamente no desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem de uma criança com TDAH e tem potencial para diminuir o uso da medicalização consideravelmente, tendo

em vista pesquisas que apresentaram resultados satisfatórios na vida escolar de crianças que se submeteram ao tratamento. Portanto, podemos dizer que a medicalização possui um papel importante na vida de crianças com TDAH que realmente necessitam fazer uso da mesma, mas existem maneiras alternativas, naturais, eficientes e verdadeiramente agradáveis de se alcançar os resultados almejados para a vida dessas crianças.

Figura 7: Amizade



Fonte: <http://www.mundoequo.org.br/2011/07/equipamentos-utilizados-na-equoterapia.html>

6. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – BRATS. Ano VIII, nº23, março de 2014. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+\(BRATS\)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187?version=1.1](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+(BRATS)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187?version=1.1)> Acesso em 28 Ago 2016.

ALVES, Antonieta Martins. **Alternativas pedagógicas para minimizar a ansiedade e aumentar a concentração em crianças com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH: os saltos da equoterapia em questão**. In: Apostila do Curso Básico de Equoterapia. Brasília, DF. 1998.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, ANDE – Brasil. **Equoterapia: O método**. 2009. Disponível em: <http://Equoterapia.org.br/articles/index/article_detail/142/2022> Acesso em: 21 nov 2015.

_____. **Bases e fundamentos doutrinários da Equoterapia no Brasil**. In: Apostila do Curso Básico de Equoterapia. Brasília, DF. 1998.

BELLI, A. A. **Tdah! E agora?: a dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade**. – São Paulo: Editora STS, 1ª edição: out., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Nº 344, de 12 de maio, 1998**.

HORNE, A. R. C.; CIRILLO, L. C. **Histórico da Equoterapia no Mundo**. In: Apostila do curso básico de Equoterapia. Brasília, DF. 1998.

LERMONTOV, Tatiana. **A psicomotricidade na Equoterapia**. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

NIEHUES, Janaina Rocha. NIEHUES, Mariane Rocha. **Equoterapia no Tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Implicações Pedagógicas**. UFSC, Araranguá-SC, Brasil. In: **Revista Neurociências**, Vol. 22, p. 121-126. São Paulo, 2014.

ROHDE, Luis Augusto; HALPERN, Ricardo. **Transtorno de déficit de atenção /hiperatividade**. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2004.

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade**. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 22. s.2. São Paulo, Dez. 2000.

ROSÁRIO, M. C. do. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: Uma conversa com educadores**. Projeto Inclusão Sustentável (PROIS). Unifesp, SP. 2011.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes Inquietas**: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva, 2009.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4ed. São Paulo, Martins Fontes, 1991. p. 168

