

Vânia Alexandra de Matos Freitas

**Análise das abordagens e  
estratégias de intervenção usadas  
na Equitação com Fins  
Terapêuticos**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
MESTRE

Orientação

*Prof.<sup>a</sup> Doutora Mónica Silveira Maia*

MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL:  
MULTIDEFICIÊNCIA E PROBLEMAS DE COGNIÇÃO

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que cooperaram de forma significativa para a realização deste trabalho, sem as quais não seria possível realizar o mesmo.

Venho por este meio manifestar os meus sentimentos de gratidão e carinho àqueles que prestaram o seu contributo, tornando viável a realização desta investigação, em especial:

À minha orientadora, Professora Doutora Mónica Silveira Maia, pela honra que me concedeu ao poder privar da sua coordenação, através dos seus diversos conselhos e pelo tempo que me concedeu. Do seu auxílio precioso e pela sua compreensão ao longo de todo o processo.

Aos profissionais dos vários centros hípicas.

Aos pais dos alunos que participaram no estudo, pela sua abertura e recepção ao estudo.

Aos meus pais e irmão que me encorajaram nesta caminhada para alcançar mais um objectivo, uma nova etapa no meu percurso profissional

## RESUMO

**Objectivos:** Com este trabalho pretendemos identificar e sistematizar linhas orientadoras referentes a boas práticas na implementação da equitação com fins terapêuticos, bem como, examinar as dimensões de impacto desta intervenção sobre crianças/jovens em situação de incapacidade.

**Método:** Este trabalho desenvolveu-se em torno de três planos de estudo. O primeiro consistiu numa revisão sistemática da literatura, onde foram analisados 60 estudos que reportavam a implementação da intervenção em foco. Num segundo estudo, focado na perspectiva de peritos na implementação da terapia, foram desenvolvidos dois grupos focais com 12 participantes, recrutados mediante amostragem de conveniência. No terceiro estudo, exploramos a perspectiva de dez pais sobre esta terapia - também eles seleccionados por conveniência -, através da realização de uma entrevista semi-estruturada. Os grupos focais e as entrevistas foram objeto de gravação áudio, com posterior transcrição e análise de conteúdo.

**Resultados/ Discussão:** Os resultados deste estudo parecem sugerir um consenso alargado no que se refere ao impacto positivo da Equitação com Fins Terapêuticos em dimensões da funcionalidade que se reportam, não só, a aspectos da mobilidade, mas também, a aspectos da interação/ comunicação e competências subjacentes à aprendizagem - frequentemente nomeados na análise do impacto em contexto escolar. Abordagens associadas ao sucesso e às boas práticas, foram alocadas a factores relativos à qualidade técnica dos profissionais, à segurança e à necessidade de avaliar e definir objetivos para cada criança/ jovem.

**Palavras-chave:** Equitação com fins Terapêuticos, incapacidade, necessidades adicionais de suporte, inclusão.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** This study aimed to identify and systematize guidelines leading good practices in the implementation of horseback riding with therapeutic purposes, as well as, examine the impact dimensions of this intervention on children/young people with disability.

**Method:** Three study plans were used. The first consisted in systematic literature revision, where 60 studies were analyzed. These reported the implementation of interventions mediated the therapy in examination. A second study, focused on the perspective of experts in the therapy implementation, two focus groups, with 12 participants each, were developed recruited in a sampling of convenience. In a third study, we explored the perspective of ten parents about this therapy, through semi structured interviews. The focus groups and the interviews were recorded with subsequent transcription and content analysis.

**Results/ Discussion:** The results of this study seem to suggest a broadened consensus in what refers to the positive impact of horseback riding with therapeutic purposes in the dimension functionality, that report not only to mobility aspects, but also to aspects of interaction/communication and competences pertaining to learning – frequently named in the analysis of the impact in scholar context. Approaches associated with the success and good practices, were attributed to factors relative to the technical quality of the professionals, to security and the necessity to evaluate and define objectives for each children/young person.

**Keywords:** Horseback Riding with Therapeutical purposes, disability, additional support necessities, inclusion.

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. Introdução   | 1  |
| 2. Enquadramento teórico-conceptual   | 4  |
| 2.1. Aspectos a fundamentar o uso do cavalo na promoção do desenvolvimento e funcionalidade | 7  |
| 2.1.1. Impacto nas funções neuromusculoesqueléticas   | 7  |
| 2.1.2. Impacto nos domínios cognitivo, social e da comunicação                              | 11 |
| 2.2. Boas práticas na equitação com fins terapêuticos                                       | 14 |
| 2.3. Contribuição da equitação com fins terapêuticos nos processos de inclusão              | 17 |
| 3. Método   |    |
| 3.1. Estudo 1   | 19 |
| 3.2. Estudo 2 e 3   | 22 |
| 3.3. Procedimentos  | 27 |
| 4. Resultados   | 28 |
| 4.1. Estudo 1: revisão sistemática  | 29 |
| 4.2. Estudo 2: grupos focais  | 44 |
| 4.3. Estudo 3: entrevista aos pais  | 49 |
| 5. Discussão  | 53 |
| 6. Conclusão  | 58 |
| 7. Bibliografia   | 59 |

# 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Equitação com fins Terapêuticos tem vindo a constituir um recurso procurado pelas famílias e profissionais no âmbito da intervenção dirigida a crianças e jovens com necessidades adicionais de suporte, sendo definida como uma terapia complementar onde o cavalo é usado no processo educativo e/ou de reabilitação de restrições de natureza física, mental ou social (Costa-Neto, 2005; Tavares & Lobo, 2013; Monteiro, 2007).

A emergência desta terapia enquanto método de intervenção encontra fundamento na aparente relação entre as propriedades/potencialidades do contacto com o cavalo e o desenvolvimento biopsicossocial da criança/ jovem (*e.g.*, Ávila & Fernandes, 2002; Araújo & Ramos, 2011). Muito embora carecendo de validação mais robusta, vários têm sido os estudos a reportar indicadores positivos nos domínios do desenvolvimento motor (*e.g.*, Gregório & Krueger, 2013; Ribeiro, 2006), comunicacional (*e.g.*, Borges de Andrade, 2010; Leitão, 2003), e comportamental (*e.g.*, Gimenes & Emília de Andrade, 2004; Bass & Duchowny, 2009) após período terapêutico mediado com o cavalo.

Perante a emergência destas evidências, começa a ver-se sublinhada a necessidade de mobilizar esforços que visem a sistematização de procedimentos de avaliação e intervenção que corporizem guiões de boas práticas neste domínio. Como qualquer outro contexto de atuação que em si consubstancia propriedades de enriquecimento e desenvolvimento, sabemos que é na condução das práticas e na mediação do contacto da criança/ jovem com os estímulos do meio que encerra o sucesso de uma determinada

abordagem. Contudo - à semelhança do caminho seguido pela emergência de qualquer outra abordagem ou método de intervenção -, a literatura reportada à Equitação com fins Terapêuticos tem sido absorvida pela premência de encontrar sustentação empírica para a eficácia da sua implementação, avançando poucas diretrizes sobre a forma / prática de dirigir o processo terapêutico (*e.g.*, Tannus, 2006; Ferrari, 2009). Aspectos como a duração, os profissionais envolvidos, as abordagens e estratégias usadas no processo de preparação e condução das sessões são ainda pouco revelados na descrição das intervenções, bem como, na definição de linhas orientadoras de boas práticas. Esta perspectiva é de certa forma reflectida nas práticas, onde Dotti (2005) sublinha a necessidade de ser criada uma entidade que defina o código deontológico que possa regular o exercício desta atividade, bem como, a necessidade de definir um perfil de competências e conhecimentos a que se devem reportar os profissionais nela envolvidos.

A par da necessidade de se sistematizarem aspectos procedimentais, a crescente articulação desta terapia com os serviços de apoio das escolas para alunos com necessidades adicionais de suporte tem vindo a salientar a necessidade de apurar em que medida os resultados desta terapêutica, ultrapassam indicadores de progresso colocados a nível individual, para contribuir efetivamente no processo de inclusão e participação das crianças/jovens nos seus contextos de vida. Esta necessidade de analisar possíveis contribuições da terapia nos contextos de participação da criança/jovem, é transparecida em linhas de investigação que procuram para além dos efeitos de cariz desenvolvimental ou reabilitativo, definir o impacto desta terapia ao nível da funcionalidade e inclusão das crianças (*e.g.*, Sterba, 2007; Rotta, 2002; McGibbon, Murphy & Kahn-D'Angelo 2008; Pierobon, 2008; Benda, 2009). Alguns exemplos disso mesmo são os estudos que - ainda em pequeno

número -, vão sugerindo efeitos positivos da terapia sobre factores como maior comunicação com pares, regulação do comportamento na sala de aula, autoconfiança, segurança, disciplina, concentração e bem-estar (*e.g.*, Silva, Bastani & Carvalho; 2011; Brito,1993). Contudo, o estudo dos efeitos da terapia em aspectos de participação e funcionalidade carecem de amplificação e, sobretudo, de uma análise compreensiva que permita aferir que tipo de abordagens/ estratégias estão associadas à generalização dos resultados aos contextos de vida da criança.

Assim, mostrando-se ainda embrionária a avaliação sistemática dos seus efeitos ao nível do desenvolvimento, mas sobretudo, a nível funcional e de participação, bem como, a identificação de variáveis ou factores que contribuam para o seu sucesso (abordagens/ estratégias na condução da terapia), com este estudo pretendemos identificar e sistematizar linhas orientadoras referentes a boas práticas na implementação da Equitação com fins Terapêuticos, bem como, examinar as dimensões de impacto destas intervenções sobre crianças/jovens em situação de incapacidade. Este objectivo encontra-se traduzido em três questões de investigação: (i) quais as evidências da eficácia da terapia sobre aspectos desenvolvimentais e da funcionalidade das crianças?; (ii) que abordagens, métodos e estratégias parecem definir as boas práticas na implementação desta terapia? (iii) e que implicações tem esta intervenção na promoção do processo de inclusão em contexto educativo?

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Desde muito cedo na história, encontram-se referências ao ato de montar a cavalo como uma experiência com sentido educativo, pedagógico, terapêutico e recreativo. Algumas delas referem-se a registros de Hipócrates (458-377 a.C) que remetiam para a prescrição da equitação como remédio contra as insónias; também Asclepiades, de Prusa (124-40 a.C), aconselhava-a como procedimento em casos de epilepsia e de paralisia.

Contudo, foi após a 1ª Guerra Mundial que o uso do cavalo começou a fazer parte do contexto da terapia médica, tendo sido os países escandinavos os primeiros a executar esta prática. Atualmente, a Federação Internacional de Equitação com fins Terapêuticos (FRDI - *The Federation of Riding for the Disabled International*) - criada em 1985 -, congrega mais de 30 associações de vários países, entre elas: a Riding for Disable Association (RDA) em Inglaterra desde 1968; a Association Nationale de Reeducation per L'Equitation (ANDRE), em França desde 1970; North American Riding for the Handicapped Association (NARHA) desde 1969; e a Associazione Nazionale Italiana de Reabilitazione Equestre (ANIRE) desde 1977 (Freire, 1999). No Brasil, a Equoterapia teve início em 1985 com a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil).

Segundo Debuse, Chandler e Gibb (2005), atualmente na Alemanha existem sensivelmente 925 locais para a execução desta terapia, em França são mais de 700 e, na Bélgica, mais de 300. Não existe em Portugal informação oficial referente ao número de centros destinados ao exercício desta terapia, contudo poder-se-á - com base na identificação de serviços

anunciados na web - supor a existência de mais de 30 locais onde se desenvolvem atividades relativas à Equitação com fins Terapêuticos.

O surgimento do uso do cavalo como mediador de atividades potencialmente favorecedoras do desenvolvimento das crianças/ indivíduos tem vindo a ser apresentada sobre diferentes metodologias e abordagens - cada uma delas com diferentes designações. Em Portugal, utiliza-se o modelo da FRDI (2006) que conjuga aspectos de três abordagens: a Hipoterapia, a Equitação Terapêutica e a Equitação Adaptada. Cada um destes modelos/ abordagens com características muito específicas relativamente ao cavaleiro, objectivos, profissional responsável e formas de atuação.

A Hipoterapia é uma abordagem de orientação clínica que é conduzida por profissionais de saúde com o apoio de instrutores de equitação e cavalos treinados para o efeito (Leitão, 2008). É utilizada quando os objectivos neuro-motores são específicos e prioritários no processo de reabilitação da pessoa. Orientada para obter contributos de reabilitação neuromotora (Guimarães, 1998), esta abordagem pode dirigir-se a uma ampla variedade de patologias e é aconselhada apenas mediante encaminhamento médico (Federation of Riding for the Disabled International, 2006). Podendo, em função dos objectivos definidos, ser adoptados vários posicionamentos pelo cavaleiro (*e.g.*, decúbito dorsal ou ventral longitudinal ou transversal; sentado com ou sem apoio de outro cavaleiro), nesta abordagem - dado dirigir-se, em muitas ocasiões, a indivíduos com pouco, ou nenhum, controlo de cabeça e/ou com problemas de equilíbrio -, utiliza-se com frequência o *backriding*, que consiste numa técnica em que o terapeuta monta o cavalo atrás do cavaleiro (Silveira & Wibelinger, 2010).

Outra abordagem é a Equitação Terapêutica. Distingue-se da Hipoterapia por se referir a objectivos psicomotores, mais direccionados para

necessidades específicas da área educacional, psicológica ou cognitiva (Lobo, 2003). Podem também ser contemplados progressos na aprendizagem da equitação. O responsável é geralmente o técnico de saúde/ educação ou o instrutor, que trabalha em estreita parceria com todos os intervenientes no processo de reabilitação (educadores, psicólogos e terapeutas) para a definição de objectivos e estratégias de intervenção (Dotti, 2005; Lobo, 2003).

A Equitação Adaptada, começando a orientar-se para objectivos de lazer e ou de competição, contempla um trabalho entre o monitor de Equitação Terapêutica e o cavaleiro para o desenvolvimento de competências equestres, com o intuito de englobarem uma variedade de situações tais como o lazer, aumentar a forma física, a solidificação da autoestima e do espírito competitivo. O técnico responsável é o instrutor (*e.g.*, Costa & Faria, 2005).

Assim, a Equitação com fins Terapêuticos<sup>1</sup> tem sido definida como um termo chapéu para tratamentos que incorporam atividades com equinos e / ou o ambiente de equinos. É organizado por profissionais credenciados com a principal intenção de facilitar o crescimento pessoal e desenvolvimento de competências para a vida através de interações com equinos (Dotti, 2005). Consubstanciando um método terapêutico e educacional que emprega o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas da saúde, educação e equitação, esta abordagem tem em vista a promoção do desenvolvimento biopsicossocial de pessoas em situação de incapacidade (Dotti, 2005).

---

<sup>1</sup> Pelo facto de constituir um termo chapéu para todas as atividades que se definam por usar ambientes de equinos com fins de promoção da funcionalidade e do desenvolvimento, neste estudo a abordagem e nomenclatura usada recairá sobre o termo Equitação com fins terapêuticos, englobando, portanto, a Hipoterapia, a Equitação Terapêutica e a Equitação Adaptada, como três valências que se distinguem entre si através dos objetivos, profissionais, responsáveis e formas de atuação.

## 2.1. ASPETOS A FUNDAMENTAR O USO DO CAVALO NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO E FUNCIONALIDADE

Vários estudos internacionais e nacionais têm vindo a documentar benefícios ligados à prática de Equitação com fins Terapêuticos, nomeadamente ao nível do desenvolvimento motor, emocional, cognitivo, da linguagem e social (Dotti, 2005; Lermontov, 2004; Leitão, 2004; Espindula et al., 2000; Davis et al., 2009). Com base nestas linhas de impacto, pode-se distinguir na literatura dois discursos distintos na argumentação dos benefícios desta terapia. Um assente nas propriedades do movimento do cavalo e seu impacto em aspectos da função neuro-motora da criança; e um outro que reporta a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento de competências no domínio cognitivo, social e da comunicação.

### 2.1.1. Impacto nas funções neuromusculoesqueléticas

A utilização do cavalo como recurso terapêutico é fundamentada em primeiro plano pelas propriedades do seu movimento. Ao andar, o seu centro de gravidade desloca-se em movimentos tridimensionais reproduzidos no seu dorso. Durante a terapia, o cavalo efetua à volta de 1.800 a 2.250 ajustes tónicos, cerca de 90 a 110 impulsos multidimensionais por minuto que originam movimentos simétricos e rítmicos. Estes movimentos geram consequências terapêuticas por produzirem um movimento idêntico ao da marcha humana (Lermontov, 2004). Não estando nunca totalmente parado, o cavalo transmite ao cavaleiro inúmeros movimentos: a troca de apoios dos

membros, o deslocamento da cabeça ao olhar para os lados, as flexões da coluna, os movimentos do pescoço, entre outros. Todos eles originam no cavaleiro um ajuste tónico, com o objetivo de responder aos desequilíbrios provocados por esses movimentos (Vilela, 2007).

O cavalo tem três tipos de andamentos, ou seja, três formas de deslocamento: passo, trote e galope. Os estímulos passados ao cavaleiro, bem como o seu impacto, diferem nos três andamentos.

O passo é um andamento marchado, simétrico, basculado e a quatro tempos, sendo a sequência das batidas a seguinte: posterior direito, anterior direito, posterior esquerdo e anterior esquerdo (Pombeiro, Almeida e Sequeira, 2006). Toda esta sequência de movimentos que compõem um ciclo de marcha do cavalo cria movimentos ântero-posteriores de aceleração/desaceleração, o que estimula as reações de equilíbrio, extensão protetiva e rectificação, bem como mecanismos antecipatórios e compensatórios do cavaleiro, estimulando assim o controlo postural. O movimento do cavalo a passo é o mais utilizado na Hipoterapia, pois os impulsos que este transmite ao cavaleiro repetem-se em maior número. É também neste tipo de andamento que o cavaleiro recebe os movimentos tridimensionais transmitidos pelo andar do cavalo semelhante à marcha humana (Oliveira, 2002).

O trote é um andamento saltado, simétrico e a dois tempos. O cavalo progride saltando de uma diagonal associada (anterior direito + posterior esquerdo) para outra (anterior esquerda + posterior direita), separadas por um período de suspensão. Os movimentos transmitidos ao corpo do cavaleiro são amortecidos pelos discos intervertebrais e pela articulação da anca, joelho e tibiotársica. Quando este amortecimento é plenamente conseguido, o cavaleiro parece estar unido com o cavalo, permanecendo aparentemente

imóvel em cima de um animal em movimento (Oliveira, 2002; Pombeiro, Almeida & Sequeira, 2006). O cavalo a trote pode transmitir à pessoa cerca de 110 movimentos por minuto. Como resultado, ocorre uma estimulação de todos os músculos na zona corporal, desde o coxis até a cabeça. O tónus aumenta devidos aos constantes movimentos do cavalo que, neste caso, são fortes e compassados.

O galope é um andamento saltado, assimétrico, basculado e a três tempos, seguidos de um período de suspensão. A sequência das batidas no galope para a esquerda é: posterior direito, diagonal direita (anterior direito + posterior esquerdo), anterior esquerdo, seguido do momento de suspensão. O efeito no cavaleiro é um movimento de bascula da pélvis a fim de acompanhar o movimento antero-posterior e um amortecimento do movimento vertical pelos discos intervertebrais e articulações (Oliveira, 2002; Pombeiro, Almeida e Sequeira, 2006). Segundo Miranda (2000), a adaptação do cavaleiro a estes estímulos é realizada através de movimentos reflexos e voluntários.

O trote e o galope são andamentos menos empregados, a principal razão é que são andamentos saltados, ou seja movimentos mais “rápidos e bruscos, exigindo do cavaleiro mais força” (Medeiros & Dias, 2008:15) e naturalmente um maior esforço. Assim, estes andamentos são utilizados com maior frequência na modalidade de Equitação Adaptada, onde, geralmente, as crianças/jovens apresentam melhor condição no domínio motor. Apesar do passo ser o andamento mais utilizado na prática da Equitação com fins Terapêuticos, todos os andamentos apresentam características que podem vir a favorecer as competências motoras.

Sobre o domínio motor são essencialmente cinco as funções referidas como sendo alvo de uma influência positiva da Equitação com fins

Terapêuticos: o tónus muscular; equilíbrio; percepção corporal e planeamento motor; e a coordenação motora.

Um efeito de normalização do tónus muscular tem sido descrito como um resultado obtido através do movimento do passo do cavalo e do calor do seu corpo (Lermontov, 2004). O tipo de passo do cavalo parece ter efeitos diferenciais sobre o tónus, tendo reportado Fonseca (2010) que o trote possibilita o aumento do tónus muscular, havendo outros autores (Zadnikar e Kastrin, 2011) que referenciam situação de relaxamento e flexibilidade muscular aquando do passo.

Outro *outcome* amplamente reportado diz respeito ao equilíbrio - componente fundamental na organização psicomotora (Fonseca, 2010). Vários autores reportam aumento do desempenho do cavaleiro no equilíbrio (*e.g.*, Alves, 2009; Dotti, 2005; Hammer & Oberg, 2005; Lermontov, 2004) uma vez que o movimento do cavalo instiga constantes reajustamentos posturais do cavaleiro (Haehl, 1994). A movimentação do cavalo estimula o controlo do tronco e da cabeça, através de reações de equilíbrio e de alinhamento (*e.g.*, Peniche & Frazão, 2002; Shurtleff & Engsborg, 2010), promovendo a simetria muscular do tronco e da anca (Snider & Saleh, 2007).

Este processo é ajudado pelos estímulos que são remetidos aos sistemas proprioceptivos do cavaleiro (Vilela, 2007). De acordo com Lallery (1988), as informações proprioceptivas incitam uma nova percepção corporal, que possibilita a criação de novos esquemas motores (Fonseca, 2010; Dotti, 2005; Uzun, 2005). Através de atividades sugeridas para este fim, esta terapia facilita a orientação espacial e desenvolve a estruturação temporal (Dotti, 2005) e rítmica (Uzun, 2005) e elementos da estruturação espaciotemporal (Fonseca, 2010). É por isso argumentado - com sustentação empírica (*e.g.*,

Snider et al., 2007; Winchester & Winkley, 2002) - que o contacto como o cavalo promove o desenvolvimento do planeamento motor.

Por consequência, a coordenação motora é outro dos benefícios narrados por vários autores. Dotti (2005) reporta que vários indivíduos com síndrome de Down, esclerose múltipla ou perturbações do espectro do autismo melhoram a coordenação motora através dos movimentos do cavalo. Leitão (2004) acrescenta que a Equitação com fins Terapêuticos possibilita que os cavaleiros elevem o seu nível de autosuficiência em tarefas que requerem a coordenação, por exigir a ação conjunta dos membros inferiores e superiores.

### 2.1.2. Impacto nos domínios cognitivo, social e da comunicação

Numa revisão sistemática levada a cabo por Escobar (2011), foram realçados os benefícios da Equitação com fins Terapêuticos na socialização e independência nas atividades de vida diária do praticante, sublinhando o seu efeito ao nível do comportamento de crianças e ao nível do processo de aprendizagem, em ambiente familiar e escolar.

Na revisão feita por esse autor, constatou-se que vários estudos revelam melhorias em funções subjacentes à aprendizagem como nas funções da orientação espacial, memória, comunicação, compreensão de leitura, e escrita. Também os trabalhos de Lermontov (2004) e Dotti (2005), reafirmam que as atividades propostas em Equitação com fins Terapêuticos possibilitam

melhorar a lateralidade, a associação de ideias, a noção de figura fundo, a organização do pensamento e a capacidade de resolução de problemas.

Os fundamentos a sustentar benefícios a nível emocional e comportamental assentam em argumentos como o contacto com a natureza e a relação cavaleiro/cavalo como instigadora de sensações positivas e bem-estar geral (Santos, 2004). Impacto no interesse pelo mundo que o rodeia e no autoconceito são reportados na literatura (*e.g.*, Dotti, 2005; Espindula, 2008; Leitão, 2004), bem como, efeitos de diminuição da ansiedade pelo relaxamento provocado pelo movimento do cavalo (Leal, 2007).

Segundo Meregillano (2004), o comportamento dos indivíduos também se altera, referindo uma redução de comportamentos agressivos, desorganizados, instáveis e de grande agitação quando a criança/ jovem está montada no cavalo. As presumidas alterações comportamentais foram reiteradas por Gonçalves e Lima (2009) que trazem a lume indicadores positivos de mudanças do comportamento em contexto educacional, confirmados por professores.

Outra área do desenvolvimento que favorecida com esta prática é a comunicação e linguagem (Meregillano, 2004). Segundo Dotti (2005), a Equitação com fins Terapêuticos faculta oportunidades de comunicação que se revelam significantes para a ampliação destas competências. O movimento tridimensional do passo do cavalo influencia os músculos responsáveis pela fala, ou seja, influencia os músculos da cavidade oral, as pregas vocais, os músculos da laringe e os músculos da respiração (Lermontov, 2004). Em alinhamento com estas assunções, outra área do desenvolvimento dos indivíduos que beneficia com a Equitação com fins Terapêuticos com cavalo é a área social (Meregillano, 2004). Existe uma melhoria ao nível da socialização (Dotti, 2005), sobretudo devido à ampliação da interação social, que advém

quer com contacto com a equipa, quer com os seus pares (MacKinnon & Ferreira, 2002). Dotti (2005) menciona que a Equitação com fins Terapêuticos promove a espontaneidade e expressão das emoções, bem como, o aumento da sensação de relaxamento, alegria e prazer.

A demonstração de um impacto que vai além das competências motoras é transparecida em vários estudos como aquele conduzido por Lucena, Schmitt & Quadros (2006) onde após implementação de uma intervenção mediante a Equitação com fins Terapêuticos se denotou que um grupo de crianças com paralisia cerebral obtinha ganhos, não só, na função motora global, mas também, no desempenho funcional na área da autonomia e socialização. Também, Silva (2003) revela que aplicação deste processo, quando realizada com técnicas adequadas e por uma equipa habilitada, oferece melhorias nos aspectos motores – relacionados à marcha e ao equilíbrio, aspectos cognitivos – na aprendizagem pela estimulação dos outros sentidos e nos aspectos emocionais – relações sociais e sentimento de segurança. Outro exemplo, de uma ação integrada sobre competências funcionais, é dado por Bass, Duchowny e Llabre (2009) mostrando benefícios da Equitação com fins Terapêuticos em crianças com autismo na aquisição da motricidade fina, assim como a promoção de comportamentos sociais facilitadores da sua inclusão.

Estas evidências parecem sustentar a adequabilidade desta terapia a vários grupos de problemáticas, especificamente conforme sistematiza Lermontov (2004): (i) problemas ortopédicos (*e.g.*, dismorfismos esqueléticos, problemas posturais - cifose, lordose, escoliose); (ii) problemas neuromusculares (*e.g.*, sequelas de traumatismo cranioencefálico, paralisia cerebral, espinha bífida, lesões medulares); (iii) problemas cardiovasculares e respiratórios (*e.g.*, cardiopatias, doenças respiratórias e problemas de

circulação); e (iv) outros problemas (e.g., incapacidade intelectual e desenvolvimental, distúrbios comportamentais/sociais, problemas sensoriais, dificuldades de aprendizagem específicas, problemas de linguagem).

Nestas discussões sobre o impacto da terapia, claro fica, que - como qualquer outro campo de atuação - a sua eficácia fica dependente de um conjunto de variáveis, quer, referidas ao individuo quer referidas ao meio. Ora, a influência dessas variáveis é ainda compreendida / conhecida de um modo vago, ficando-se por lugares comuns como o facto de se saber que os benefícios variam de acordo com a fase de desenvolvimento e das características específicas de cada individuo (Espindula, 2008), pouco mais sendo acrescentado de um modo estruturado para a sistematização das práticas.

## 2.2. BOAS PRÁTICAS NA EQUITAÇÃO COM FINS TERAPÊUTICOS

Numa revisão da literatura foram poucas as linhas orientadoras relativas à implementação de boas práticas na Equitação com fins Terapêuticos. Dentre a pesquisa efectuada encontraram-se diretrizes dispersas em vários trabalhos (e.g., Silva, Bastani & Carvalho, 2011; Galvão, Pires & Cordeiro, 2009; Clemente, Santos & Oliveira, 2009), estando todas elas remetidas a planos e sugestões de carácter geral.

A FRDI - *Federation of Riding for the Disabled International* (2001) - é um exemplo de uma fonte que, entre outros aspectos, realça como aspectos centrais a certificação das competências dos terapeutas, bem como a

formação de equipas multidisciplinares. Segundo Pires e Silva (1999), os terapeutas devem trabalhar em estreita colaboração com os participantes e as famílias para determinar metas após triagem inicial e para fazer o seu contínuo reajustamento ao longo do acompanhamento.

À semelhança de qualquer outro método de intervenção, é dado como ponto de partida o profundo conhecimento da criança para, então, se desenvolver um programa de sessões (Escobar, 2011). As sessões podem ser executadas em grupo, contudo o seu planeamento e acompanhamento têm que ser individualizados. Deve haver registos periódicos e sistemáticos das atividades desenvolvidas com os praticantes. Cada criança deve, se possível, ser tratado em cada sessão pelo mesmo terapeuta (Camargo, 2001).

No que se refere à estrutura das sessões, as orientações encontradas (*e.g.*, Lima, Miyagawa, 2007; Costa, 2012) destacam invariavelmente a necessidade de cada sessão começar com um trabalho de aproximação ao animal, de adaptação ao ambiente e de relaxamento prévio. Esse processo pode ser efectuado a partir de conversas, passeios, jogos lúdicos ou com outro método que permita ambientar o praticante ao local. São, pois, poucas as abordagens ou diretrizes específicas para a condução das sessões. No caso específico da Equitação Terapêutica, Freire (1999) revela que a progressão terapêutica deve obedecer às seguintes fases: aproximação, descoberta, educativa e ruptura. A primeira refere-se à procura de uma aproximação do cavalo. A segunda fase pode desenrolar-se tanto no solo como no cavalo. A criança/ jovem entra em contacto físico com o cavalo e descobrir a sua anatomia. A fase educativa é desenvolvida essencialmente em cima do cavalo, comumente a passo, com o objectivo de dar o máximo de informações sensitivas e psicomotoras, bem como estreitar os laços do conjunto. E por

último a ruptura em que a criança/jovem deverá assumir a separação do cavalo.

No que concerne às atividades desenvolvidas em sessão, é mencionada a necessidade delas serem pensadas tendo em vista os objetivos da terapia e a satisfação da criança, i.e., atividades que enfatizem os objetivos da terapia de um modo social e recreativo. Alguns exemplos dados em estudos são atividades simples em que se pede ao aluno que se recorde de diversas partes da sela, de raças de cavalos ou partes do corpo do cavalo; podem usar-se cartões com letras grandes para direcionar sinais; e gincanas em que os cavaleiros têm que estar atentos aos movimentos do cavalo e aos estímulos do exterior.

Segundo os autores Silva e Barbosa, cada sessão deve durar no máximo 30 minutos - havendo contudo sempre a relativização da sua duração às características e disposição do aluno. Parece ser, no entanto, consensual que as sessões devem inicialmente ter curta duração, aumentando o tempo de sessão gradualmente. Alguns aspectos de segurança fazem parte também das diretrizes encontradas, nomeadamente: a garantia das boas condições do cavalo e do equipamento; a necessidade de não permitir que o praticante passe por detrás do cavalo; o facto de nunca se dever amarrar o utente à sela.

Com base nesta diretrizes - ainda que ocupando um cariz muito global -, tem sido observado na literatura algum esforço de adequação a grupos específicos de incapacidade, especificamente para crianças com autismo. Nesse grupo, é destacada a importância das sessões se realizarem sempre no mesmo local e em dias e horas idênticos em cada semana; bem como uma mais veemente necessidade de se manter constantes variáveis contextuais, especificamente o terapeuta e o cavalo.

### 2.3. CONTRIBUIÇÃO DA EQUITAÇÃO COM FINS TERAPÊUTICOS NOS PROCESSOS DE INCLUSÃO

A Equitação com fins Terapêuticos é considerada como um recurso que promove a socialização, o lazer e a interação, tendo-lhe por isso sido atribuído um papel potencialmente promotor do processo de inclusão escolar das crianças com necessidades adicionais de suporte (Alves, 2009). Argumentos tecidos em redor desta expectativa defendem que Equitação com fins Terapêuticos é desenvolvida em ambientes naturalmente instigadores de partilha e comunicação entre pares, onde são desenvolvidas competências que poderão suportar níveis superiores de participação em contexto educacional (Leite, 2009; Brito, 2009). Nesta linha de pensamento é defendido que a Equitação com fins Terapêuticos apresenta-se como uma terapia que complementa práticas educativas e de saúde, num contexto diversificado - fora do meio escolar e do meio terapêutico convencional -, com objectivos holísticos colocados sobre dimensões do corpo, mente e emoções.

Apesar de ser ainda um tema emergente, começa-se a ver espelhado na literatura um enfoque sobre aspectos da participação e inclusão. Este enfoque observa-se também num esforço emergente em avaliar o impacto desta terapia nos contextos familiar, comunitário e educacional. Um estudo ilustrativo desta tendência, foi levado a cabo por Batista (2012), onde analisou o impacto de uma intervenção - composta por 18 sessões, com frequência semanal - num grupo de 25 crianças e jovens com autismo (entre os seis e os 16 anos de idade). Neste trabalho, Batista - através de uma observação sistematizada em contexto educacional - reporta melhorias consideráveis na interação social, na comunicação, e nos comportamentos e interesses.

Estes resultados estão de acordo com outros trabalhos, designadamente o estudo de Escobar (2011), desenvolvido sobre sete sujeitos, dos sete aos 14 anos, diagnosticados com Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), onde se registou melhorias ao nível da concentração, disciplina e responsabilidade, não só no contexto terapêutico, mas também, em contexto familiar e escolar. Freire e Escobar (2009, cit. in Araújo et al, 2010) reforçam a ideia de que interagir com os cavalos poderá promover o respeito pelos outros a compreensão, a confiança mútua, capacidades que favorecem positivamente a auto percepção e o funcionamento individual em situações de aprendizagem.

No domínio específico das competências académicas, Gouveia (2003) argumenta que para o bom domínio da leitura e do cálculo é necessário funções como o controlo do tónus muscular, um bom nível de organização espaço-temporal, noções topológicas e a capacidade de descodificação de símbolos gráficos. Neste sentido, as atividades concedidas pelo uso do cavalo promovem melhorias nessas funções, sustentando o desenvolvimento das competências relativas à leitura e ao cálculo. Trabalhos de investigação e testemunhos de pais parecem corroborar que a Equitação com fins Terapêuticos contribui para elevar a auto-estima, melhorar a concentração e a realização académica (Freeman, 1984, cit. In Seixas 2011).

Muito embora, seja ainda necessário tornar mais robusto o corpo de evidencias que revelam o contributo desta terapia complementar no processo de inclusão - nomeadamente tomando como *outcomes* não só aspectos relativos à realização académica, mas também, aspectos de participação -, os dados devolvidos por estes estudos parecem ser reforçadores da relação/parcerias estabelecida entre os serviços de Equitação com fins Terapêuticos e as escolas.

## 3. MÉTODO

### *Desenho de estudo*

A fim de responder às questões de investigação, este trabalho socorreu-se de três planos de estudo. Um primeiro, relativo a uma revisão sistemática da literatura - onde se procurou recolher indicadores de impacto da terapia sobre indivíduos com incapacidade, bem como, identificar as abordagens e estratégias usadas nesta intervenção. Focado nessas mesmas dimensões de informação - e procurando dotar de maior profundidade a identificação e descrição de aspectos procedimentais e do seu impacto sobre a funcionalidade das crianças -, o segundo estudo fez uso de grupos focais, cujo grupo de participantes era composto por peritos na implementação da terapia. Tendo em vista a intenção de dimensionar o impacto na funcionalidade aos contextos reais de participação da criança, no terceiro estudo foi auscultada a perspectiva dos pais de crianças apoiadas pela Equitação com fins Terapêuticos, para a definição de expectativas e a influência da terapia no quotidiano das crianças.

### 3.1. ESTUDO 1

#### *Materiais*

Para a realização da revisão sistemática, foram implementadas estratégias de pesquisa que se socorreram das seguintes bases de dados electrónicas e motores de busca: Scielo, Google Académico, B-on.pt, SIIB,

EBSCO, Webopac. Os termos de pesquisa foram escolhidos em função do tema em estudo, tendo incluído variações e interseções com as principais áreas da incapacidade de crianças e jovens com necessidades adicionais de suporte. A relevância dos termos escolhidos foi, ao longo do estudo, sendo discutida com outros profissionais e *peritos* no tema. As palavras de pesquisa utilizadas estavam relacionadas com os temas: Equitação com fins Terapêuticos (*e.g.*, Hippotherapy, Therapeutic Equitation); E incapacidades ou necessidades adicionais de suporte (disability; special education needs; children in need of additional supports; mobility/comunication/educational restrictions).

#### *Análise dos dados*

O processo de seleção dos artigos compreendeu diferentes fases de eliminação, que se basearam na análise dos resumos e, numa fase mais avançada, na leitura e análise integral dos artigos. A sua seleção foi realizada tendo por base a definição de critérios de inclusão e exclusão. Assim, a partir da leitura dos resumos foram excluídos artigos que: (i) estivessem publicados noutras línguas para além do português, espanhol e do inglês; cuja publicação antecederesse 2000; (ii) que não remetessem para a análise de uma intervenção que tivesse por base a Equitação com fins Terapêuticos; (iii) e que cuja publicação não estivesse inscrita em jornais com arbitragem científica - permitindo, assim atestar a qualidade, pertinência e confiabilidade dos estudos. Na revisão dos textos integrais dos artigos, procedeu-se a um refinamento da primeira seleção dos artigos, verificando os seguintes critérios: (i) objetivos de estudo focados na análise da eficácia de estratégias e métodos utilizados na Equitação com fins Terapêuticos; (ii) amostras constituídas por crianças/ jovens com incapacidades, com idades

compreendidas entre os seis e os 18 anos (período coincidente com a escolaridade obrigatória); (iii) desenhos de estudo que compreendessem estudos de caso, séries de casos ou estudos do tipo experimental ou quasi-experimental.

Para a análise dos artigos selecionados, procedeu-se ao mapeamento dos seus conteúdos em torno de seis grandes tópicos: objectivo do estudo, tipo de estudo, amostra, variável dependente, variável independente (intervenção) e resultados. Com base nessa organização, a análise dos artigos foi apresentada em tabelas de síntese (**anexo 1**). De modo a aferir aspectos que permitissem, de um modo mais específico, identificar linhas caracterizadoras da intervenção, bem como dos resultados obtidos, procedeu-se à quantificação e categorização de artigos que explicitassem: (i) aspectos temporais da intervenção, *i.e.*, tempo da intervenção, frequência e duração das sessões; (ii) estratégias e métodos usados nas sessões, *i.e.*, estrutura da sessão, tipo de cavalo usado, exercícios/ natureza das atividades desenvolvidas; (iii) follow-up e/ ou procedimentos de avaliação da generalização dos resultados.

De modo a explorar possíveis linhas distintivas de intervenção - métodos e estratégias usadas - em função de diferentes domínios da incapacidade, os resultados foram organizados em torno das grandes áreas de intervenção encontradas nos estudos, especificamente: a mobilidade, a aprendizagem e aplicação do conhecimento, e a comunicação/ interação e gestão dos comportamentos.

## 3.2. ESTUDO 2 E 3

### *Participantes*

Para a constituição dos grupos focais, foram recrutados - por conveniência - profissionais na área da Equitação Terapêutica. Tendo em vista a obtenção de perspectivas ligadas, não só, ao impacto da terapia, mas também, ao processo de condução das sessões, foram considerados como critérios de inclusão (a) ter o curso de especialização em Equitação com fins Terapêuticos; e (b) ter experiência de trabalho - por um período superior a três anos - na área da equitação dirigida a crianças/ jovens com necessidades adicionais de suporte, em idade escolar. Em linha com outros estudos que fazem uso de grupos focais (*e.g.*, Gizir, 2007), o número de participantes considerados nos grupos de discussão foi de seis pessoas em cada um dos dois grupos focais realizados.

Um dos participantes era formador (*i.e.*, ministrando os cursos de especialização em Equitação com fins Terapêuticos), dois tinham especializações realizadas internacionalmente e os restantes eram profissionais com especialização realizada em Portugal. Enquanto formação inicial, dois dos entrevistados eram professores (um professor de educação especial), quatro eram psicólogos, um era fisioterapeuta, dois eram terapeutas ocupacionais e três eram monitores de equitação.

Os 12 entrevistados provinham ou exerciam funções em seis centros hípicas, havendo na maioria dos casos dois profissionais a representar um centro. Os centros abrangiam a região norte, especificamente, os concelhos de Gondomar, Valongo, Maia, Porto e Trofa. Todos eles trabalhavam com um amplo espectro de população - desde jovens cavaleiros (no âmbito da equitação desportiva) até idosos e crianças/jovens com incapacidade -

cumprindo o critério de inclusão de apresentarem experiência de trabalho com crianças em idade escolar. A experiência de trabalho dos participantes variava entre cinco e dez anos.

No que respeita às entrevistas foram recrutados pais de crianças/ jovens em situação de incapacidade - em idade escolar de ambos os géneros -, que frequentavam sessões de Equitação com fins Terapêuticos há pelo menos um ano. Dez pais concordaram em colaborar, respondendo às questões solicitadas. Os participantes eram pais de crianças/ jovens com idades compreendidas entre os cinco e 18 anos e com quadros de incapacidade diversos: paralisia cerebral ( $n=3$ ), perturbação do espectro do autismo ( $n=4$ ), síndrome de x frágil ( $n=1$ ), perturbação de hiperatividade e défice de atenção ( $n=1$ ) e incapacidade intelectual ( $n=1$ ). As crianças/jovens estavam envolvidos em Equitação com fins Terapêuticos por períodos que variavam entre um ano e quatro anos: dois há um ano; um há dois anos; três há três anos e quatro há quatro anos. Todos eles tinham sessões semanais, com durações entre 20 a 50 minutos, e cujos objectivos de intervenção dirigiam-se de um modo transversal às dez crianças para questões de promoção da autonomia e bem-estar. Para além destes objectivos, três casos incluíam ainda metas de intervenção definidas ao nível da mobilidade, seis sobre aspectos da regulação de comportamento e cinco sobre o domínio da socialização. Um dos casos reportava-se a uma criança cuja severidade das incapacidades impunha objectivos relativos a aspectos do bem-estar e prevenção do agravamento da sua condição de saúde (*e.g.*, prevenção de deformidades, a regulação intestinal). Os pais foram recrutados através de três centros hípicas da região Norte.

### *Instrumentos*

Para a condução dos grupos focais foi produzido um guião de entrevista na base do qual uma facilitadora - a autora desta investigação - orientava as reuniões. Na sua elaboração seguimos os princípios gerais propostos por Yildirim e SImsek (2005) que sugerem, como estratégia geral de aquisição de discurso por parte dos participantes, um planeamento hierárquico das perguntas. O tema deve ser apresentado por uma pergunta geral e aberta, a que se seguem questões mais específicas com a intenção de aclarar, de elucidar ou de sumariar as opiniões expostas. Assim, conforme a **tabela 1** ilustra, o guião construído (**anexo 2**) foi composto por quatro tópicos centrais.

**Tabela 1.** Estrutura geral do guião dos grupos focais

| <b>Tópico</b>                                      | <b>Propósito</b>  |
|--|---|
| <b>Boas práticas para o sucesso da intervenção</b> | Perspectiva geral acerca dos aspectos que definem as boas práticas para o sucesso desta terapia.  |
| <b>Preparação e Planeamento das sessões</b>        | Recolha de opiniões dos participantes sobre como preparar as sessões (tempo, frequência, tipo de cavalo, atividades/exercícios e estratégias) e sobre os aspectos a ter em conta para que as sessões sejam bem-sucedidas. |
| <b>Resultados</b>                                  | Recolha de opiniões dos participantes sobre os resultados obtidos com esta terapia.   |
| <b>Processo inclusivo no contexto escolar</b>      | Recolha de opiniões dos participantes sobre o impacto desta intervenção na promoção do processo inclusivo em contexto educacional.  |

Estes foram os principais eixos que nortearam a discussão nos grupos focais. No entanto, a facilitadora permitiu e facilitou o surgimento de tópicos não considerados *à priori* no guião de entrevista. Os dois grupos focais tiveram duração de uma hora e 30 minutos. As reuniões sucederam em dia e hora acordadas com os participantes.

Para a realização das entrevistas aos pais foram elaboradas 14 questões (**anexo 3**). A entrevista assumiu um carácter semiestruturado, colocando as questões em função do fluir das respostas dadas pelos participantes. As questões colocadas pretendiam explorar alguns pontos importantes para este estudo: (i) que aspetos, na sua perspectiva, definem a Equitação com fins Terapêuticos; (ii) como conheceram e por que razão escolheram esta terapia; (iii) que impacto tem a terapia na vida da criança/jovem; (iv) que expectativas têm em relação aos resultados desta terapia. No final da entrevista foi dado espaço aos pais para comentários/ pareceres finais que não tivessem sido abordados ou questionados.

As entrevistas tiveram duração de 20 a 30 minutos, tendo sido desenvolvidas em data e hora previamente acordadas com os pais.

#### *Análise de Dados*

Os conteúdos relativos aos grupos focais e às entrevistas foram sujeitos a gravação e transcrição. Para analisar o discurso dos participantes recorremos à análise de conteúdo – técnica de tratamento de informação – buscando, tal como refere Bardin (1977), passar da descrição à interpretação, através da atribuição de sentido às características do material reunido. Seguindo o sugerido por esta autora (op.cit. p. 104), a nossa análise ancorou-se num processo de organização da codificação assente nas técnicas de: (i) recorte - escolha das unidades; (ii) enumeração - escolha das regras de contagem; (iii) classificação e agregação - escolha das categorias.

O sistema obedeceu a uma organização hierárquica refletindo os temas decorrentes dos tópicos/áreas inseridas pelo nosso guião de entrevista; e categorias e subcategorias. Em ambas as análises - dos grupos focais e das entrevistas - os temas foram determinados dedutivamente em função do

guião da entrevista, enquanto que a emergência das categorias dependeu de uma análise de teor indutivo - *i.e.*, tendo sido definidas a partir do conteúdo e forma do discurso dos participantes. Instituímos a frase como unidade de registo, isto é, o segmento de conteúdo a considerar como unidade base, para significar a parte do texto a que correspondeu determinada categoria ou subcategoria. Sempre que numa intervenção do participante surgisse uma categoria, recolhemos a frase que melhor relatasse a opinião do participante.

Nas **tabelas 2 e 3** é dado exemplo do processo de categorização correspondente aos conteúdos recolhidos a partir dos grupos focais e das entrevistas.

**Tabela 2.** Exemplo do processo de categorização sobre os grupos focais.

| Exemplo de Temas                                   | Exemplo de Categorias                | Exemplos de unidades de significado  |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>Boas práticas para o sucesso da intervenção</b> | Qualidade técnica do profissional    | “Acho que a qualidade técnica de cada profissional da equipa, no que respeita à área profissional de base, é um fator a ter em conta.” |
|  | Avaliação e planeamento de objetivos | “Antes de iniciar o trabalho no picadeiro deve-se realizar uma boa definição dos objectivos a atingir.”                                |
|  | Segurança                            | “Em primeiro lugar está a segurança do praticante que deve usar o capacete e roupas adequadas para a sessão.”                          |
| <b>Preparação e planeamento das sessões</b>        | Avaliação da situação                | “Numa primeira fase avalia-se o praticante.”<br>“Conhecer a família através de uma entrevista é algo muito importante.”                |

**Tabela 3.** Exemplo do processo de categorização sobre as entrevistas.

| Exemplos de Temas    | Exemplos de Categorias               | Exemplos de unidades de significado   |
|----------------------|--------------------------------------|---|
| Definição da terapia | Papel complementar a uma intervenção | “O meu filho usufrui desta terapia como alternativa/complemento”  |
|                      | Meio repleto de estímulos            | “Como o contexto da equitação é um meio repleto de estímulos (do cavalo e dos técnicos) consegue-se trabalhar todo o conjunto da situação.”                   |
| Expectativas         | Promover o desenvolvimento           | “Para diversificar contextos onde decorrem as terapias e por achar que a interação com animais é benéfico para o desenvolvimento normal de qualquer criança.” |
|                      | Envolvimento competitivo/ equitação  | “Que fique mais autónomo, que tenha mais controlo e que se regule mais facilmente.”   |

Para avaliar a fiabilidade do processo de análise foram escolhidas aleatoriamente as transcrições de duas entrevistas de pais e de um dos grupos focais, e os seus conteúdos foram codificados independentemente por um par. Através da comparação das categorias identificadas ao longo do texto, foram calculadas medidas de concordância situadas acima dos 90%. Neste processo, os pontos de discordância foram discutidos até que uma codificação consensual fosse alcançada.

### 3.3. PROCEDIMENTOS

Para dar início ao estudo, a autora começou por analisar os estudos e manuais referentes à prática da equitação com fins terapêuticos. Definidos os objetivos de estudo, procedeu-se inicialmente a uma revisão sistemática da literatura - seguindo os critérios de inclusão definidos. Após recolhido e

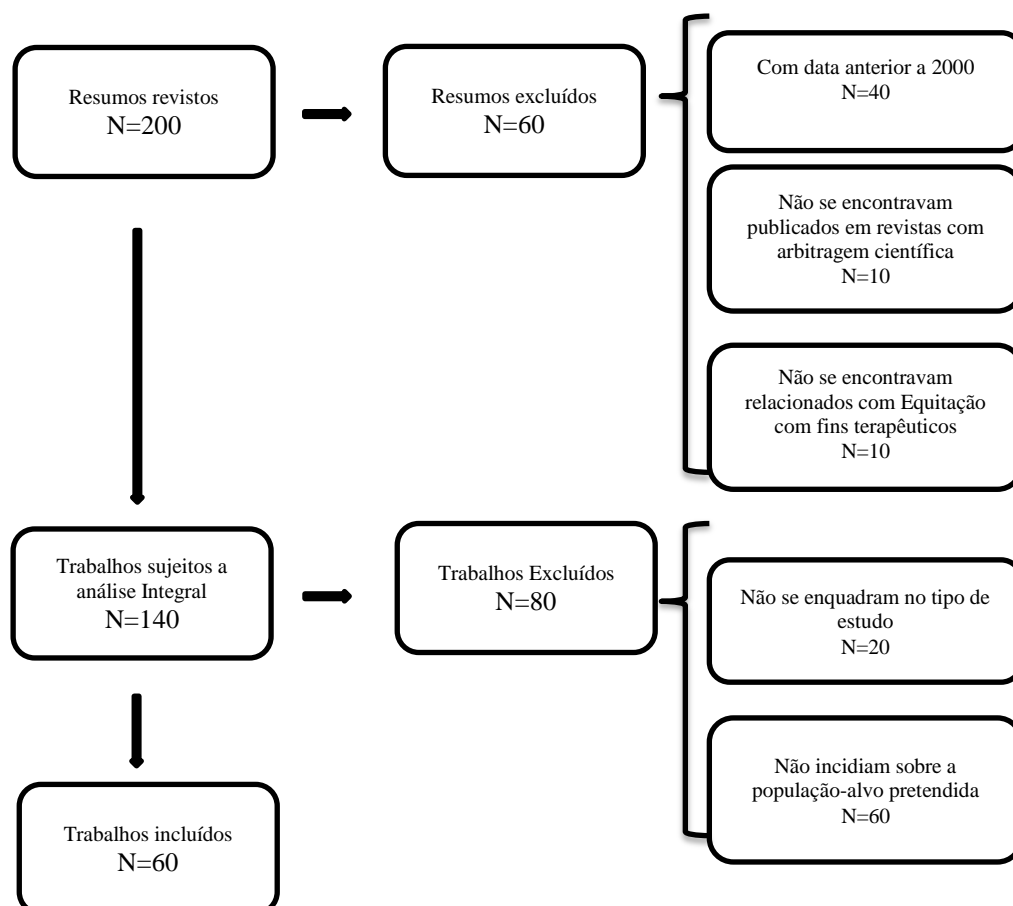
analisado o corpo de publicações selecionadas, deu-se início à construção dos guiões a usar nos grupos focais e na entrevista. Para recrutamento dos participantes, seis centros hípicas foram contactados - via email - no sentido de aferir em que medida os profissionais (cujo perfil cumpria os critérios de inclusão definidos) poderiam estar disponíveis a participar no estudo. Nesse contacto era também solicitada a participação de pais para a execução da entrevista. As cartas enviadas esclareciam o objetivo do estudo bem como asseguravam total sigilo e anonimato no tratamento dos dados. Os grupos focais e as entrevistas foram realizadas nos centros hípicas que aceitaram participar - em data e hora previamente acordada com os participantes. Através da gravação dos grupos focais e das entrevistas, os conteúdos foram transcritos e analisados. Neste processo contou-se com a participação de um par para obtenção de medidas de fiabilidade da análise efectuada.

## **4. RESULTADOS**

Ao pretender identificar e sistematizar linhas orientadoras de intervenção na Equitação com fins terapêuticos, este estudo desenvolveu-se segundo três planos de estudo: uma revisão sistemática, a análise de grupos focais e de uma entrevista. Será em torno destes três planos que apresentaremos os resultados.

## 4.1. ESTUDO 1 - REVISÃO SISTEMÁTICA

Com recurso às bases de dados identificadas no método, uma primeira triagem da literatura identificou 200 estudos. Da análise dos resumos, foram excluídos 60 estudos, por se reportarem a datas de publicação anteriores a 2000, pela intervenção estudada não se enquadrar na definição de *equitação com fins terapêuticos* e por não constarem como artigos publicados em revista com arbitragem científica. A partir da análise integral dos textos selecionados, verificamos que 80 não coincidiam com os critérios anunciados na segunda fase de revisão do protocolo, nomeadamente por não incidirem sobre a população alvo pretendida (**figura 1**).



**Figura 1.** Resumo do fluxo dos resultados da revisão de literatura

No final deste processo de análise, identificaram-se 60 artigos que cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos. Os conteúdos dos artigos foram organizados em tabelas síntese (**anexo 1**), que nos permitiu resumir as suas principais características. Assim, a amostra de artigos analisados, compreendiam estudos de caso ( $n=40$ ) e estudos quasi-experimentais ( $n=20$ ). Dentro dos estudos quasi-experimentais, cinco apresentavam um plano de estudo de caso único, e 15 referiam-se a um desenho entre grupos. Em relação ao tamanho amostral (**tabela 4**), a maioria dos estudos (81.7%) incidiu sobre amostras com menos de 20 indivíduos. Da análise da amostra, podemos verificar que vários foram os estudos cuja amostra se enquadrava sobre mais do que uma faixa etária (por exemplo, o estudo de Escobar cuja amostra se situa entre os seis e os 14 anos). Na sua maioria (83.3%) os estudos incluíam crianças/ jovens com idades situadas entre os seis e os 10 anos.

**Tabela 4.** Caracterização dos estudos analisados em função do tamanho amostral e das idades das crianças/jovens incluídas na amostra.

|                         | Amostras       | Nº. de Estudos (Identificação dos estudos)  |
|-------------------------|----------------|---|
| <b>Tamanho amostral</b> | <b>&lt;20</b>  | <b>49</b> (Escobar, 2011; Justi, 2009; Silvério et al., 2013; Prestes et al., 2010; Santos, 2004; Gonçalves & Lima, 2009; Andrade, 2004; Munaretto, 2006; Vermelhudo, 2011; Seixas, 2011; Benda et al., 2003; Borges, et al., 2009; Taylor et al., 2009; Leitão, 2003; Coelho, 2005; Costa, 2012; Campos, 2007; Copetti et al., 2007; Meneghetti & Porto & Iwabe, 2008; Andrade, 2010; Barbosa, 2013; Espindula ete al., 2000; Meneghetti et al., 2008; Mota, & Graup & Copetti, 2006; Schelbauer & Pereira, 2012; Lima & Miyagawa, 2007; Sterba et al., 2002; Debuse, & Chandler, 2008; Hammer, et al., 2005; Mejías & García., 2005; Davis et al., 2008; Shurtleff & Standeven & Engsborg, 2006; Meneghetti, 2011; Mendonça et al., 2013; Lucena & Schmitt & Quadros, 2006; Silva, 2003; Silva & Grubits, 2004; Graup et al 2004; Espindula et al., 2012; Negri, et al., 2010; Clemente et al., 2009; Mürmann & Patias & Hammes, 2011; Menezes et al., 2013; Costa & Faria, 2005; Roa, 2011 Mejías; Jordi & García, 2003; Torres & Solórzano, 2010; Lechner, & Kakebeeke & Baumberger, 2007; Silkwood-Sherer, et al., 2012) |
|                         | <b>n&gt;20</b> | <b>9</b> (Lechner, et al., 2003; Bass & Duchowny & Llabre, 2009; Costa, 2012; Gimenes & Andrade, 2004; Torquato et al., 2013; Herrero, 2010; Araújo, 2007; Araujo & Ribeiro, & Silva, 2007; Beinottl et al., 2010)  |
|                         | <b>n&gt;50</b> | <b>2</b> (McGibbon, et al., 2009; Ionatamishvili, 2002)   |

|               |               |   |
|---------------|---------------|---|
| <b>Idades</b> | <b>6 - 10</b> | <b>49</b> (Escobar, 2011; Justi, 2009; Silvério et al., 2013; Prestes et al., 2010; Santos, 2004; Gonçalves & Lima, 2009; Gimenes & Andrade, 2004; McGibbon, et al., 2009; Vermelhudo, 2011; Seixas, 2011; Benda et al; 2003; Taylor et al., 2009; Bass & Duchown & Llabre, 2009; Leitão, 2003; Coelho; 2005; Lima & Miyagawa, 2007; Costa, 2012; Campos, 2007; Copetti et al., 2007; Meneghetti & Porto & Iwabe, 2008; Andrade, 2010; Barbosa, 2013; Espindula ete al., 2000; Meneghetti et al., 2008; Gimenes & Andrade, 2004; Mota, & Graup & Copetti, 2006; Torquato et al., 2013; Schelbauer & Pereira, 2012; Lima & Miyagawa, 2007; Sterba et al., 2002; Debuse, & Chandler, 2008; Hammer, et al., 2005; Herrero, 2010; Mejías & García., 2005; Davis et al., 2008; Shurtleff & Standeven & Engsborg, 2006; Lucena & Schmitt & Quadros, 2006; Silva, 2003; Araújo, 2007; Silva & Grubits, 2004; Graup et al 2004; Espindula et al., 2012; Araujo & Ribeiro, & Silva, 2007; Negri, et al., 2010; Clemente et al., 2009; Roa, 2011; Jordi & García, 2003; Lechner, & Kakebeeke & Baumberger, 2007; Silkwood-Sherer, et al., 2012) |
|               | <b>10-14</b>  | <b>28</b> (Escobar, 2011; Gonçalves & Lima, 2009; Andrade, 2004; McGibbon, et al., 2009; Munaretto, 2006; Seixas, 2011; Benda et al., 2003; Lima & Miyagawa, 2007; Costa, 2012; Campos, 2007; Espindula ete al., 2000; Gimenes & Andrade, 2004; Torquato et al., 2013; Schelbauer & Pereira, 2012; Lima & Miyagawa, 2007; Debuse, & Chandler, 2008; Ionatamishvili, 2002; Mejías & García., 2005; Davis et al., 2008; Shurtleff & Standeven & Engsborg, 2006; Meneghetti, 2011; Silva, 2003; Araújo, 2007; Silva & Grubits, 2004; Araujo & Ribeiro, & Silva, 2007; Jordi & García, 2003; Lechner, & Kakebeeke & Baumberger, 2007; Silkwood-Sherer, et al., 2012)  |
|               | <b>14-18</b>  | <b>17</b> (McGibbon, et al., 2009; Lechner, et al., 2003; Seixas, 2011; Borges, et al., 2009; Lima & Miyagawa, 2007; Schelbauer & Pereira, 2012; Lima & Miyagawa, 2007; Debuse, & Chandler, 2008; Mendonça et al., 2013; Espindula et al., 2012; Mürmann & Patias & Hammes, 2011; Menezes et al., 2013; Costa & Faria, 2005; Beinottl et al., 2010; Torres & Solórzano, 2010; Lechner, & Kakebeeke & Baumberger, 2007; Silkwood-Sherer, et al., 2012)   |

Num exercício de organização dos estudos em função do seu principal domínio de intervenção (**tabela 4**) - verificámos, seguindo a terminologia da CIF-CJ (OMS, 2007), que a maioria dos estudos (46 estudos) incluíam objectivos de intervenção relativos a aspectos da mobilidade. A caracterização dessas amostras incluía na sua maioria indivíduos com diagnósticos como Paralisia Cerebral e Síndrome de Down; e incidiam sobre competências como a postura e equilíbrio (27 estudos), a coordenação e planeamento motor (10 estudos) a motricidade fina (4 estudos), a motricidade global (8 estudos) a força muscular (6 estudos), a flexibilidade (1 estudo) e o tónus muscular (5 estudos). Alguns estudos incidiam sobre mais do que uma variável dependente.

A comunicação e interação, e aspectos relacionados com a gestão dos comportamentos foi o segundo domínio onde mais incidiram os estudos: 15 estudos. Nestes casos, os casos que compunham a amostra eram caracterizados frequentemente com Diagnósticos como Síndrome de Down, PHDA e crianças com autismo. As variáveis dependentes remetiam para aspectos relacionados com socialização (dois estudos), controlo de impulsividade (um estudo), aceitação de regras (quatro estudos), auto percepção (um estudo), o controle da agressividade (um estudo), a autoestima e a autoconfiança (um estudo) e a comunicação (oito estudos) eram áreas de intervenção visadas.

Outro conjunto vasto de estudos (11 estudos) incidiam sobre dimensões aprendizagem e aplicação do conhecimento. As amostras destes estudos englobam casos cujos diagnósticos incluíam frequentemente referências a atraso global de desenvolvimento e incapacidade intelectual. As variáveis dependentes (em muitos estudos era definido naturalmente mais do que uma variável dependente) remetiam para aspectos relacionados com o raciocínio (dois estudos), a motivação (três estudos), a concentração (cinco estudos), a memória (um estudo), a organização temporal (quatro estudos) e a organização espacial (quatro estudos). Para além destas grandes áreas de intervenção, importa referir que em três estudos se encontraram referências a objectivos estabelecidos ao nível da autonomia em termos gerais.

**Tabela 5.** Domínios de intervenção e tipo de variáveis dependentes em que incidiam os estudos analisados.

| Domínios de intervenção                              | Variáveis dependentes           | No. de estudos (Identificação dos Estudos)   |
|--|---------------------------------|--|
| Aprendizagem e aplicação do conhecimento             | Raciocínio                      | 2 (Gimenes & Andrade, 2004; Costa & Faria, 2005)   |
|  | Motivação                       | 3 (Gonçalves & Lima, 2009; Taylor, 2009; Campos, 2007)   |
|  | Concentração                    | 5 (Escobar, 2011; Silvério et al., 2013; Gonçalves & Lima, 2009; Gimenes & Andrade, 2004; Silva & Grubits, 2004)   |
|  | Memória                         | 1 (Gimenes & Andrade, 2004)  |
|  | Organização temporal            | 4 (Prestes & Weissb & Araújo, 2010; Gonçalves & Lima, 2009; Barbosa, 2013; Silva, 2003)  |
|  | Organização espacial            | 4 (Prestes & Weissb & Araújo, 2010; Gonçalves & Lima, 2009; Barbosa, 2013; Silva, 2003)  |
| Mobilidade   | Tónus muscular                  | 5 (Munaretto, 2006; Lechner, 2003; Andrade, 2010; Ionatamishvili, 2002; Lechner, 2007)   |
|  | Postura e Equilíbrio            | 27 (McGibbon, 2009; Munaretto, 2006; Seixa, 2011; Benda & McGibbon & Grant, 2003; Borges et al., 2009; Lima & Miyagawa, 2007; Meneghetti & Porto & Poletti, 2008; Barbosa, 2013; Meneghetti & Porto & Poletti, 2008; Mota & Graup & Copetti, 2006; Torquato, 2013; Lima & Miyagawa, 2007; Herrero, 2010; Shurtleff & Standeven & Engsberg, 2006; Meneghetti, 2011; Menezes, 2013; Silva, 2003; Araújo, 2007; Silva & Grubits, 2004; Graup, 2004; Araujo & Ribeiro & Silva, 2007; Clemente, 2009; Mürmann & Patias & Hammes, 2011; Menezes, 2013; Roa, 2011; Villasana & Torres & Solórzano, 2010; Silkwood-Sherer, 2012) |
|  | Coordenação e Planeamento Motor | 10 (Seixa, 2011; Copetti et al., 2007; Torquato, 2013; Schelbauer & Pereira, 2012; Debuse & Chandler, 2008; Hammer, 2005; Davis, 2008; Lucena & Schmitt & Quadros, 2006; Silva, 2003; Beinott, 2010)   |
|  | Motricidade Fina                | 4 (Prestes & Weissb & Araújo, 2010; Leitão, 2003; Barbosa, 2013; Schelbauer & Pereira, 2012)   |
|  | Motricidade global              | 8 (Prestes & Weissb & Araújo, 2010; Vermelhudo, 2011; Leitão, 2003; Costa, 2012; Schelbauer & Pereira, 2012; Sterba, 2002; Gibb & Chandler, 2008; Ionatamishvili, 2002)  |
|  | Força muscular                  | 4 (Munaretto, 2006; Costa, 2012; Espindula, 2000; Mejías & García, 2005; Negri, 2010; Mejías & García, 2003)   |
|  | Flexibilidade                   | 1 (Espindula, 2012)  |
| Comunicação e Interação, e gestão dos comportamentos | Socialização                    | 2 (Bass & Duchowny & Llabre, 2009; Silva & Grubits, 2004)  |
|  | Controlo Impulsividade          | 1 (Escobar, 2011)  |
|  | Aceitação de regras             | 4 (Escobar, 2011; Gimenes & Andrade, 2004; Gimenes & Andrade, 2004; Silva & Grubits, 2004)   |
|  | Auto percepção                  | 1 (Prestes & Weissb & Araújo, 2010)  |
|  | Controlo da agressividade       | 1 (Escobar, 2011)  |
|  | Auto estima                     | 8 (Santos, 2004; Gonçalves & Lima, 2009; Gimenes & Andrade, 2004; Leitão, 2003; Campos, 2007; Gimenes & Andrade, 2004; Gibb & Chandler, 2008; Ionatamishvili, 2002)  |
|  | Comunicação                     | 8 (Justi, 2009; Silvério et al., 2013; Santos, 2004; Gonçalves & Lima, 2009; Gimenes & Andrade, 2004; Leitão, 2003; Coelho, 2005; Silva & Grubits, 2004)   |

No que se refere, à intervenção procuraram-se identificar aspectos caracterizadores de dimensões temporais - *i.e.*, ao tempo de intervenção, frequência e duração das sessões. Dentro dos estudos examinados, 50 revelaram o tempo de intervenção e apenas 35 e 29 especificaram a frequência e duração das sessões, respectivamente. Os estudos referentes a aspectos relacionados com a mobilidade - dentre dos que mencionaram esta dimensão na caracterização da intervenção (39 estudos) - a maioria (31 estudos) testou intervenções que se desenrolam em períodos de tempo menores que seis meses. Dos estudos referentes a aspectos relacionados com a aprendizagem e aplicação de conhecimento, 4 explicitaram o período de tempo em que se desenrolou a intervenção. Todos eles referiam-se a intervenções com duração inferior a seis meses. Em relação as estudos referentes a aspectos relacionados com a comunicação e interação, e gestão dos comportamentos, oito fizeram menção ao período de tempo de intervenção, quatro referindo-se a períodos inferiores a seis meses e quatro a períodos estabelecidos entre os seis e os doze meses.

Em relação à frequência, dentre dos estudos que explicitavam esta dimensão na caracterização da intervenção, a sua maioria - de um modo transversal às três áreas de intervenção - implementou sessões de natureza semanal. Conforme se pode observar na tabela, a duração foi um aspecto pouco mencionado, estando referido em apenas: dois estudos na área da aprendizagem e aplicação do conhecimento, que referem sessões de 30 a 60 minutos; 26 estudos na área da mobilidade, que se dividiam entre sessões até 30 minutos e entre 30 a 60 minutos; e cinco estudos na área da comunicação/ interação e gestão do comportamento, que se dividiam também entre essas duas categorias.

**Tabela 6.** Número e identificação dos estudos, em função de aspectos temporais descritos nos planos de intervenção

| Aspectos Temporais da Intervenção               |  |   |  |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|---|--|--|
| Domínios de Intervenção                         | Tempo de intervenção   |   |  | Frequência   |   | Duração  |  |
|   | Nº. de estudos (identificação dos estudos)   |   |  | Nº. de estudos (identificação dos estudos)   |   | Nº. de estudos (identificação dos estudos)   |  |
|   | < 6 meses  | 6-12meses   | >12 meses                                    | Semanal  | Bissemanal  | Até 30 minutos   | 30-60 minutos  |
| <b>Aprendizagem e aplicação do conhecimento</b> | 4<br>(Taylor, et al., 2009; Bass & Duchowny & Llabre, 2009; Leitão, 2003; Coelho, 2005)  |   |  | 3 (Taylor, et al., 2009; Bass & Duchowny & Llabre, 2009; Leitão, 2003)   |   |  | 2(Taylor, et al., 2009; Bass & Duchowny & Llabre, 2009)  |
| <b>Mobilidade</b>                               | 31(McGibbon et al., 2009; Munaretto,2006; Vermelho, 2011; Borges et al., 2009; Lima & Miyagawa, 2007; Copetti et al., 2007; Meneghetti et al., 2008; Espindula et al., | 5(Costa, 2012; Andrade, 2010; Barbosa, 2013; Silva, Araujo & Ribeiro & Silva, 2007) | 3(Lechner, 2003; Campos, 2007; Araújo, 2007) | 20(McGibbon et al., 2009; Vermelho, 2011; Seixas, 2011; Copetti et al., 2007; Andrade, 2010; Espindula et al., 2000; Meneghetti et al., 2008; Mota & Graup & Copetti, 2006; Sterba et al., 2002; Hammer et al., 2005; Lucena & Schmitt & Quadros, 2006; Silva, 2003; Araújo, | 8(Munaretto,2006; Schelbauer & Pereira, 2012; Ionatamishvili et al., 2002; Meneghetti et al., 2011; , Mendonça et al., 2013; Graup et al., 2004; Menezes et al., 2013; Lechner, 2007) | 12(McGibbon et al., 2009; Munaretto,2006; Vermelho, 2011; Seixas, 2011; Benda, 2003; Barbosa, 2013; Espindula et al., 2000; Schelbauer & Pereira, 2012; Hamme et al., 2005; Negr et al., i 2010, Clemente, | 10(Copetti et al., 2007; Andrade, 2010; Mota & Graup & Copetti, 2006; Sterba et al., 2002; Mendonça et al., 2013; Graup et al., 2004; Araujo & Ribeiro & Silva 2007; Mürmann |

|   |  |  |                                |   |
|---|--|--|--------------------------------|---|
| 2000;<br>Meneghetti et al.,<br>2008;<br>Mota & Graup & Copetti,<br>2006;<br>Sterba,<br>2002;<br>Gibb & Chandler,<br>2008;<br>Hammer et al.,<br>2005<br>Herrero et al.,<br>2010;<br>Mejías & García<br>2005,<br>Davis et al.,<br>2008;<br>Shurtleff & Standevn & Engsberg & Graup et al.,<br>2006;<br>Araújo,<br>2007;<br>Graup et al.,<br>2004; |  | 2007; Espindula et al.,<br>2012; Araujo & Ribeiro & Silva<br>2007; Costa & Faria,<br>2005; Beinott et al.,<br>2010; Mejías & García,<br>2003; Lechner,<br>2007; Silkwood-Sherer et al.,<br>2012) | 2009; Mejías & García<br>2003) | & Patias & Hammes,<br>2011;<br>Menezes et al.,<br>2013;<br>Silkwood-Sherer et al.,<br>2012) |
|---|--|--|--------------------------------|---|

|   |  |  |  |   |   |  |   |
|---|--|--|--|---|---|--|---|
|   | Espindula<br>, 2012;<br>Clemente<br>et al.,<br>2009;<br>Patias &<br>Hammes<br>Mürman<br>n, 2011;<br>Menezes<br>et al.,<br>2013;<br>Beinottl,<br>2010;<br>Roa,<br>2011;<br>Mejías &<br>García<br>2003;<br>Villasana<br>&<br>Torres &<br>Solórzan<br>o,<br>2010;<br>Lechner,<br>2007;<br>Silkwood<br>-Sherer<br>et al.,<br>2012) |  |  |   |   |  |   |
| <b>Comunicação e<br/>Interação, e<br/>gestão dos<br/>comportamentos</b> | 4<br>(Justi,2009;<br>Bosquero<br>ll &<br>Weissb &<br>Araújo,2010;<br>Santos<br>-2004;<br>Gonçalves &<br>Lima,<br>2009)   | 4<br>(Escobar,2011; Silvério,<br>2013;<br>Gimenes<br>& Andrade,<br>2004;<br>Gimenes &<br>Andrade,<br>2004) |  | 4 (Silvério<br>, 2013; Gimenes<br>& Andrade, 2004;<br>Gimenes &<br>Andrade,<br>2004; Mejías &<br>García,<br>2005) | 1 (Bosqueroll &<br>Weissb &<br>Araújo,2010) | 3 (Silvério,<br>2013;<br>Bosqueroll &<br>Weissb &<br>Araújo,2010;<br>Mejías &<br>García<br>2005) | 2<br>(Gimenes<br>&<br>Andrade,<br>2004;<br>Gimenes &<br>Andrade,<br>2004) |

Em relação à explicitação de métodos usados para a condução das sessões (**tabela 7**), apenas oito trabalhos fizeram menção a aspectos relacionados com a estrutura, estratégias e atividades realizadas durante as sessões, e sete trabalhos descreveram o tipo de cavalo usado.

**Tabela 7.** Número e identificação dos estudos, em função da explicitação de aspectos relativos a métodos/ estratégias usadas na condução das sessões.

| Abordagens no planeamento da intervenção        |   |  |                                    |   |  |
|---|---|--|------------------------------------|---|--|
| Domínios de intervenção                         | Estrutura/ estratégias e atividades das sessões |  |                                    | Tipo de Cavalos   |  |
|   | Identificação dos estudos                       | Conteúdos  | Identificação dos estudos          | Conteúdos   |  |
| <b>Aprendizagem e aplicação do conhecimento</b> | (Campos, 2007)                                  | Sessão iniciada por uma fase de aproximação, seguida por exercícios com os objetivos terapêuticos como o limite, respeito, melhoria da autoestima e aceitação de regras, além do fortalecimento muscular.  | (Lima & Miyagawa, 2007)            | O equino deve ter estatura de 1.50 metros, do chão até o dorso, o cavalo não deve ter cócegas nem possuir hipersensibilidade olfactiva e auditiva, pois, caso contrário, poderá assustar-se e instigar um acidente.   |  |
| <b>Mobilidade</b>                               | (McGibbon, et al., 2009)                        | Sessão iniciada pela condução de um cavalo numa pista circular numa caminhada constante por 10 minutos, cinco minutos em cada direção. Este passo consistiu num período inicial de cinco a 10 minutos de relaxamento muscular passivo e ajustes posturais unicamente em resposta ao cavalo de movimento, seguido por mudanças de posição e exercícios ativos dirigido pelo terapeuta.  | (Vermelhudo, 2011)                 | Cavalo médio, entre 1.55 e 1.60 metros de altura, com idade superior a cinco anos, mas não demasiado velhos pois poderão apresentar um cansaço fácil, uma marcha em esforço e severos, problemas articulares dos quais resulta uma fraca qualidade de movimento. O cavalo deverá possuir um temperamento calmo e amável, o que vai ajudar a criar laços afectivos e consequentemente motivar o cavaleiro. |  |
|   | (Vermelhudo, 2011)                              | Na primeira parte das sessões era realizado um aquecimento, os cavaleiros adaptavam-se ao movimento tridimensional do cavalo, e os terapeutas promoviam diálogo interativo. Nesta fase, o andar do cavalo era em linha recta com curvas suaves promovendo a normalização do tónus e a adaptação ao movimento do cavalo. Posteriormente, os cavaleiros eram instruídos pelo terapeuta a realizar determinados exercícios, nomeadamente tocar em várias partes do corpo do cavalo, atividades com os membros superiores para recrutar a atividade postural do tronco, e várias mudanças de decúbitos ( <i>e.g.</i> , alterar a posição de sentado, voltando-se de lado para o terapeuta e para trás, com o intuito de melhorar o equilíbrio, aumentar as transferências de peso, e as amplitudes articulares). | (Mendonça, 2013)                   | Dois cavalos treinados para o trabalho em Equitação Terapêutica, uma fêmea de 5 anos, sem raça determinada, com 1.55 m de altura e massa corporal de 480 kg; e um macho, 10 anos, de raça quarto de milha, com 1.58 m de altura, com 510 kg de massa corporal; ambos com característica de passada de sobre-pistar.   |  |
|   | (Meneghetti, 2011)                              | Cada sessão foi composta por alimentação do animal mal, limpeza da pelagem, preparação para a montaria e montaria. Destinaram-se as duas primeiras sessões para a adaptação do praticante ao contato com o animal. Depois, cada sessão consistiu em variações do andar do cavalo (passo e trote), de piso (areia e relva), de terreno (plano, acidentado e inclinado), mudanças de direção e de combinações de movimentos utilizando formatos de figuras geométricas (diagonais, círculos e retas).  | (Lucena & Schmitt & Quadros, 2006) | Foi selecionada uma égua, mansa, com 1.40 m de altura que ante-pistava, sempre ao passo.  |  |

|                                    |  |                      |   |
|------------------------------------|--|----------------------|---|
| (Mendonça, 2013)                   | A primeira fase de trabalho durou 10 minutos e foi desenvolvido em duas etapas: a primeira no chão, em que o sujeito era preparado através de exercícios de alongamento e a segunda etapa em que estabeleceu o primeiro contato com o cavalo. Depois, os participantes foram orientados a reorganizar a postura no cavalo e ajustar os acessórios de equitação segundo os objectivos da sessão. Os exercícios para se adaptar à posição, tais como mudar de direção, variações de solo, cadência e terreno. Na última fase, foram realizadas atividades de alongamentos no cavalo e no solo. | (Clemente, 2009)     | Utilização de uma égua sem raça definida, com 1.55 m de altura, pesando aproximadamente 500 Kg e com uma morfologia favorável para abdução. |
| (Lucena & Schmitt & Quadros, 2006) | As sessões basearam-se numa aproximação em que o praticante entrou em contato com o cavalo, depois montou o cavalo, sem os estribos, para promover o relaxamento, alongamento e balanço; depois era incitada a alternância de decúbito ventral e a alternância entre terreno de areia, asfalto, relva com subidas e descidas; busca de objetos nas laterais, e por fim a despedida, com o término da atividade, em que praticante apeia e é incentivado a despedir-se do cavalo.   | (Enéas et al., 2011) | Utilização de um cavalo castrado, manso e de pequeno porte.   |
| (Clemente, 2009)                   | Para o ato de montar, o praticante é levado até a rampa de acesso, onde fica à mesma altura do animal. Durante a sessão, o auxiliar-guia conduz o cavalo e o terapeuta vai ao lado, conduzindo a terapia. Na terapia, o praticante realiza exercícios ativos para membros superiores.  |                      |   |
| (Mejías & Garcí, 2003)             | O instrutor leva o praticante a um determinado ritmo constante durante 4 minutos no sentido horário. Depois, 4 minutos em direção oposta. Um fisioterapeuta e um assistente realizam depois exercícios.  |                      |   |

Conforme, documenta a tabela nos estudos onde constavam referências à condução da sessão, era essencialmente documentado um início de sessão marcado ora por uma aproximação ao espaço (*e.g.*, Campos, 2007), ora por momentos de relaxamento/ alongamento (*e.g.*, Lucena & Schmitt & Quadros, 2006). A referência às atividades consubstanciou menção a variações no andamento (*e.g.*, Mendonça, 2013), na direção (*e.g.*, McGibbon, et al., 2009), no solo e terreno (*e.g.*, Lucena & Schmitt & Quadros, 2006); as instruções que visavam mudanças de posição (*e.g.*, Vermelhudo, 2011) e o uso dos membros superiores (*e.g.*, Clemente, 2009). A caracterização do cavalo usado na terapia regeu-se, na maioria das ocasiões, a dimensões como a altura (*e.g.*, Lima & Miyagawa, 2007; Lucena & Schmitt & Quadros, 2006), idade (*e.g.*, Vermelhudo, 2011; Mendonça, 2013) e temperamento (*e.g.*, Vermelhudo, 2011; Leitão, 2003).

Por fim, em relação à última dimensão de estudo - *i.e.*, o impacto da terapia sobre as variáveis dependentes (**tabela 8**) - pudemos verificar que todos os estudos sugerem a ocorrência de ganhos nas competências alvo de intervenção após as sessões de Equitação com fins terapêuticos.

**Tabela 8.** Estudo do impacto da intervenção em função do domínio de intervenção e das variáveis dependentes.

|   |   | Com evidências<br>Nº. de estudos (identificação dos estudos)  | Follow-up<br>Nº. de estudos<br>(identificação dos estudos)  | Generalização<br>Nº. de estudos<br>(identificação dos estudos)   |
|---|---|---|---|--|
| Aprendizagem e aplicação do conhecimento            | Motivação   | 3 (Lima, 2009; Taylor & 2009; Campos, 2007)   |   |  |
|   | Raciocínio  | 2 (Gimene & Andrade, 2004; Costa & Faria, 2005)   |   |  |
|   | Memória   | 1 (Gimene & Andrade, 2004)  |   |  |
|   | Concentração  | 5 (Escobar, 2011; Silvério, 2013; Gonçalves & Lima, 2009; Gimene & Andrade, 2004; Silva & Grubits, 2004)  |   |  |
|   | Organização temporal  | 4 (Prestes, 2010; Gonçalves & Lima, 2009; Barbosa, 2013; Silva, 2003)   |   |  |
|   | Organização espacial  | 3 (Prestes, 2010; Gonçalves & Lima, 2009; Barbosa, 2013)  |   | 1 (Silva, 2003)  |
| Mobilidade  | Tónus muscular  | 5 (Munaretto, 2006; Lechner et al., 2003; Andrade, 2010; Ionatamishvili, 2002; Lechner, 2007)   |   |  |
|   | Flexibilidade   | 1 (Espindula et al., 2012)  |   |  |
|   | Postura e Equilíbrio  | 17 (McGibbon, 2009; Munaretto, 2006; Seixas, 2011; Benda & McGibbon & Grant, 2003; Borges et al., 2009; Meneghetti, 2008; Barbosa, 2013; Mota & Graup & Copetti, 2006; Torquato et al., 2013; Lima & Miyagawa, 2007; Herrero et al., 2010; Shurtleff et al., 2006; Mendonça et al., 2013; Silva, 2003; Clemente et al., 2009; Menezes, 2013; Roa, 2011) | 5 (Lima & Miyagawa 2007; Meneghetti et al., 2008; Ionatamishvili, 2002; Araujo et al., 2007; Mürmann & Patias & Hammes, 2011) | 4 (Meneghetti et al., 2011; Araújo, 2007; Silva & Grubits, 2004; Villasana & Torres & Solórzano, 2010) |
|   | Motricidade fina  | 4 (Prestes, 2010; Leitão, 2003; Barbosa, 2013; Schelbauer & Pereira, 2012)  |   |  |
|   | Motricidade Global  | 5 (Prestes, 2010; Vermelhudo, 2011; Sterba & Rogers & France, 2002; Gibb & Chandler, 2008; Ionatamishvili, 2002)  | 1 (Sterba & Rogers & France, 2002)  | 3 (Leitão, 2003; Costa, 2012; Schelbauer & Pereira, 2012)  |
|   | Coordenação e planeamento motor   | 7 (Copetti et al., 2007; Torquato et al., 2013; Schelbauer & Pereira, 2012; Gibb & Chandler, 2008; Hammer et al., 2005; Silva, 2003; Araújo, 2007)  | 1 (Ionatamishvili et al., 2002)   | 2 (Seixas, 2011; Lucena & Quadros & Schmitt, 2006)   |
| Força muscular                                      | 4 (Munaretto, 2006; Costa, 2012; Negri et al., 2010; Mejías & García, 2003) | 2 (Espindula et al., 2000; Mejías & García, 2005)   |   |  |
| Comunicação e Interação, e gestão de comportamentos | Controlo impulsividade/ agressividade                                       | 1 (Escobar, 2011)   |   |  |
|   | Aceitação de regras   | 4 (Escobar, 2011; Andrade, 2004; Gimene, 2004; Silva & Grubits, 2004)   |   |  |
|   | Comunicação   | 7 (Justi, 2009; Silvério, 2013; Santos, 2004; Gonçalves & Lima, 2009; Gimene & Andrade, 2004; Leitão, 2003; Coelho, 2005)   |   | 1 (Silva & Grubits, 2004)  |
|   | Socialização  | 2 (Bass & Duchowny & Llabre, 2009; Silva & Grubits, 2004)   | 1 (Bass & Duchowny & Llabre, 2009)  |  |
|   | Auto-estima   | 8 (Prestes, 2010; Santos, 2004; Gonçalves & Lima, 2009; Gimene & Andrade, 2004; Leitão, 2003; Campos, 2007; Gibb & Chandler, 2008; Ionatamishvili et al., 2002)   | 1 (Gimenes & Andrade 2004)  |  |

No que se refere aos estudos dirigidos a aspectos da mobilidade, todos apresentam evidência de ganhos nas competências, nomeadamente ao nível da força muscular, do planeamento motor e coordenação, na postura e equilíbrio, na motricidade fina e global. O estudo do impacto da intervenção fez-se com recurso à observação (*e.g.*, estudo de Silva & Grubits, 2004 e Araújo, 2007), e ao uso de instrumentos de avaliação, como por exemplo a escala de Gross Motor Function Measure (*e.g.*, estudo de Sterba, 2002); Escala de Equilíbrio de Berg (*e.g.*, estudo de Enéas & Patias & Hammes, 2011); registo postural por recurso fotográfico com máquina digital (*e.g.*, Araujo et al., 2007; Menezes, 2013).

Em relação aos estudos relativos à comunicação, interação e gestão de comportamentos, os resultados reportam a promoção de variáveis como a aceitação de regras, a comunicação e a autoestima/autoconfiança. A este nível é reportado o uso de ferramentas de avaliação como a Escala de Desenvolvimento mental de Ruth Griffiths (*e.g.*, estudo de Coelho, 2005); e o recurso a fichas diárias (*e.g.*, Escobar, 2011 e Gimene & Andrade, 2004;), a registos escritos/fotografados e filmados (*e.g.*, Meneghetti et al., 2011).

Em relação à aprendizagem e aplicação do conhecimento foram documentadas melhorias em variáveis como a atenção/ concentração, a motivação e a organização temporal e espacial. Escala de desenvolvimento motor e baterias de testes (*e.g.*, estudo de Barbosa, 2013), bem como, entrevistas foram usadas como forma de apurar os resultados (*e.g.*, estudo de Gibb & Chandler, 2008).

Dos estudos examinados, apenas dez estudos fizeram follow-up, testando o impacto da intervenção após algum tempo desde a finalização da intervenção. Destes estudos oito revelam que o impacto positivo se manteve após um ano. Enquanto outros dois revelam que o impacto positivo se manteve após seis meses. Em relação à generalização, 11 estudos verificaram o impacto

da intervenção em contextos de vida das crianças/jovens, 4 verificaram impacto em contexto escolar e sete em contexto familiar.

## 4.2. ESTUDO 2 - GRUPOS FOCAIS

Conforme se verificou através da revisão sistemática, são poucos os estudos a explicitar aspectos relacionados com o processo - *i.e.*, estratégias, métodos, abordagens usadas na condução das sessões - bem como, a análise do impacto desta terapia sobre a funcionalidade das crianças e jovens nos seus contextos de vida. Com os grupos focais pretendíamos aprofundar essas duas dimensões de informação, através da perspectiva de *peritos*.

Conforme mostra a **tabela 9**, dos quatro temas que constavam no guião da entrevista emergiram 24 categorias. O sistema de categorização derivou da análise de um total de 359 unidades de significado, identificadas a partir de um total de 27494 palavras. Como podemos observar, grande parte das unidades de significado encontradas no discurso dos participantes (47.08% das unidades de significado totais) referiu-se ao tema “Processo inclusivo no contexto escolar” - onde os participantes discutiam o impacto desta intervenção na promoção do processo inclusivo em contexto educacional. Em segundo lugar, o tema em que mais unidades de significado foram encontradas foi o relativo à discussão da “Preparação e planeamento das sessões” - representando 20.61% do total de unidades de significado. Por oposição, o tema menos abordado foi “Boas práticas para o sucesso da intervenção” – 11.14% do total de unidades de significado.

**Tabela 9.** Número de unidades de significado identificadas em cada tema e categoria, bem como o número de participantes que a abordou.

| Temas  | Categorias  | Nº de participantes / nº unidades de significado | Nº total de unidades de significado |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <b>Boas práticas para o sucesso da intervenção</b> | Qualidade técnica de cada profissional da equipa        | 12(15)   | 40                                  |
|  | Tipo de formação equestre                               | 2(2)   |                                     |
|  | Avaliação e o planeamento de objetivos                  | 10(10)   |                                     |
|  | Segurança   | 12(13)   |                                     |
| <b>Preparação e planeamento das sessões</b>        | Avaliação das necessidades/prioridades da criança/jovem | 12(16)   | 74                                  |
|  | Avaliação das necessidades/prioridades da família       | 3(3)   |                                     |
|  | Avaliação do ambiente                                   | 6(6)   |                                     |
|  | Definição de objetivos                                  | 12(14)   |                                     |
|  | Escolha do cavalo                                       | 7(7)   |                                     |
|  | Tipo de sessão  | 10(10)   |                                     |
|  | Seleção do equipamento a utilizar                       | 8(9)   |                                     |
|  | Escolha da equipa presente em cada sessão               | 6(9)   |                                     |
| <b>Resultados</b>                                  | Físico/ Motor   | 12(24)   | 50                                  |
|  | Socio-Emocional   | 12(26)   |                                     |
| <b>Processo inclusivo no contexto escolar</b>      | Comunicação   | 9(10)  | 169                                 |
|  | Interação/ Socialização                                 | 11(35)   |                                     |
|  | Realização de tarefas diárias                           | 8(9)   |                                     |
|  | Melhoramento da destreza física                         | 12(12)   |                                     |
|  | Iniciativa  | 8(10)  |                                     |
|  | Autoestima  | 6(16)  |                                     |
|  | Autonomia   | 9(20)  |                                     |
|  | Atenção / Concentração                                  | 11(34)   |                                     |
|  | Gestão de conflitos                                     | 9(9)   |                                     |
|  | Resolução de problemas                                  | 9(14)  |                                     |

### *Boas práticas para o sucesso da intervenção*

Relativamente à discussão de práticas associadas ao sucesso da intervenção, todos os técnicos ( $n=12$ , 15 unidades) referiram que é importante a qualidade técnica de cada profissional da equipa - apelando à necessidade de cada

profissional da equipa ser detentora de qualidade técnica, possuir formação equestre, ser capaz de avaliar e planear objectivos para as sessões e ter sempre em conta a segurança do cavaleiro. Como referiu um dos participantes: *“A equipa deve ser profissional e capaz de planear corretamente uma sessão, tendo em conta as necessidades específicas de cada um.”*

O tipo de formação equestre foi mencionado por dois ( $n=2$ , 2 unidades) entrevistados, os quais referem que os técnicos de Equitação Terapêutica devem possuir conhecimentos acerca do cavalo e da equitação, não só os práticos como também os teóricos: *“Para se alcançar o sucesso é necessária qualidade técnica de cada profissional da equipa, no que respeita à área profissional de base. O tipo de formação equestre e os conhecimentos acerca do cavalo e da equitação, não só práticos como também teóricos.”*

A avaliação e o planeamento de objectivos foram indicados por dez técnicos ( $n=10$ , 10 unidades) como um aspecto determinante para o sucesso das práticas: *“Avaliar o praticante, a família e o ambiente que esta proporciona ao praticante, traçando objetivos a desenvolver nas sessões”*

Todos os entrevistados ( $n=12$ , 13 unidades) sublinharam a importância da segurança do criança/jovem, nomeadamente a necessidade de usar o toque e roupas adequadas à sessão e dos técnicos escolherem o cavalo e o equipamento mais adequado para cada caso. Este aspecto é transparecido no discurso dos participantes: *“Em primeiro lugar a segurança, a criança/jovem deve usar o capacete e roupas adequadas para a sessão”; “Ter em conta a segurança e saúde da criança/jovem nas atividades a realizar”*

#### *Planeamento e preparação das sessões*

No planeamento/preparação das sessões, todos os entrevistados ( $n=12$ , 16 unidades) sublinham a necessidade de ancorar o processo numa avaliação da criança/jovem, das suas necessidades e prioridades. Como mostra a frase:

*“Devemos considerar as necessidades específicas de cada cavaleiro, nomeadamente uma boa definição de objectivos”.*

A avaliação da família foi referida por três dos entrevistados (3 unidades) - especificamente a necessidade de perceber as suas necessidades, expectativas e prioridades: *“Avalia-se o praticante e a sua família, tendo o cuidado de tentar perceber o que a família espera alcançar com estas sessões”.* A avaliação do ambiente foi referida por seis técnicos (6 unidades): *“Avalia-se o ambiente em que a criança está inserida e traça-se objectivos e desenvolve-se as sessões de acordo com esses objectivos”.* Na discussão deste procedimento - como fazendo parte do planeamento e preparação das sessões - foi feita referência a métodos de avaliação usados, como a consulta de relatórios de médicos, de relatórios produzidos por educadores/ professores, troca de informação/ discussão em reuniões semanais ou mensais entre os técnicos (nomeadamente para ajustamento do plano, tendo em vista o cumprimento dos objetivos propostos) e reuniões com os familiares.

Todos os técnicos ( $n=12$ , 14 unidades) mencionaram a definição de objectivos como elemento importante no planeamento da sessão. A atenção dedicada a esta etapa é transparecida na frase: *“As necessidades específicas de cada cavaleiro, nomeadamente uma boa definição de objectivos a desenvolver nas sessões”.* Sete peritos ( $n=7$ , 7 unidades) falam da escolha do cavalo como procedimento integrante do planeamento/ preparação das sessões. A análise das suas características temperamentais parece ser o elemento central na escolha: *“O cavalo tipo, calmo, concentrado, que não apresente sustos, de fácil maneio”.*

Dez participantes ( $n=10$ , 10 unidades) fizeram referência ao tipo de sessão (*i.e.*, a escolha entre Hipoterapia, Equitação Terapêutica e Equitação Adaptada) a seleccionar para cada caso, realçando que a escolha do tipo de sessão deve ser fundamentada nas necessidades que a criança/jovem possa

apresentar. Como ilustram as frases: *"Depende do enorme leque de necessidades que o cavaleiro possa apresentar que estão relacionadas com esta área. Em equitação é possível desenvolver trabalhos relacionados com bastantes competências de desempenho do indivíduo."*

Oito ( $n=8$ , 9 unidades) mencionam a escolha do equipamento a utilizar de acordo com a sessão em causa, referindo como elementos essenciais os recursos materiais (e.g., bolas, arcos, cones) e pedagógicos (e.g., jogos didáticos, puzzles) e as adaptações de materiais de acordo com cada cavaleiro e objectivos a atingir. Frase ilustrativa disso mesmo é: *"Antes de cada sessão, deve ser realizada uma reunião com a equipa de modo a ser possível planear o cavalo a utilizar, o tipo de sessão a realizar, o equipamento disponível no picadeiro e o número de pessoas da equipa presentes em cada sessão"*.

Seis ( $n=6$ , 9 unidades) referem a escolha da equipa para trabalhar em cada sessão, onde destacam o papel do líder, do assistente e do técnico: *"Selecionar o tipo de assistentes e o técnico responsável por cada sessão"*.

### *Resultados*

Todos os técnicos ( $n=12$ , 24 unidades) sublinharam o impacto positivo da terapia em termos físicos/ motores (a simetria, a coordenação, a mobilidade articular, o equilíbrio, a postura, a marcha) e a nível sócio-emocional (auto estima, auto imagem positiva e confiante) ( $n=12$ , 26 unidades): *"Os resultados ecoam nos três principais pilares da vida humana: físico, emocional e social"*.

### *Processo inclusivo no contexto escolar*

Quanto à análise dos resultados desta intervenção na promoção do processo inclusivo das crianças/jovens em contexto educacional, todos os participantes referiram contributos positivos da equitação com fins terapêuticos. Este contributo foi visto pelos participantes como resultante do

desenvolvimento de competências como a comunicação ( $n=9$ , 10 unidades) a interação ( $n=11$ , 16 unidades), a socialização ( $n=11$ , 19 unidades) e a autonomia para a realização das tarefas diárias ( $n=8$ , 9 unidades). De maneira idêntica foi também referido o melhoramento da destreza física ( $n=12$ , 12 unidades), da autoestima ( $n=6$ , 16 unidades), do tempo de atenção ( $n=11$ , 16 unidades), da capacidade de resolução de problemas ( $n=9$ , 14 unidades), e de gestão de conflitos e relações psicossociais ( $n=9$ , 9 unidades): *“Embora o feedback em contexto educacional não seja o ideal, sabemos que ao nível da comunicação, interação, socialização, realização de tarefas diárias, melhoramento da destreza física, vontade, iniciativa e autoestima, são alguns dos fatores apontados pontualmente pelos pais, educadores e professores”*.

#### 4.2.1. Entrevista aos pais

A análise decorre de um conjunto de temas formulados à priori que e compunham o guião da entrevista. Por meio da análise de conteúdo, foram destacadas as unidades de registo que estavam presentes nos depoimentos dos entrevistados. Análise decorreu sobre um corpo de texto de 4500 palavras, dentre as quais se identificaram 127 unidades de significado (**tabela 10**). A maioria das unidades de significado estiveram relacionadas com o tema Dimensões de impacto (49 unidades, 38.6%) e Expectativas associadas à terapia (35 unidades, 27.6%). Por oposição, os temas cuja discussão gerou menos unidades de significado foram os "Factores que influenciam os resultados da terapia" (4 unidades, 3.1%) e o "Impacto em contexto educacional" (9 unidades, 7.1%).

**Tabela 10.** Número de unidades de significado identificadas em cada tema e categoria, bem como o número de participantes que a abordou.

| <b>Temas</b>  | <b>Categorias</b>                      | <b>Nº de participantes/<br/>nº de unidades<br/>de significado</b> | <b>Nº total de<br/>unidades de<br/>significado</b> |
|---|--|---|--|
| <b>Definição da<br/>terapia</b>                       | Intervenção especializada              | 1(1)  | 19   |
|   | Interação criança-cavalo               | 8(10)   |  |
|   | Papel complementar a uma intervenção   | 6(6)  |  |
|   | Meio repleto de estímulos              | 1(2)  |  |
| <b>Expectativas<br/>associadas à terapia</b>          | Promover o desenvolvimento             | 6(6)  | 35   |
|   | Promover a autonomia                   | 5(9)  |  |
|   | Envolvimento competitivo/equitação     | 2(2)  |  |
|   | Motricidade                            | 3(3)  |  |
|   | Sociabilização                         | 5(5)  |  |
|   | Promover gestão de comportamento       | 5(7)  |  |
|   | Qualidade de vida                      | 2(2)  |  |
|   | Sem expectativas objectiváveis         | 1(1)  |  |
| <b>Dimensões de<br/>impacto</b>                       | Autonomia                              | 2(5)  | 49   |
|   | Gestão do comportamento                | 5(13)   |  |
|   | Interação                              | 5(9)  |  |
|   | Competências motoras                   | 7(14)   |  |
|   | Concentrar atenção                     | 4(5)  |  |
|   | Melhoria na autoconfiança              | 2(3)  |  |
| <b>Impacto em<br/>contexto<br/>educacional</b>        | Interação/relacionamento com os outros | 2(2)  | 9  |
|   | Concentração                           | 3(3)  |  |
|   | Escrita                                | 1(1)  |  |
|   | Trabalhos manuais                      | 1(1)  |  |
|   | Comunicação                            | 2(2)  |  |
| <b>Impacto em<br/>contexto familiar</b>               | Gestão do comportamento                | 4(7)  | 11   |
|   | Auto confiança                         | 1(1)  |  |
|   | Bem-estar                              | 3(3)  |  |
| <b>Factores que<br/>influenciam os<br/>resultados</b> | Considerar diagnóstico                 | 1(1)  | 4  |
|   | Individualização da terapia            | 1(1)  |  |
|   | Empatia criança-terapeuta              | 2(2)  |  |

### *Definição da terapia*

Um dos aspectos centrais realçados (8 pais, 10 unidades) na definição da terapia é a interação entre a criança e o cavalo: *"Esta é uma terapia que compreende interação com o cavalo"*. O facto de representar um meio complementar à intervenção, foi também sublinhado por seis entrevistados (6 unidades de significado), caracterizando-a como um estímulo extra: *"Nestes casos em particular é um bom estímulo extra para potenciar a interação ativa"*. Referências à terapia enquanto uma intervenção especializada e como um meio repleto de estímulos foram - ainda que em menor numero e por menos participantes - factores também definidores da equitação com fins terapêuticos.

### *Expectativas associadas à terapia*

Em relação ao segundo tema identificaram-se oito categorias. As expectativas associadas à terapia foram, em termos gerais, colocadas ao nível da autonomia (5 pais, 9 unidades) e ao nível do desenvolvimento (6 pais, 6 unidades) -*"Tenho esperança que este trabalho que está a ser feito com o meu filho potencie a autonomia"*; *"Espero que com esta terapia o meu filho fique cada vez mais autónomo"*; *"Espero que o meu filho alcance o desenvolvimento próprio de uma criança da sua idade"*. Outra expectativa frequentemente realçada (5 pais, 9 unidades) é a promoção da gestão de comportamento (5 pais, 7 unidades): *"No caso da minha filha espero que ela consiga adquirir capacidades de autorregulação"*; *"Uma das coisas que me levou a procurar esta terapia foi querer que o meu filho seja capaz de seguir regras, seja em casa ou na escola"*.

### *Dimensões de impacto*

Em relação ao terceiro tema identificaram-se seis categorias. A mais mencionada (7 pais, 14 unidades) é a aquisição de competências motoras – “*O meu filho adquiriu uma melhor postura*”. A segunda categoria que parece melhor definir outra dimensão de impacto é a promoção da gestão de comportamento (5, pais, 13 unidades): “*Noto, já há alguns meses, uma maior capacidade de autorregulação. Principalmente em casa*”; “*A capacidade do meu filho para seguir regras e estar mais disciplinado aumentou bastante*”.

### *Impacto em contexto educacional e familiar*

No quinto tema identificaram-se cinco categorias. A mais mencionada (3 pais, 3 unidades) é o facto de esta terapia proporcionar concentração em contexto educacional - “*Segundo a professora, a minha filha está mais concentrada durante as aulas*”. As segundas mais mencionadas são a interação/relacionamento com os outros (2 pais, 2 unidades) e a comunicação (2 pais, unidades): “*À mesa já conseguimos falar entre nós, tendo o meu filho a tentar acompanhar-nos com as palavras que foi aprendendo*”.

Em relação ao tema *Impacto em contexto familiar* identificaram-se cinco categorias. A mais mencionada (4 pais, 4 unidades) é o facto de esta terapia proporcionar melhor gestão do comportamento em contexto familiar - “*O meu filho está muito mais calmo*”. A segunda categoria é o bem-estar da criança/jovem em contexto familiar (3 pais, 3 unidades de significado, três entrevistados): “*Noto na minha filha uma sensação de bem-estar pois as dores começaram a diminuir*”.

### *Factores que influenciam os resultados da terapia*

Em relação ao último tema identificaram-se três categorias. A mais mencionada (2 pais, 2 unidades) é o facto do sucesso desta terapia assentar na

empatia estabelecida entre a criança e o terapeuta - *"Exige uma empatia com o aluno e a terapeuta"*. As segundas mais mencionadas foram a necessidade de se conhecer o diagnóstico (1 pai, 1 unidade) - *"Tem que se ter presente todo o diagnóstico da criança"* - e a individualização da terapia (1 pai, 1 unidade) - *"É uma terapia individualizada e acompanhada individualmente a tempo inteiro percebendo e corrigindo as deficiências físicas e psicológicas que o aluno vai demonstrando à medida que vai conseguindo, ou não resolver os exercícios que lhe são apresentados"*.

## 5. DISCUSSÃO

Com este estudo procurámos identificar e sistematizar linhas orientadoras referentes a boas práticas na implementação da Equitação com fins Terapêuticos, bem como, examinar as dimensões de impacto destas intervenções sobre crianças/jovens em situação de incapacidade.

No que se refere às dimensões de impacto desta intervenção, os dados obtidos através da revisão sistemática revelam que todos os estudos examinados - cuja maioria corporizava estudos de caso e incidia sobre amostras referentes a crianças entre os 6 e os 10 anos - reportam ganhos sobre as variáveis em análise. A grande maioria das evidências constantes nestes estudos reportam-se a aspectos da mobilidade (especificamente, controlo postural, coordenação e planeamento motor, e motricidade global) sendo, contudo, visível nos resultados da revisão, a emergência de uma análise que abrange aspectos da comunicação, interação, gestão de comportamentos e aspectos relativos ao domínio da aprendizagem e aplicação do conhecimento (*e.g.*, McGibbon et al., 2009; Silva & Grubits, 2004)). Esta tendência, muito embora pragmatizada, ainda, preferencialmente sobre variáveis que

transparecem uma dimensão individual da funcionalidade - colocado ora sobre a concentração e organização temporal/ espacial ao nível da aprendizagem ora sobre aspectos de auto-estima ao nível da interação (*e.g.*, Prestes & Weissb & Araújo, 2010; Gonçalves & Lima, 2009) -, parece espelhar uma deslocação do olhar do impacto desta terapia para aspectos da Atividade e Participação das crianças, de um modo progressivamente congruente com o aspecto holístico e complementar ao processo de inclusão que lhe tem vindo a ser atribuído (*e.g.*, Bass & Duchowny & Llabre, 2009; Escobar, 2011) - e que, aliás, é assim percebida pelos pais.

O impacto positivo da terapia é corroborado pela perspectiva dos peritos - de que um modo consonante com a revisão - destacam essencialmente efeitos sobre o desenvolvimento motor e sócio-emocional (*e.g.*, Seixá, 2011; Copetti et al., 2007;). Mais uma vez, desta feita através da voz dos peritos, se nota um reconhecimento ou sustentação desta terapia essencialmente assente em aspectos de cariz desenvolvimental - estando ainda remetido para o plano das expectativas um impacto que se revele em dimensões de participação. Como mostra os resultados do nosso estudo é essencialmente na análise das expectativas dos pais e na auscultação do possível impacto da terapia no contexto educativo e familiar que surgem, com mais frequência, variáveis associadas à socialização, interação, autonomia - que *per se* consubstanciam uma dimensão mais social da funcionalidade (associada de um modo mais direto à Participação).

Sobre este tópico importa concluir que é, facto sobre a mobilidade que mais amplamente se encontra evidências de impacto da terapia, começando também a assumir importância a expansão de estudos e de uma prática que monitorize e seja orientada sobre um plano integrado de ações que se revelem sobre a dimensão da participação. De facto, se considerarmos as expectativas dos pais como um dos mais importantes guias na definição de melhores

abordagens interventivas, então parece importante que o caminho da investigação e das práticas se trace no sentido de apurar em que medida os ganhos ainda que remetidos a aspectos individuais se revelam / têm impacto no dia-a-dia da criança/ jovem. Esta necessidade, parece ver-se sublinhada quando consideramos o reduzido número de estudos que inclui a avaliação após período de implementação da terapia (follow-up) e, sobretudo, que inclui uma avaliação da generalização das competências adquiridas.

Quando perspectivado especificamente em relação ao contexto escolar, o impacto desta terapia é remetido, segundo o olhar dos peritos, para aspectos globais de participação ligados à comunicação e interação, e autonomia, mas também a atividades específicas relativas aos progressos em termos de destreza física e da atenção/ concentração. É também ao nível da interação e ao nível da atenção/ concentração que os pais sugerem que a terapia terá impacto no contexto escolar. Já no contexto familiar assume preponderância a gestão de comportamentos como uma dimensão de impacto mais destacada pelos pais. Muito embora estas dimensões se encontrem menos representadas enquanto variáveis dependentes dos estudos revistos, encontra-se na literatura uma sugestão de impacto sobre elas (*e.g.*, Silva, 2011; Leite, 2009). Estas, pois, parecem ser dimensões centrais de análise - que merecem sustentação empírica - no sentido de tornar mais robusta e direcionada uma prática com efeito sobre os contextos de participação das crianças/ jovens.

Este aspecto lança-nos, naturalmente, para a nossa segunda questão de estudo relativa à sistematização das abordagens adoptadas na condução da terapia. De facto, a premência de um impacto que se revele nos contextos reais de vida da criança/ jovem e de um plano integrado de intervenção implica necessariamente a ativação de mecanismos de articulação entre os diferentes recursos e profissionais que prestam suporte à criança/ jovem.

Este aspecto, contudo, não se vê ainda representado na descrição dos planos de intervenção reportados na literatura, podendo ver-se apenas indiretamente transparecido no discurso dos peritos e pais quando destacam a avaliação e individualização como um dos aspectos chave no sucesso da terapia. Esta avaliação e delineamento individualizado dos objectivos, quando escrutinado o discurso dos peritos, vê-se associada à consulta de informação produzida por outros profissionais (*e.g.*, professores, técnicos de saúde) e a uma avaliação que se reporta também à auscultação das necessidades e prioridades da família e à análise dos factores ambientais.

Para além da individualização, destacada pelos pais, e da avaliação e planeamento de objectivos, enfatizado pelos peritos, foram destacados também como componentes a considerar nas boas práticas da terapia aspectos relativos à qualidade técnica dos profissionais e de segurança na condução das sessões. Estes aspectos encontravam-se, aliás, já transparecidos na literatura como sendo elementos cruciais para o desenvolvimento bem-sucedido da terapia (*e.g.*, Mejías & Garcí, 2003; Mendonça, 2013). Em relação à qualidade técnica foi destacado a necessidade dos profissionais possuírem conhecimentos práticos e teóricos acerca do cavalo e da equitação. Vai pois de encontro à necessidade, como já destacada por Dotti (2005), de ser bem definido um corpo de competências e conhecimentos transversal a todos os profissionais que implementam a equitação com fins terapêuticos. Ao nível da segurança, foi enfatizado a necessidade de prestar atenção ao equipamento do cavaleiro e à escolha do cavalo - entrando em linha de conta, não só, aspectos físicos (a altura e idade do cavalo) como também aspectos temperamentais (*e.g.*, Clemente, 2009; Enéas et al., 2011).

A escolha do cavalo foi, aliás dos poucos aspectos procedimentais encontrados nos estudos revistos (*e.g.*, Clemente, 2009; Vermelhudo, 2011). Como já referimos, poucas referências a aspectos procedimentais das

intervenções implementadas foram encontradas nos artigos. Exceção foi feita em alguns artigos (*e.g.*, McGibbon, et al., 2009; Mendonça, 2013), cuja descrição incluiu referência à estrutura da sessão - geralmente, à execução de uma fase inicial de aproximação ao espaço (*e.g.*, Campos, 2007) e de relaxamento/ alongamento (*e.g.*, Lucena & Schmitt & Quadros, 2006) - e às atividades efectuadas em termos de variações no andamento, na direção variações de posição ou o recrutamento dos membros superior nas atividades (*e.g.*, Mendonça, 2013; Clemente,2009; McGibbon, et al., 2009).

## 6. CONCLUSÃO

A partir da triangulação de diferentes métodos de recolha e análise de dados, os resultados deste estudo parecem sugerir um consenso alargado no que se refere ao impacto da Equitação com fins Terapêuticos em dimensões da funcionalidade que se reportam de um modo mais incidente sobre aspectos da mobilidade, mas que começam também a abranger aspectos da interação/comunicação e competências subjacentes à aprendizagem - aspectos especialmente nomeados quando se perspectiva o impacto da terapia em contexto escolar e familiar. Abordagens associadas ao sucesso e a boas práticas foram atribuídas essencialmente a factores relativos à qualidade técnica dos profissionais, à segurança na condução da sessão e à necessidade de avaliar e definir objetivos para cada criança/ jovem.

Face aos resultados encontrados (e à leitura que deles fazemos) parece importante que estudos futuros promovam sustentação empírica relativa às dimensões impacto mencionadas por pais e peritos nos contextos escolar e familiar. Trazer a lume maior detalhe relativamente a aspectos procedimentais - definidores das boas práticas - parece também ser prioritário. O alargamento da amostra e o uso de outros métodos de recolha de dados poderão configurar importantes estratégias para futuros estudos. A promoção de mecanismos de articulação do trabalho desenvolvido em contexto de equitação terapêutica com outros contextos de intervenção, parece também configurar objeto de estudo e desenvolvimento.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Almeida, E.V.N. (2011). Equitação: como e porquê. Lisboa: Dinalivro

Alves, A. M. (2006). Alternativas pedagógicas para minimizar a ansiedade e aumentar a concentração em crianças com o transtorno do déficit de atenção e hiperactividade (TDAH): os saltos de equoterapia em questão. XII Congresso Internacional de Equoterapia: FRDI, 2.

Alves, E. M. R. (2009). Prática em Equoterapia: Uma abordagem fisioterápica. São Paulo: Atheneu Editora.

Araújo, Júlio, Prestes Daniela e Weiss (2010). A equoterapia no desenvolvimento motor e autopercepção de escolares com dificuldades de aprendizagem. Disponível em [www.cienciasecognição.org/revista/index.php/cec/article/view/423](http://www.cienciasecognição.org/revista/index.php/cec/article/view/423)

Araújo, T. B. (2006). Uso da equoterapia como estratégia de tratamento fisioterapêutico para melhorar o equilíbrio postural em amputados do membro inferior: um estudo piloto. In XII congresso internacional de equoterapia (194 – 202). Brasília: ANDE – brasil.

Associação Nacional de Equoterapia - Brasil. (2006). Programas básicos de Equoterapia. Recuperado de [http://www.equoterapia.org.br/programa\\_basico.php](http://www.equoterapia.org.br/programa_basico.php)

Barbosa, G. O.; Munster M. A. V. (2011). Equoterapia: implicações nos aspectos psicomotores de crianças com TDAH. VII encontro da associação brasileira de

pesquisadores de educação especial (2926 – 2937). Londrina (brasil): Universidade federal de São Carlos.

Bases e fundamentos doutrinários da equoterapia no Brasil. Disponível em <http://www.equoterapia.org.br/doutrina.pdf> [Consultado em agosto de 2011].

Bass, M. M.; Duchowny, C.A.; Llable, M. M. (2009). The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, volume 39 (9), 1261 - 1267.

Benda, W., McGibbon, N. H., & Grant, K. L. (2003). Improvements in muscle symmetry in children with cerebral palsy after equine-assisted therapy (hippotherapy).

Blery, M. J., & Kauffman, N. (1996). The effects of therapeutic horseback riding on balance. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*, 49-56.

Brito, A. M. (2007). A eficácia da hipoterapia como método terapêutico em crianças com Perturbações do Espectro de Autismo. Recuperado a 7 de Fevereiro de 2011, em <http://edif.blogs.sapo.pt/32472.html>.

Brito, A. M. B. (2007). Autismo e hipoterapia: uma combinação terapêutica benéfica e viável? Disponível em <http://edif.blogs.sapo.pt/32472.html>, consultado a 5/5/2013.

Campos, C. S. (2007). Equoterapia – o enfoque psicoterapêutico com crianças Down (Dissertação de Licenciatura, Universidade Católica de Goiás). Disponível em [http://www.equoterapia.org.br/trabalho\\_ver.php?indice=86](http://www.equoterapia.org.br/trabalho_ver.php?indice=86)

Copetti, F. e outros (2007). Comportamento angular de crianças com síndrome de Down após intervenção com equoterapia. Revista brasileira fisioterapia, vol. 11, n.º 6, pp 503-507.

Costa, N. F. (2005). Auto conceito e equitação adaptada em portadores de paralisia cerebral. In 2º seminário internacional de educação física, lazer e saúde: novos modelos de análise e intervenção (pp 1-10). Braga: universidade do Minho.

Dotti, J. (2005). Terapia e animais. São Paulo: PC Editorial.

Dvorakova e outros (2009). The influence of the leader on the movement of the horse in walking during repeated hippotherapy sessions. In Acta university Olomouc, nº 39 (3 - 43). Olomouc (Alemanha): university Olomouc.

Dzwonkowska, J. (2006). Melhorando as aptidões comunicativas de crianças que demonstram habilidades da fala subdesenvolvidas durante a equoterapia. In XII congresso internacional de equoterapia, 208 -211. Brasília, Brasil: FRDI /ANDE-brasil.

ENE, escola nacional de equitação (2010). Manual de apoio à formação: técnicos de saúde e educação terapêutica. Lisboa: Escola Nacional de Equitação.

Epona, (2011). Para que serve a equitação Natural? A base de qualquer relação entre

Homem e Cavalo. Magazine Bimestral de equitação e tauromaquia. Dihamante brilha no festival. Equitação. Ano XVI nº 91. Julho/Agosto. Pp84-85. [Consultado em julho de 2012]

Ernst, M.; Fuente, M. D.L. (2007). Manual básico de hipoterapia: terapia asistida con caballos. Barcelona, Espanha: La liebre de Marzo.

Escobar, C. S. (2011). As influências da equitação terapêutica no desenvolvimento de crianças e adolescentes com transtorno de deficit de atenção /hiperactividade. Mestrado. Universidade católica Dom Basco (UCDB), Campo Grande, Minas Gerais do Sul, Brasil.

Espindula, A. P. (2008). Efeitos da Equoterapia em praticantes autistas (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro). Disponível em [http://www.uftm.edu.br/patolo/cpgp/imagem/Tese\\_AnaPEspindulaME.pdf](http://www.uftm.edu.br/patolo/cpgp/imagem/Tese_AnaPEspindulaME.pdf)

Fabiola, Borowsky (2008). Educação ambiental através da equoterapia. Disponível em <http://jararaca.ufsm.br/websites7unidadedeapoio/download/fabiola.pdf>

Faria, I., & Santos, S. (2007). Equitação especial no seio da psicomotricidade. A Psicomotricidade , 9, 41-45.

Ferrari, J.P. (2003). A prática do psicólogo na equoterapia. Licenciatura, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil.

Freire, H. B. G. (2000). Equine therapy as a therapeutic recourse in the treatment of autistic children. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*, 77-82.

Freire, E. P. (2009). O autista e os benefícios da equoterapia. Dissertação de Pós-Graduação. Universidade Cândido Mendes: Rio de Janeiro.

Freire, H.B.G. (2003). Horseback riding a therapeutically recourse of brazil child carrier of a typical autism. In world federation of menthal health biannual congress. Melbourne, Austria: NARHA.

Galvarini, S. (1997). Aspectos teóricos da reabilitação equestre. Programa de equoterapia do Pará.

Gizir (2007), Focus Group in Educational Studies.

Goirigolzarri, I. (2009). *Equitación terapéutica (EQT)*. Sevilha, Espanha: Lettera.

Hammer, A. e outros (2005). Evaluation of therapeutic riding (Sweden) /hippotherapy (United States). A single-subject experimental design study replicated in eleven patients with multiple sclerosis. *Physiotherapy theory and practice*, 21 (1), 51-77.

Haylock, P. J.; Cantril, C. A. (2006). Healing with horses: fostering recovery from cancer with horses as therapists. *Explore*, 2 (3), 264 – 268.

Heine, B. (2000). When is therapeutic riding hippotherapy?. Em B. Engel (Ed.), Therapeutic riding II: Strategies for rehabilitation (pp. 5-10). Durango: Omnipress.

Heine, B., & Schulz, M. (2006). Emphasizing the importance of the therapy horse in equine assisted therapy curricula. Em Associação Nacional de Equoterapia, & Federation of Riding for the Disabled International (Eds.), Contact between friends (pp. 9-12). Brasília: ANDE-BRASIL.

HETI (2012). HETI Setembro 2012 newsletter. Damariscotta, E.U.A.: HETI.

Lechner, H. E. e outros (2003). The short-term effect of hippotherapy on spasticity in patients with spinal cord injury. International spinal cord society, 41 (1), 502-505.

Leitão, L. (2004). Relações terapêuticas: um estudo exploratório sobre equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo. Análise Psicológica, volume 2 (XXII), 335 - 354.

Leitão, L. (2008). Sobre a equitação terapêutica: uma abordagem crítica. In Análise Psicológica, nº1 (XXVI), 81 - 100.

Lermontov, T. (2004). A psicomotricidade na Equoterapia. São Paulo: Idéias e Letras.

Liporoni, G. F.; Oliveira, A. P. R. (2005). Equoterapia como tratamento alternativo para pacientes com sequelas neurológicas. Revista científica da Universidade de França, 5 (1,6), 21 – 29.

MacKinnon, J. R., & Ferreira, J. R. (2002). The meaning of therapeutic riding for children with cerebral palsy: An exploratory study. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*, 1-15.

Malta, S. C. L. (2003). Equoterapia: o desenvolvimento cognitivo vem a galope. Dissertação de Pós-Graduação. Universidade Federal de Pernambuco: Recife.

McGibbon, N. H. e outros (2009). Immediate and long-term effects of hippotherapy on symmetry of adductor muscle activity and functional ability in children with spastic cerebral palsy. *Arch phys med rehabed*, vol. 90 (Junho). Trabalho apresentado em American congress of rehabilitation medicine.

Medeiros, M.; Dias, E. (2008). Equoterapia: noções elementares e aspectos neurocientíficos. Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.

Mehlen, Monika (2006). Chamado da natureza. Psicoterapia com cavalos. Alemanha.

XII Congresso internacional de equoterapia. Disponível em <http://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/cavalos.pdf>

Munaretto, P. (2006). Análise de interferência da equoterapia na simetria corporal de pacientes portadores de paralisia cerebral do tipo hemiparético epástico: um estudo de caso comparativo. Licenciatura. Faculdade Assis Surgacz, Paraná, Brasil.

Napier, B. e outros (1999). Concepto de hipoterapia e hípica terapêutica. In A. Gallego (coord.), *Introducción a la hipoterapia e hípica terapêutica en parálisis cerebral* (19 - 22). Almería, Espanha: universidade de Almería.

Pauw, J. (2000). Therapeutic horseback riding studies: Problems experienced by researches. *Psychotherapy*, 10, 523-527.

Pires, F. C. P. R. (2009). A equoterapia no desenvolvimento cognitivo das crianças autistas. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.1/357>, consultado a 15/5/2013.

Queiroz, J. F. (2004). Repercussões da equoterapia nas relações socioafectivas da criança com atraso de desenvolvimento por prematuridade. Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Brasil.

Ravioli e Persiani (2008, Setembro – Dezembro). Equitazione educativa adattata per soggetti on síndrome autistica. *Educazione física e sport nella scuola*, 1 (215, 216), 25 - 42.

Regina- whiteley, M. (2005). Autism and treatment with therapeutic massage. *Massage today*, 5 (02),329-343.

Santo, Eduardo; Silva, José et al (s/d). Benefícios da equoterapia com crianças portadoras de NEE. Livro de Memórias do VI Congresso Científico Norte-nordeste -

CONAFF Disponível em <http://www.equoparaiso.com.br/artigos/Beneficios%20da%20equoterapia%20com%20criancas%20portadoras%20de%20necessidades%20especiais.pdf>

Santos, F. (1994). Equoterapia: uma perspectiva para o desenvolvimento da linguagem. Pós-Graduação, Faculdade de Fonoaudiologia Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.

Santos, Sofia; Martinho, Vanessa; Santos, Anabela (2011). O impacto da ET em crianças em idade pré-escolar com NEE. Um estudo single-subject. Universidade da Coruña. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/18034>. Livro de atas do XI congresso internacional galego-português de psicopedagogia. A Coruna/universidade da Coruna: ISSN:1138-1663.

Scialli, A. L. (2002). Parent perceptions of the effectiveness of therapeutic horseback riding for children with varying disabilities. Doutorado. Lynn University, Flórida, Estados Unidos.

Seixas, Ligia (2011). O efeito da hipoterapia e da atrelagem adaptada na autoeficácia e nas funções psicomotoras de crianças com necessidades educativas especiais. Dissertação de mestrado em ciências de educação. Faculdade de ciências sociais e humanas. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em [www.run.unl.pt/bitstream/10362/5754/1/tesePDF.pdf](http://www.run.unl.pt/bitstream/10362/5754/1/tesePDF.pdf)

Silkwood-Sherer, D., & Warmbier, H. (2007). Effects of hippotherapy on postural stability in persons with multiple sclerosis. *Journal of Neurological Physical Therapy*, 2, 819-824.

Silva, Carlos e Grubits Sonia (2004). Discussão sobre o efeito positivo da equoterapia em crianças cegas. *Revista da Vetor Editora. Psic.* V5 n. 2 São Paulo. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167673142004000200002&script=>.

..

Silva, Melissa (2006). A percepção das mães de crianças atendidas em equoterapia.

Campo Grande. MS Disponível em [www.tede.ucdb.br/tde-arquivos/3/tde-2008-08-](http://www.tede.ucdb.br/tde-arquivos/3/tde-2008-08-01t131728z-139/publico/2006melissa%20cristina%20silva.pdf)

[01t131728z-139/publico/2006melissa%20cristina%20silva.pdf](http://www.tede.ucdb.br/tde-arquivos/3/tde-2008-08-01t131728z-139/publico/2006melissa%20cristina%20silva.pdf)

Silva, Nilce et al (2006). O mundo dos cavalos: possibilidade de alfabetização. Brasil.

XII Congresso internacional de equoterapia. Disponível em <http://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/cavalos.pdf>

Snider, L., Korner-Bitensky, N., Kammann, C., Warner, S., & Saleh, M. (2007). Horseback riding as therapy for children with cerebral palsy: is there evidence of its effectiveness?. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27.2., 5-23.

Spink, J. (2000). Developmental riding therapy: History and evolution. Em B. Engel (Ed.), *Therapeutic riding II: Strategies for rehabilitation* (pp. 472-486). Durango: Omnipress.

Sterba, J.A. (2007). Does horseback riding therapy or therapist-directed hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy? *Journal of developmental medicine & child neurology*, 1 (49), 68 – 73

Sterba, Rogers e Vokes (2002). Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. *Developmental medicine & child neurology*, 44 (1), 301-308.

Strauss, I. (1995). Hippotherapy – neurophysiological therapy on the horse. United States of America: Ontario Therapeutic Riding Association.

Teixeira, Ana e Sílvia Á vila (s/d). Aprendizado lúdico através do cavalo. Disponível em [www.horseonline.com.br/equoterapiaremediocavalo.htm](http://www.horseonline.com.br/equoterapiaremediocavalo.htm)

The British Horse Society, & The Pony Club (1998). Manual prático de equitação (4ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Ute Hesse, (2006). Equitação terapêutica e seus benefícios em psicopatologia. XII

Congresso, internacional de equoterapia. Disponível em <http://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/cavalos.pdf>.

Vasconcelos, T. (2009). Relatório de estágio profissionalizante: natação, equitação e educação física: três programas de Actividade física em jovens /adultos com Perturbações do Espectro de Autismo. Mestrado, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.

Walter, G.B.; Vendramini, O.M. (2000). Equoterapia: terapia com o uso do cavalo. In Manual dos cursos de CPT/CEE. Minas Gerais (Brasil): UFV.

Wickert, H. (1995). O cavalo como instrumento cinesioterapêutico. Brasília (Brasil): Ande-brasil

Wickert, H. (1995). O cavalo como instrumento cinesioterapêutico. Recuperado de

[http://www.equoterapia.org.br/trabalho\\_ver.php?indice=104](http://www.equoterapia.org.br/trabalho_ver.php?indice=104)

Winchester, P., Kendall, K., Peters, H., Sears, N., & Winkley, T. (2002). The effect of therapeutic horseback riding on gross motor function and gait speed in children who are developmentally delayed. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 22.3/4., 37-50.

Wuang, Y-P, Wang, C-C. Huang, M-H., & Su, C-Y. (2010). The effectiveness of simulated developmental horse-riding program in children with autism. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2, 113-126.

Yack, H. J., Bartels, C., Irlmeier, J., Lehan, A., Voyles, H., Haladay, K., & Daly, C. (1997). The effects oh therapeutic horseback riding on the quality of balance control in children with attention disorders. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*, 3-8.

Zurek, G. e outros (2008). Influence of mechanical hippotherapy on skin temperature responses in lower limbs in children with cerebral palsy. *Journal of physiology and pharmlogy*, 59 (6), 816-824.

## **Anexos**

| Autor/Ano/<br>Desenho de<br>estudo  | Objectivo de<br>estudo  | Caracterização<br>da<br>amostra  | Variável<br>dependente                            | Intervenção                                 |   | Resultados da<br>Intervenção   |  |
|---|---|--|---|---|---|--|--|
| <p>-Camila Spengler Escobar -2011<br/>- Estudo quase experimental.</p> <p>1</p> | <p>- O objectivo foi verificar possíveis mudanças de comportamento em ambiente familiar, escolar e terapêutico, após oito meses de intervenção.</p> | <p>Sete sujeitos diagnosticados com TDAH e com idade compreendida entre sete e quatorze anos, sendo que apenas três fazem uso de medicação para controlar os sintomas do transtorno.</p> | <p>-Os comportamentos de indivíduos com TDAH.</p> | <p>A hipoterapia/Equitação Terapêutica.</p> | <p>Oito meses de intervenção em hipoterapia/Equitação Terapêutica</p> | <p>O processo terapêutico, proposto por este estudo, alcançou benefícios, que ocasionaram redução significativa nos sintomas do TDAH, trazendo aos participantes melhoras relacionadas à atenção, concentração, sono, disciplina, responsabilidade, agressividade, impulsividade, irritabilidade, dentre outras.</p> | <p>A hipoterapia/Equitação Terapêutica traz benefícios, não apenas para o comportamento de crianças, pré-adolescentes e adolescentes com TDAH, em ambiente familiar e escolar, como também promove o processo de aprendizagem, evidenciando que este método terapêutico é eficaz para o tratamento deste transtorno. Destacando que o aprendizado é mais estável e consistente, naqueles que não fazem uso de medicação; ou seja, os que fazem uso desta, estão propensos a regredir mais no mesmo período de tempo.</p> |
| <p>-Jadson Justi -2009<br/>-Estudo de</p>                                       | <p>- Estimular processos</p>  | <p>Duas crianças do sexo</p>   | <p>-A linguagem</p>                               | <p>A hipoterapia.</p>                       | <p>4 meses de terapia.</p>  | <p>A avaliação pré</p>   | <p>A terapia concomitante de</p>   |



|   |   |  |   |                       |  |   |  |
|---|---|--|---|-----------------------|--|---|--|
| <p>Roberto Silva; Pedro Acácio Rodrigues; Danilo O. Reis -2013 -Estudo de caso</p> <p>3</p>                             | <p>hipoterapia no desenvolvimento psicossocial.</p>                                       | <p>hipoterapias com a finalidade de reabilitar o seu deficit cognitivo e a sua falta de capacidade e em melhorar a auto-imagem e a Auto higiene.</p> |   |                       | <p>11 sessões de 30 minutos, sendo que as sessões ocorreram às quartas-feiras pela manhã.</p>                      | <p>ção; realizou actividades com membros superiores ; treinou autonomia e independência, abordando aspectos como as actividades diárias, higiene pessoal e auto-imagem através de cuidados com os cavalos. Realizou montarias clássicas, praticando a linguagem oral e exercícios para a coordenação motora. Realizou algumas sessões fora da pista de areia, conhecendo vários lugares e diversos animais estimulando assim a linguagem para a vida prática.</p> | <p>ia nas actividades de vida diária do praticante. Além disso, a hipoterapia melhora os valores humanos de estudantes e profissionais que participam das sessões como auxiliares guia ou lateral.</p> |
| <p>-Daniela Bosquerolli Prestes, Silvio Weiss e Julio César Oliveira Araújo -2010 - estudo descritivo de duplo-caso</p> | <p>- Investigar os benefícios da hipoterapia no desenvolvimento motor e autopercepção</p> | <p>Os dois sujeitos foram seleccionados a partir de amostragem do tipo não-probabilística</p>  | <p>-O desenvolvimento motor. -A auto percepção de crianças com dificuldade de</p> | <p>A hipoterapia.</p> | <p>Os atendimentos ao longo da intervenção ocorreram duas vezes por semana, durante três meses, com sessões de</p> | <p>Os sujeitos A e B diferiram entre si nos domínios cuja Auto percepção se evidenciou</p>  | <p>Os resultados apresentados e discutidos no estudo permitem afirmar que o desenvolvimento motor</p>  |

|   |   |   |                      |  |  |   |   |
|---|---|---|----------------------|--|--|---|---|
| 4 | <p>epção de crianças com dificuldade de aprendizagem.</p> | <p>intencional, composta por crianças nos primeiros anos do ensino fundamental da Rede Regular de Ensino do Município de Palhoça, que apresentavam dificuldades na aprendizagem associadas a deficit motor.</p> | <p>aprendizagem.</p> |  | <p>30 minutos montados no cavalo. A intervenção envolveu actividades de montaria e cuidados com o manejo e higiene do animal, como, escová-los, colocar e tirar os arreios, buscá-los e soltá-los no pasto e nas baias. Após 24 sessões de intervenção os dois participantes do estudo realizaram novamente os testes.</p> | <p>u baixa: competência escolar, aparência física e mais-valia global. O sujeito B. apresentou baixo autoconceito para competência escolar. Os resultados demonstram que, após a intervenção o hipoterapia ética, os dois sujeitos obtiveram ganhos nos aspectos motores e na maior parte dos domínios da Auto percepção. O sujeito A apresentou evolução em todas as áreas motoras, sendo que a motricidade fina e o esquema corporal atingiram os 132 meses, referente ao desenvolvimento esperado para os 11 anos de idade. O equilíbrio</p> | <p>está estritamente relacionado com a constituição de diferentes elementos que compõem a auto-estima e, estes dois aspectos do desenvolvimento humano possuem relação intrínseca com factores cognitivos necessários para o sucesso escolar. A hipoterapia demonstrou ser um método de intervenção eficaz a esta população. Supõe-se que não tenha havido maiores ganhos devido ao curto período de intervenção (três meses), aos frequentes cancelamentos de atendimento devido às intempéries climáticas comuns no final do ano de 2009 e devido às faltas recorrentes do sujeito B. Ainda que os resultados sejam satisfatórios, mais</p> |
|---|---|---|----------------------|--|--|---|---|

|   |                              |                                       |                |                |         |  |  |
|---|------------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------|---------|--|--|
|   |                              |                                       |                |                |         | <p>e a organização temporal permaneceram com resultados (96 meses) abaixo do esperado para sua idade (126 meses). Contudo, percebe-se que a idade motora mínima obtida nesta ocasião é equivalente e ao seu melhor desempenho obtido antes da intervenção (motricidade global, esquema corporal e organização espacial). O sujeito B, demonstrou ganhos em cinco das seis áreas motoras avaliadas. Ressalta-se que a mais deficitária antes da intervenção, organização espacial, teve avanço de 48 meses.</p> | <p>estudos na área são necessários. Sugere-se que programas de intervenção sejam elaborados e investigados para contribuir com o avanço escolar e desenvolvimento global das crianças, em especial daquelas que apresentam dificuldades de aprendizagem.</p> |
| - Fernanda Paula Ribeiro dos Santos -2004 | - Observar e analisar como a | O grupo estudado para esta pesquisa é | -A linguagem . | A hipoterapia. | 3 meses | Na hipoterapia a estimulação   | O tratamento realizado através   |

|   |  |  |  |  |  |   |   |
|---|--|--|--|--|--|---|---|
| <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>5</p> | <p>prática da hipoterapia pode auxiliar no desenvolvimento de linguagem.</p> | <p>composto por indivíduos que apresentam patologias neurológicas, sendo elas: paralisia cerebral, autismo, síndromes genéticas como Trissomia do Cromossomo X e síndrome de Jubbert, deficiência mental (leve a moderada), hidrocefalia e esclerose múltipla; ocasionando deficits motores, físicos, linguísticos e de aprendizagem, associados ou não.</p> |  |  |  | <p>ão que vem do ambiente e dos movimentos oscilatórios tridimensionais do cavalo remetem ao praticante uma sensação totalmente inusitada, fazendo com que a espontaneidade se aflore e o prazer em estar montado, faz com que sua auto-estima e autoconfiança aumentem (sendo que alguns praticantes conseguem conduzir o animal). Os resultados obtidos com as influências da hipoterapia na (re)educação motora do praticante são vistos nos seguintes factores: postura de base; solicitações cinéticas provocada</p> | <p>desta nova intervenção terapêutica é benéfico em vários níveis para os praticantes, pois trata-se de um tipo de terapia inusitado, a qual o praticante é visto holisticamente e, ainda, é realizada ao ar livre e em cima de um ser vivo que é dócil e o aceita como é. Em hipoterapia são trabalhados a sociabilização; auto-estima; adequamento de postura e tônus; psicomotricidade; coordenação; equilíbrio e desenvolvimento de linguagem. De acordo com relatos dos pais, os resultados do tratamento são rapidamente observados, pois os praticantes de hipoterapia logo apresentam mudanças, seja na parte psicológica, linguística, motora ou no processo de aprendizagem</p> |
|---|--|--|--|--|--|---|---|

|  |  |  |                                |                |   |  |  |
|--|--|--|--------------------------------|----------------|---|--|--|
|  |  |  |                                |                |   | s pelos movimentos do cavalo; informações sensitivas e sensoriais provenientes do sistema vestibular, dos proprioceptores dos músculos e articulações; percepção da auto-imagem; o efeito sobre a organização espaço-temporal, modificações na natureza psicológica. | m.   |
| -Adriana Garcia Gonçalves, Roseane Grilo de Lima -2009<br>-Estudo quase experimental.<br><br>6 | - Verificar se a intervenção Hipoterapêutica favorece crianças com dificuldades de aprendizagem. | Foram seleccionadas 6 crianças entre 7 e 12 anos do ensino fundamental público e os professores destas crianças. Os critérios de inclusão foram: alunos do ensino fundamental, com idade de 7 a 12 anos, tanto do género masculino quanto feminino que | - Dificuldades de aprendizagem | A hipoterapia. | Os dados foram colectados no período de agosto a novembro de 2008. Totalizando 10 sessões por praticante no período de agosto a novembro do ano corrente. | Foi possível observar uma melhoria do perfil psicomotor de todas as crianças que praticaram a hipoterapia. Esses dados demonstram que o programa de intervenção realizado para este estudo foi favorável.  | A hipoterapia apresentou um diferencial pela relação de domínio que a criança estabelece sobre o cavalo, que é o objecto terapêutico; relação com pessoas nas sessões e presença de regras sociais. Destacou-se também o aumento da atenção e de motivação diante das dificuldades de aprendizagem e a |

|  |  |   |  |  |  |  |   |
|--|--|---|--|--|--|--|---|
|  |  | estavam inseridos e iniciando atendimento no Centro de hipoterapia. |  |  |  |  | melhora da auto-estima. Constatou-se que o praticante melhora consideravelmente suas habilidades de orientação espacial, equilíbrio, lateralidade, comunicação, compreensão de leitura, escrita, raciocínio lógico, memória, apresenta ganhos físicos que favorecem a sensibilidade, a percepção do esquema corporal. A hipoterapia foi positiva para as mudanças do comportamento escolar dos praticantes segundo a percepção dos professores. Esses efeitos positivos foram possíveis devido ao trabalho global oferecido, pois o efeito da hipoterapia é multifactorial, o que implica um conjunto de combinações e ajustes, contribuindo de maneira |
|--|--|---|--|--|--|--|---|

|  |   |   |  |                       |   |  |  |
|--|---|---|--|-----------------------|---|--|--|
|  |   |   |  |                       |   |  | <p>geral para o quadro dos praticantes. Portanto, este estudo representou um importante registro sobre a influência da hipoterapia com crianças com dificuldade de aprendizagem, sendo um recurso que contribuiu para a melhoria de aspectos psicomotores, sociais e para a melhora do desempenho escolar de crianças com dificuldade de aprendizagem.</p> |
| <p>- Roberta Gimenes<br/>Denise Emilia de Andrade<br/>-2004<br/>-Estudo quase experimental.</p> <p>7</p> | <p>-Revelar os benefícios da hipoterapia a partir do ponto de vista psicológico</p> | <p>Dos onze praticantes que participaram do projecto, foram observados e analisados quatro deles, sendo três adolescentes de 12 anos, e uma criança de 6 anos, todos do sexo masculino. Somente os quatro alunos foram analisados, devido ao facto de terem</p> | <p>- Aprendizagem<br/>-Atenção<br/>- Concentração<br/>-Memória<br/>- Raciocínio<br/>- Aceitação de regras<br/>- Comunicação<br/>-Timidez<br/>-Medo</p> | <p>A hipoterapia.</p> | <p>As sessões de hipoterapia foram realizadas uma vez na semana, com duração de 40 minutos. O período em que ocorreu a hipoterapia, foi de Maio a Dezembro de 2004.</p> | <p>Durante os oito meses de actividades de hipoterapia, pôde-se observar que, os praticantes obtiveram resultados significativos tanto na aprendizagem, quanto no comportamento. No que diz respeito à aprendizagem, foi observado que, ao realizarem actividades de</p> | <p>Pode-se considerar que a hipoterapia é uma área em construção, e o percurso das etapas dessa construção são bastante complexos. Com a descoberta dos benefícios trazidos ao ser humano através dessa terapia, percebeu-se a necessidade em divulgar esta nova modalidade terapêutica, para que</p>  |

|  |  |  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|--|--|---|---|
|  |  | <p>sido os primeiros a submeterem ao tratamento.</p> |  |  |  | <p>percurso com varas, números e letras, obtiveram uma melhora significativa na atenção, concentração e na memória. Através dos jogos pedagógicos, pôde-se notar melhora no raciocínio, na aceitação de regras e perdas. Em relação ao comportamento, foi observado um progresso nos aspectos da comunicação, timidez, medo, limites, disciplinas e a responsabilidade, por meio de outras actividades e jogos, além do contacto e manuseio do animal, durante toda a sessão.</p> | <p>outros profissionais e pessoas possam utilizar desse novo método. Embora o cavalo seja um recurso, no qual quase todas as pessoas têm proximidade e acesso, ainda não se têm consciência dos benefícios que este animal pode proporcionar.</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|---|



| Autor/Ano/Designação de estudo   | Objectivo de estudo   | Caracterização da amostra   | Variável dependente                                       | Intervenção           |  | Resultados da intervenção  |   |
|--|---|---|---|-----------------------|--|--|---|
| <p>-Nancy H. McGibbon, MS, PT, HPCS, William Benda, MD, Burris R. Duncan, MD, Debbie Silkwood-Sherer, PT, DHS, HPCS -2009 -Artigo</p> <p>8</p> | <p>- Investigar os efeitos imediatos de 10 minutos de hipoterapia, em comparação com 10 minutos de cano-sitting, na simetria da actividade muscular adutor durante a marcha em crianças com paralisia cerebral.</p> <p>-Investigar a longo prazo efeitos de 12 semanas de hipoterapia sobre a actividade dos adutores, função motora grossa e autoconceito.</p> | <p>- Crianças com paralisia cerebral espástica (fase I: n 47; Fase II: n 6) 58 Crianças foram recrutadas através de um médico ou referências do fisioterapeuta. Os critérios de inclusão consistiram em (1) diagnóstico de CP espástica feita por um neurologista pediátrico, (2) de 4 anos a 16 anos, (3) a capacidade de andar independentemente, com ou sem um dispositivo auxiliar, (4) a capacidade de cumprir com o protocolo do estudo e siga as instruções verbais, e (5) abdução do quadril suficiente para sentar-se montado em um cavalo ou barril sem provas ou relatório de quadril deslocamento. Os critérios de exclusão foram: (1) história prévia de rizotomia</p> | <p>-Simetria da actividade muscular adutor na marcha.</p> | <p>A hipoterapia.</p> | <p>Fase I: 10 minutos de hipoterapia ou 10 minutos de cano-sitting ; fase II: 12 minutos de hipoterapia semanal.</p> | <p>Fase I: a hipoterapia melhorou significativamente os adutores e a assimetria muscular. Os feitos de cano-sitting não foram significativos. Fase II: após 12 semanas de hipoterapia e ensaios em vários domínios funcionais, apresentaram melhorias que foram sustentadas por 12 semanas pós-tratamento.</p> | <p>Hipoterapia pode melhorar músculo adutor e a simetria durante a caminhada e também pode melhorar, a nível funcional, outras habilidades motoras.</p> |

|   |  |  |  |                |   |  |  |
|---|--|--|--|----------------|---|--|--|
|   |  | dorsal selectiva, (2) tónico clónicas não controlada por medicação, (3), conhecida alergia aos cavalos, poeira , ou eléctrodo de adesivo , ( 4 ) procedimentos cirúrgicos , BTX –A injeções , ou de fundição das extremidades inferiores dentro de 6 meses anteriores à testes , e ( 5 ) hipoterapia ou experiência cavalgadas dentro de 6 meses antes do teste. |  |                |   |  |  |
| <p>- Poliana Munaretto -2006</p> <p>- Pesquisa do tipo descritivo analítico comparativo, do tipo longitudinal.</p> <p>9</p> | - Analisar a interferência da hipoterapia e Fisioterapia convencional na simetria corporal e tónus em pacientes hemiparéticos espásticos . | Participaram no estudo dois pacientes, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, com idades de 11 e 14 anos respectivamente, que já realizam a fisioterapia ou hipoterapia. Apresentam o diagnóstico clínico de paralisia cerebral e diagnóstico cinesiológico funcional de hemiplegia espástica à direita.   | -Tónus<br>-Força muscular<br>-Simetria corporal. | A hipoterapia. | Os atendimentos de hipoterapia foram de 8 atendimentos (aproximadamente 1 meses), com duração de 30 minutos cada. Os atendimentos de fisioterapia convencional foram realizados duas vezes por semana, com total de 8 atendimentos de 50 minutos cada, por aproximada | Os resultados do presente estudo foram baseados em avaliações do tónus, força e simetria corporal com a finalidade de analisar através da posição ortostática a interferência da hipoterapia e fisioterapia convencional na simetria corporal e tónus em pacientes hemiparéticos | A pesquisa analisada foi do tipo prospectivo, onde se observou que a utilização das duas terapias é eficaz no tratamento da Paralisia Cerebral espástica. Do ponto de vista neurológico, podemos justificar a hipoterapia como um processo terapêutico que facilita as integrações das |

|   |                              |                                     |                     |                |                           |  |   |
|---|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------|---------------------------|--|---|
|   |                              |                                     |                     |                | mente 1 mês.              | espásticos. Nesses resultados foram observados os efeitos positivos das duas terapias. | funções corticais superiores e organização funcional cerebral através do movimento, dos ajustes fásicos e tónicos, dissociação e ritmo associados ao ambiente terapêutico. Mas como método terapêutico, não basta simplesmente colocar a criança sobre o cavalo sem primeiro adaptá-la. É indispensável que o fisioterapeuta possua conhecimentos científicos, enquadrando o paciente de acordo com sua capacidade funcional, buscando técnicas específicas que irão igualmente atender as necessidades frente aos inúmeros quadros clínicos. |
| - HE Lechner, S<br>Feldhaus, L<br>Gudmundsen, D | - Avaliação da espasticidade | 32 Pacientes com lesão medular, com | - Espasticidade das | A hipoterapia. | Várias sessões (uma média | Um total de 351 tratamentos  | Mostrouse que hipoterapi  |

|   |   |  |  |                       |   |  |   |
|---|---|--|--|-----------------------|---|--|---|
| <p>Hegemann, D Michel, GA Zaich and H Knecht.<br/>- 2003<br/>- Artigo</p> <p>10</p> | <p>ade antes e após o tratamento de hipoterapia.<br/>- Avaliar o efeito a curto prazo em casos de espasticidade de lesão medular.</p>   | <p>vários graus de espasticidade.<br/>A idade variou entre 16 e 72 Anos. Quatro dos pacientes eram do sexo feminino. 30 indivíduos estavam internados na reabilitação primária (tempo após a lesão entre 1 e 18 meses, com média de 5), e dois eram pacientes ambulatoriais (4 e 6 anos após a lesão).</p> | <p>extremidades inferiores</p>                           |                       | <p>de 11).<br/>Durante 17 meses.</p>  | <p>foram realizados e 327 dessas sessões (93%) levaram a uma menor ASV imediatamente depois, em comparação do que antes das sessões. No total, 20 sessões (6%) não conduziram a uma alteração da Pontuação ASV.</p>  | <p>a tem efeitos sobre a espasticidade das extremidades inferiores. Em 32 pacientes tal efeito pode ser mostrado com a ajuda da Escala de Ashworth. Houve um diferença significativa entre o antes e a espasticidade de após o tratamento.</p>  |
| <p>- Ana Filipa Bráz Vermelhudo<br/>- 2011<br/>- Estudo de caso</p> <p>11</p>       | <p>- Verificar de que modo a hipoterapia influencia a funcionalidade em crianças com Paralisia Cerebral, quanto à função motora grossa e ao desempenho funcional relativo à autonomia pessoal, mobilidade e socialização.</p> | <p>Os participantes que fizeram parte deste estudo foram: dois cavaleiros, um do sexo masculino, com 7 anos de idade, e outro do sexo feminino, com 2 anos de idade, da AEJC e do centro de equitação da APCL, respectivamente.</p>  | <p>-Função motora grossa<br/>- Desempenho funcional.</p> | <p>A hipoterapia.</p> | <p>A intervenção teve uma duração de 4 meses, com uma periodicidade de 1 vez por semana durante 16 semanas. Cada sessão teve uma duração de 30 minutos.</p> | <p>Verificou-se que houve uma evolução relativamente à função motora grossa e ao desempenho funcional dos cavaleiros, reflectindo-se nos resultados obtidos de ambas as variáveis e consequentemente na diminuição do impacto que a PC lhes causava no dia-a-dia</p> | <p>O presente estudo permitiu avaliar os efeitos da hipoterapia, em dois cavaleiros com PC, relativamente à função motora grossa e ao desempenho funcional na área da autonomia pessoal, mobilidade e socialização. No que diz respeito ao cavaleiro B, pode sugerir-se que os objectivos propostos foram atingidos, demonstrando que a</p> |

|  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  | <p>hipoterapia aplicada a crianças com PC, contribui para o aumento, da função motora grossa e desempenho funcional na área da autonomia pessoal, mobilidade e socialização. Neste sentido pode considerar-se que no cavaleiro B, o presente estudo suporta a hipótese experimental formulada no início do mesmo, refutando por sua vez a hipótese nula. Relativamente à cavaleira A, pode verificar-se que os objectivos propostos não foram atingidos na sua totalidade, pois apesar de a criança ter melhorado a sua função motora grossa, os resultados obtidos relativamente</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|

|   |   |   |                            |   |   |   |  |
|---|---|---|----------------------------|---|---|---|--|
|   |   |   |                            |   |   |   | nte ao desempenho funcional não foram tão esclarecedores. Estes apresentam melhorias somente na Escala de Aptidões Funcionais na área de autonomia pessoal e socialização e na Escala de Assistência do Cuidador na área de autonomia pessoal. Podendo assim considerar-se que na cavaleira A, o presente estudo não suporta na sua totalidade a hipótese experimental formulada no início do mesmo. |
| - Lígia Nascimento Seixas<br>- 2011<br>- Estudo quase experimental.<br><br>12 | - analisar o senso de Auto-Eficácia e o Perfil Psicomotor dos praticantes de Hipoterapia e a da Atrrelagem Adaptada que integram a amostra.<br>- Verificar se há uma correlação | 17 participantes com Necessidades Educativas Especiais, sendo 14 meninos e 3 meninas, com idade de 6 a 36 anos, das quais 6 praticam Atrrelagem Adaptada e 11 Hipoterapia. Todos foram seleccionado | -Postura<br>- Coordenação. | Hipoterapia e a da Atrrelagem em Adaptada | Os voluntários eram submetidos a uma sessão de Hipoterapia semanalmente com duração de aproximadamente 20 minutos cada. Os voluntários da Atrrelagem Adaptada | Os alunos de Hipoterapia, na sua grande maioria, em relação a parte motora, possuem uma postura correcta e estão a todo momento a ser motivados a manter essa postura durante | Não se pode dizer que a Hipoterapia ou a Atrrelagem Adaptada contribui ou não para o desenvolvimento das Funções Psicomotoras e da Auto-Eficácia, pois por causa de  |

|  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  | entre essas duas variáveis (Auto-Eficácia e Funções Psicomotoras). | s, de forma intencional, no universo de três escolas acompanhadas pelos projectos de Hipoterapia e Arelagem Adaptada. |  |  | praticam a Arelagem uma vez por semana durante aproximadamente 20 minutos. | <p>todas as actividades. Na Arelagem Adaptada, não há uma preocupação massiva em manter a coluna erecta, visto que requer muita força do praticante para segurar as rédeas sozinhos, sendo assim puxado a todo momento para frente e tendo que suportar todo esse peso com a coluna. Como visto nos gráficos de resultados do perfil psicomotor, a Lateralização foi a função psicomotora mais desenvolvida nos praticantes de ambas as terapias. Nas actividades de Hipoterapia a todo momento há exercícios que trabalham a coordenação dos alunos, e esses apresentam um desenvolvimento maior conforme o</p> | <p>algumas limitações não foi possível fazer um pré-teste e um pós-teste para que haja esta comparação de dados das variáveis. Em relação à comparação entre as terapias, este estudo não foi capaz de provar se uma será mais eficaz do que a outra. Esta incapacidade de referir-se ao reduzido número de praticantes da amostra, assim como ao reduzido tempo dedicado às observações e testes do estudo.</p> |
|--|--|---|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | <p>andamento das actividades. Na atrelagem Adaptada, a todo momento o que mais é trabalhado com os praticantes é a noção de lateralidade (direita e esquerda), que em alguns exercícios também é trabalhada na Hipoterapia. Tanto a Hipoterapia quanto a Atrelagem trabalham com factores tais como iniciativa e confiança. Os praticantes, em ambas as terapias, são incentivados a dialogar com os instrutores. Sendo assim, há uma estimulação para que haja comunicação e desenvolvimento da linguagem durante toda a prática das terapias. Em relação à Auto-Eficácia, os resultados mostram uma correlação</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |   |                                   |               |  |   |   |
|---|--|---|-----------------------------------|---------------|--|---|---|
|   |  |   |                                   |               |  | com as funções psicomotora , podendo indicar que quanto maior o senso de Auto-Eficácia maior será o seu Perfil Psicomotor ou até mesmo vice-versa, no qual quanto maior o Perfil Psicomotor, maior poderá ser o seu senso de Auto-Eficácia. |   |
| <p>13</p> <p>- William Benda, M.D., Nancy H. Mcgibbon, M.S., P.T., and Kathryn L. Grant, Pharm.D. - 2003 - Artigo</p> | - Avaliar o efeito da hipoterapia sobre a actividade muscular em crianças com paralisia cerebral espástica | Os participantes do estudo foram 15 crianças variando entre os 4 a 12 anos de idade, diagnosticados com paralisia cerebral espástica, Existiram os seguintes critérios de inclusão: (1) a capacidade de sentar-se de forma independent e com os pés no chão (2) a capacidade de levantar e andar de forma independent e com ou sem um dispositivo auxiliar, (3) capacidade de cooperar e seguir as instruções | -Simetria na actividade muscular. | A hipoterapia | 7 crianças foram aleatoriamente escolhidas para realizar sessões de 8 minutos de hipoterapia e 8 crianças foram aleatoriamente seleccionadas para estar durante 8 minutos no barril. | Depois de hipoterapia, houve melhoria significativa na simetria da actividade muscular. Nenhuma mudança significativa foi notada depois de se sentar montado num barril.  | Oito minutos de hipoterapia, não apenas estar montado num barril, resultaram na melhoria da simetria da actividade muscular em crianças com paralisia cerebral espástica. Estes resultados sugerem que o movimento do cavalo, em vez de um passivo alongamento conta para as melhorias medidas. |

|  |   |   |                        |               |  |  |   |
|--|---|---|------------------------|---------------|--|--|---|
|  |   | verbais;<br>(4) abdução do quadril suficiente para sentar-se montado em um cavalo ou barril.  |                        |               |  |  |   |
| - Thais Borges, Luiz Fernando Cuzzo Lemos, Rosângela Araújo, Levy Aniceto Santana, Myrian Lopes, Carlos Roberto Franck.<br>-2009<br>- Estudo quase experimental.<br><br>14 | -Descrever o efeito da hipoterapia nos parâmetros estabilométricos de indivíduos que possuem amputação em membro inferior | 3 indivíduos com amputação transfemural unilateral, seleccionados entre os atendidos no sector de fisioterapia para amputados do Hospital da Universidade Católica de Brasília (HUCB), que se disponibilizam para participar livremente. Como critério de inclusão os indivíduos deveriam ter no mínimo um ano de protetização. Foram incluídos no estudo os indivíduos que conseguiram ficar em pé, sem apoio, sobre a plataforma, durante trinta segundos; que não apresentavam outras patologias musculoesqueléticas e/ou vestibulares. Todos os praticantes leram e assinaram o | - Equilíbrio corporal. | A hipoterapia | As sessões de hipoterapia ocorreram no período de setembro a dezembro de 2005, totalizando 20 sessões. | Os valores relativos à distância diminuíram em dois dos três indivíduos, indicando um aumento do equilíbrio corporal nesses sujeitos. O indivíduo 2 obteve uma diminuição média de 29,08% nos valores relativos à distância. Já o indivíduo 3 obteve uma diminuição média de 26,52% nesses mesmos valores. O indivíduo 1, ao contrário dos demais, obteve um aumento médio da distância de 136,05%, indicando uma diminuição do equilíbrio corporal. Segundo Diogo (2003) o fato de se tratar de um indivíduo com maior idade, que não possui marcha | Dois dos três indivíduos obtiveram uma melhoria no Equilíbrio Postural (equilíbrio corporal), indicando que esse recurso terapêutico pode contribuir para a melhoria do equilíbrio corporal em amputados de membro inferior. Conclui-se haver a necessidade de estudos futuros em perspectiva com um maior número de indivíduos, com objectivo de comprovar estatisticamente e proporcionar uma maior compreensão sobre os efeitos da hipoterapia no equilíbrio |

|  |  |   |  |  |  |   |  |
|--|--|---|--|--|--|---|--|
|  |  | <p>termo de consentimento, concordando em participar do estudo.</p> |  |  |  | <p>funcional e utiliza a cadeira de rodas como principal meio de locomoção, pode ter contribuído para o resultado insatisfatório do indivíduo 1. O indivíduo 1, mesmo tendo aumentado a actividade regulatória do sistema de controlo postural, o que é evidenciado pelo aumento dos valores relativos à velocidade média (Hall e Jensen, 2004), não conseguiu melhorar o equilíbrio corporal. Já no indivíduo 2, observou-se uma melhora do equilíbrio corporal sem que fosse necessário um aumento da actividade regulatória do sistema de controlo postural, já que os valores relativos à velocidade média diminuíram. O indivíduo 3 obteve uma melhora do equilíbrio</p> | <p>corporal de indivíduos amputados de membros inferiores.</p> |
|--|--|---|--|--|--|---|--|

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  |  |  | corporal e um aumento da actividade regulatória do sistema de controlo postural, evidenciado pelo aumento dos valores relativos à velocidade média. |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

| Autor/Ano/<br>Desenho de<br>estudo   | Objectivo de<br>estudo  | Caracterização<br>da<br>amostra   | Variável<br>dependente | Intervenção              |   | Resultados da intervenção   |   |
|--|---|---|------------------------|--------------------------|---|---|---|
| <p>- Renee r. Taylor, Gary Kielhofner, Caitlin Smith, Sherri Butler, Susan m. Cahill, Monica D. Ciukaj, and Melanie Gehman - 2009<br/>- Estudo single-subject A-B-B design</p> <p>15</p> | <p>-Estudar a eficácia de 16 semanas de um programa hipoterapia na motivação de crianças com autismo.</p> | <p>A amostra de conveniência de três crianças com autismo que se inscreveram para tratamento de hipoterapia numa instalação de equitação.</p> | <p>-A motivação.</p>   | <p>A hipoterapia</p>     | <p>As crianças receberam 16 sessões de hipoterapia. Uma sessão por semana de 45 minutos. Este prazo de 45 minutos inclui colocação do toque, a preparação para montar, aproximadamente 20-30 minutos no cavalo, e o tempo para desmontar.</p> | <p>A análise dos dados mostra que os três participantes demonstraram aumento da vontade desde o início das sessões de hipoterapia. O padrão de mudança era única para cada participante. O participante A apresentou vontade relativamente estável desde o início até a segunda observação, mas melhorou a partir da segunda para a terceira observação. O participante B melhorou na vontade em ambos os tempos. O participante C melhorou a partir da segunda observação e, em seguida, manteve-se estável.</p> | <p>O estudo indica que as três crianças apresentaram uma melhoria na sua motivação para se envolverem em actividades do dia-a-dia. Os resultados do estudo indicam que pode ser possível mudar a de motivação em crianças com autismo que recebem hipoterapia. Os dados sugerem que um dos efeitos mais evidentes do hipoterapia está na motivação. Este estudo forneceu evidências preliminares de que, num grupo específico (crianças com autismo), a motivação parece mudar em associação com hipoterapia.</p> |
| <p>- Margaret M. Bass, Catherine A. Duchowny, Maria M. Llabre</p>  | <p>-Avaliar os efeitos da terapêutica passeios a</p>  | <p>34 crianças diagnosticadas com ASD participaram</p>  | <p>- Socialização.</p> | <p>Passeios a cavalo</p> | <p>Cada criança recebeu uma sessão de</p>   | <p>Em relação aos participantes do experimental, melhoraram em áreas críticas,</p>  | <p>Os resultados deste estudo sugerem</p>   |

|                                      |  |   |  |  |   |   |  |
|--------------------------------------|--|---|--|--|---|---|--|
| <p>- 2009<br/>- Antigo</p> <p>16</p> | <p>cavalo no funcionamento social em crianças com Autismo.</p> | <p>m no estudo. Os participantes foram recrutados a partir da Agência de Pessoas com Deficiência e da Universidade do Centro de Miami para o autismo Deficiência Relacionados. Todos os participantes preencheram os critérios para o DSM-IV-TR (American Psychiatric 2000) o diagnóstico do espectro do autismo Associação. Os participantes seleccionados não tinham exposição prévia a equinos em actividades assistidas. Uma vez que os participantes obtiveram aprovação dos seus médicos foram aleatoriamente designados para o grupo experimen</p> |  |  | <p>equitação terapêutica de 1 hora por semana, durante o período de 12 semanas.</p> | <p>como a integração sensorial e o dirigir a atenção. Os participantes também demonstraram melhorias sociais, motivação e sensibilidade sensorial, bem como a diminuição de desatenção e distração. O aumento observado no funcionamento social pode ser atribuído a uma variedade de factores.</p> | <p>que a equitação terapêutica pode ser uma opção terapêutica eficaz para crianças com perturbações do espectro do autismo. É possível que a exposição ao cavalo seja simplesmente estimulante. A natureza multissensorial da equitação terapêutica argumenta que esta experiência possa ter sido um evento muito. A estimulação cinestésica que é fornecida pelo cavalo é única. É também possível que o cavalo, um novo estímulo, possa ter incentivado os participantes a romper as suas rotinas sedentárias anteriores. No geral, os participantes demonstraram um nível sustentado de atenção dirigida e foco que</p> |
|--------------------------------------|--|---|--|--|---|---|--|

|   |   |  |  |               |  |   |  |
|---|---|--|--|---------------|--|---|--|
|   |   | tal ou controle. O grupo experimental consistiu em 2 meninas e 17 meninos na faixa dos 5 a 10 anos de idade, enquanto o grupo de controlo era formado por 3 meninas e 12 meninos de 4 a 10 anos de idade. Quase todos os participantes haviam sido submetidos a terapias convencionais |  |               |  |   | geralmente não visto em crianças com transtornos do espectro do autismo. É possível que a intervenção altamente estruturada cativasse a atenção. Uma avaliação mais abrangente seria benéfica na compreensão de como o tratamento é directamente afectado por domínios específicos de funcionamento social. Os resultados indicam que a equitação terapêutica pode ser uma intervenção benéfica para crianças com espectro do autismo. Estudos futuros são necessários para avaliar ainda mais os seus efeitos terapêuticos. |
| -Leopoldo Gonçalves Leitão<br>-2003<br>-Estudo exploratório | - Avaliar a eficácia de um programa hipoterapia em crianças | 5 indivíduos (4 do sexo masculino e 1 do sexo feminino)  | - Percepção<br>- Motricidade Fina<br>- | A hipoterapia | As sessões semanais de EPE perfizeram um período de 16 | Ressalta o facto de os resultados serem concordantes com a totalidade das hipóteses colocadas neste | A equitação terapêutica quando aplicada a crianças autistas é uma  |

|    |              |  |   |  |  |   |  |
|----|--------------|--|---|--|--|---|--|
| 17 | com autismo. | diagnosticados com autismo, com dificuldades compreendidas entre os 5 e os 10 anos, a residirem em diferentes zonas de Lisboa. Sem nunca terem tido qualquer experiência com cavalos (ou terapias com outros animais), a totalidade dos participantes esteve a frequentar o programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children), em simultâneo com esta intervenção. Não tiveram qualquer outro apoio pedagógico. | Motricidade Global<br>- Integração Óculo-Manual<br>- Competências Cognitivas<br>- Capacidade de Cognição Verbal<br>- Relação e Afecto<br>- Jogos e interesses pelos materiais<br>- Modalidades Sensitivas<br>- Linguagem. |  | semanas. Decorrem aos fins-de-semana, sempre à mesma hora. | trabalho. Os resultados mostram-se inequívocos: o Dinis e o Afonso registaram uma melhoria de dois meses, o Júlio e a Carla de quatro. Estes progressos permitiram limitar o agravamento de um desfasamento (entre a idade cronológica e a idade de desenvolvimento) que se pensa poder ser maior na ausência desta intervenção. O Xavier destacou-se dos restantes participantes, ao alcançar uma evolução de 11 meses que lhe permitiu, de forma ímpar, diminuir essa discrepância (em três meses). A Escala do Comportamento do PEP-R permite observar que todas as crianças registaram melhorias, ainda que, na generalidade, circunscritas a algumas áreas. Conforme os resultados supra apresentados, o Xavier foi a única criança a registar melhorias em todas as áreas desta escala, e o Júlio o único a registar melhorias em apenas uma. Contudo, foi possível concluir que a área do Relacionamento e Afecto foi a mais favorecida em todas as crianças. Apenas no Júlio, os benefícios não foram | actividade que deve ser integrada em modelos educativos estruturados possibilitando uma complementaridade que potencie os efeitos de ambas as intervenções. De uma forma mais genérica, ao interferir directamente nas diversas relações sociais, pensamos dever manter-se como uma actividade circunscrita a pequenos grupos (duas/três crianças e respectivos pais ou acompanhantes), em parceria e sintonia permanente e com os diferentes agentes educativos envolvidos. Só assim nos parece possível estruturar programas de intervenção adaptados às diferentes necessidades, características e capacidade |
|----|--------------|--|---|--|--|---|--|

|  |   |  |   |               |   |  |   |
|--|---|--|---|---------------|---|--|---|
|  |   |  |   |               |   | considerados suficientemente manifestos para que, de uma forma global, o tratamento fosse considerado eficaz. Isto é, apesar de se terem registado melhorias nos subtestes Sociabilidade e Saúde/Físico/Comportamento, estas não foram suficientes para compensar o agravamento que os subtestes Discurso/Linguagem/ Comunicação e Consciência Cognitiva/Sensorial demonstraram.   | s de cada criança, assegurando uma maior eficiência.  |
| -Áurea Alexandra Canas Coelho -2005<br>- Artigo científico<br><br>18 | - Verificar se a hipoterapia traz benefícios ao nível do desenvolvimento infantil para as crianças com Síndrome de Down | A amostra é composta por 12 crianças, com idades de 5, 7 e 8 anos com Síndrome de Down, 6 delas praticam Hipoterapia duas vezes por semana com sessões de 30 minutos. Tendo sido acompanhadas pela equipa interdisciplinar do Centro, bem como da Instituição a que pertenciam. O grupo de controlo, composto por 6 crianças | -O desenvolvimento infantil de crianças com síndrome de Down submetidas à hipoterapia, e crianças com síndrome de Down não submetidas à Hipoterapia | A hipoterapia | Foram realizadas 30 sessões, durante 4 meses. | Quando analisados o Grupo de Controlo e o Grupo Experimental, verificou-se que na primeira aplicação da prova não existem diferenças significativas nos dois grupos. Tal facto pode ter ocorrido devido a estarem ambas frequentarem a mesma instituição onde a estimulação e o tipo de aprendizagem que adquirem são idênticas, apesar de todas terem características muito próprias no que concerne ao desenvolvimento. No que respeita ao grupo experimental que existe um desenvolvimento significativo em três áreas, nomeadamente a de realização, audição e | Através da Hipoterapia podemos confirmar os benefícios na área da realização. A Hipoterapia auxilia na adaptação e nas actividades de realização, onde se verificam benefícios para a criança com este Síndrome. Também na área pessoal / social são comprovados os benefícios para estas crianças. A aquisição da motricidade fina, bem como a eliminação de hábitos |

|  |  |  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|--|--|---|---|
|  |  | <p>com o mesmo diagnóstico do grupo de estudo pertence há mesma Instituição, este grupo não é submetido à prática de Hipoterapia, tendo apenas por actividades e terapêuticas as respeitantes à própria Instituição.</p> |  |  |  | <p>linguagem e pessoal/social, o que leva a confirmar que a Hipoterapia traz benefícios para o desenvolvimento das crianças com Síndrome de Down.</p> | <p>mal adquiridos e a aquisição de comportamentos sociais que podem facilitar a sua integração na sociedade, estão implícitos na Hipoterapia.</p> <p>Constatou-se que todas as áreas evoluíram apesar de não serem estatisticamente significativas. No que concerne à área locomotora, olho / mão e raciocínio prático também elas se desenvolveram contudo não foram estatisticamente significativas o que nos remete para causas como o factor tempo, visto que a terapia teve apenas a duração de quatro meses, temos ainda presente outra questão sendo o tamanho diminuto da</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|---|

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  | <p>amostra que pode também ter contribuído para que estas áreas não fossem estatisticamente significativas. No que respeita ao raciocínio prático constatam uma evolução também ela significativa ao analisar o perfil de desenvolvimento, devido a todas as questões que dizem respeito ao trabalho realizado no decorrer da sessão de Hipoterapia que faz com que a criança se prepare para questões ligadas ao seu dia-a-dia, adaptando-se ao mundo que a rodeia, contudo não podemos esquecer que o desempenho da criança nesta área está relacionado com o domínio fluente da linguagem. Relativamente ao Grupo de</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  | <p>Controle também este da primeira para a segunda aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, revelou alguma evolução no desenvolvimento, contudo este desenvolvimento não é estatisticamente significativo.</p> <p>Comparando o Grupo de Controle com o Grupo Experimental comprovamos que a Hipoterapia traz benefícios para as crianças com Síndrome de Down, reconhecendo que esta terapia por si só não funciona mas auxilia a criança no seu processo de desenvolvimento. Sendo então útil que a criança possa ter acompanhamento noutras</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

|   |   |   |                                    |                      |                 |   |   |
|---|---|---|------------------------------------|----------------------|-----------------|---|---|
|   |   |   |                                    |                      |                 |   | áreas para que conjuntamente com a Hipoterapia obtenha mais ganhos ao nível do desenvolvimento.   |
| <p>- Janaína Ribeiro de Lima, Márcia Yumi Miyagawa -2007</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>19</p> | <p>- Observar a influência da hipoterapia no tratamento dos distúrbios de equilíbrio em portadores da síndrome de Down.</p> | <p>A amostra foi composta por 16 indivíduos portadores de síndrome de Down, divididos em dois grupos de acordo com os seguintes critérios:</p> <p>Grupo A: Portadores de síndrome de Down que frequentam a fisioterapia convencional, com a faixa etária de 8 até 30 anos, não cardiopatas e nunca submetidos a hipoterapia.</p> <p>Grupo E: Indivíduos portadores de síndrome de Down que frequentam a hipoterapia como tratamento isolado há mais de 6 meses, com idade</p> | <p>- Distúrbios de equilíbrio.</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>2 meses.</p> | <p>Através da pesquisa foi constatado que os portadores da síndrome de Down que frequentam a hipoterapia apresentaram um melhor equilíbrio podendo ser observado através da análise estatística que revelou uma significância com <math>p</math> (valor) <math>&lt;0,05</math> (5 %).</p> | <p>Esta pesquisa foi importante para sugerir que a hipoterapia influencia na melhoria do equilíbrio em portadores da síndrome de Down. Concluiu-se que a intervenção hipoterapêutica é componente para estímulos sensorio motores e vestibulares que colaboram para a melhoria do grau de equilíbrio, sendo um instrumento que, uma vez, incluído no atendimento para portadores de síndrome de Down, contribuirá para a evolução neuropsicomotora destes indivíduos.</p> |

|  |   |  |  |               |  |   |   |
|--|---|--|--|---------------|--|---|---|
|  |   | entre 8 anos até 30 anos, não possuindo cardiopatias.  |  |               |  |   |   |
| -Valéria Sovat de Freitas Costa<br>-2012<br>-Dissertação<br><br>20 | - Analisar os efeitos de um programa de hipoterapia sobre as variáveis de coordenação motora global e força muscular respiratória em indivíduos com SD. | O presente estudo teve a participação de 41 indivíduos com Síndrome de Down, divididos em dois grupos: os que praticavam hipoterapia (Grupo Experimental – GE) com 20 indivíduos (11 meninos e 9 meninas) e os que não praticavam hipoterapia (Grupo Controle – GC) com 21 indivíduos (12 meninos e 9 meninas), de ambos os sexos, na faixa etária de 7 a 13 anos. | - Coordenação motora global<br>-Força muscular respiratória, | A hipoterapia | Período de outubro de 2011 a março de 2012 | Os indivíduos que praticam hipoterapia apresentaram melhores resultados na coordenação motora global, com diferença significativa, assim como na força muscular respiratória tanto inspiratória (PiMáx) como expiratória (PeMáx), embora para essas variáveis não tenha havido diferença significativa. No GE, 5% apresentaram coordenação motora alta, 40% coordenação motora boa e 55% coordenação motora normal, já no GC, apenas 10% apresentaram coordenação motora boa e 90% coordenação motora normal. | Como resultado nessa amostra observa-se que a hipoterapia apresenta benefícios de melhoria na coordenação motora global (significativa) e na força muscular respiratória de indivíduos com SD e as mais novas tiveram os melhores resultados. Especificamente nas tarefas como a trave de equilíbrio, salto monopodal e salto lateral, além da coordenação motora global, houve forte relação com o tempo de execução de hipoterapia, quanto maior o tempo de prática melhor os resultados. Nenhum indivíduo do estudo apresentou |

|  |  |   |   |                      |   |  |  |
|--|--|---|---|----------------------|---|--|--|
|  |  |   |   |                      |   |  | perturbação ou insuficiência na coordenação motora global.   |
| <p>- Camila S. Campos -2007 -Estudo quase experimental.</p> <p>21</p>  | <p>- Investigar as contribuições da hipoterapia em pessoas com deficiência física e/ou com necessidades especiais, dentro do enfoque psicoterapêutico.</p> | <p>Participaram do estudo duas crianças com a Síndrome de Down, do sexo masculino, uma com 10 e outra com 8 anos. Ambas praticam a hipoterapia há mais de um ano.</p> | <p>-A parte psíquica e motora da criança.</p>         | <p>A hipoterapia</p> | <p>A partir de agosto de 2006, foram realizadas 50 observações e avaliações semanais após cada sessão.</p>        | <p>O cavalo, com seus movimentos e simbologia de força e poder, proporcionou às crianças melhora no comportamento motor e no repertório comportamental, maior independência, motivação e auto-estima. Houve uma melhoria significativa no aspecto psicológico, comportamental, social e motor. Um resultado surpreendente nesse estudo de caso foi o grande ganho físico e emocional notado em Murilo. Apesar de todas as complicações clínicas dessa criança, a sua melhora, comparada à de Gustavo, foi superior no aspecto de independência e auto-estima. O cavalo transmite a ele uma sensação de poder, independência e auto-estima incomparável</p> | <p>A contribuição da hipoterapia foi de grande importância nos seus desempenhos evolutivos gerais, pois demonstram entusiasmo e preferência em praticar a hipoterapia.</p> |
| <p>- Copetti F , Mota CB, Graup S, Menezes K M E Venturini E B. - 2007 -Estudo quase experimental.</p> <p>22</p> | <p>-Verificar o efeito de um programa de hipoterapia no comportamento angular do tornozelo</p>   | <p>Fizeram parte do estudo três crianças do sexo masculino com média de idade de 7.3 anos</p>   | <p>- Comportamento angular do tornozelo e joelho.</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>As análises foram realizadas intra-sujeitos, sendo o pós-teste realizado após 13 sessões de tratamento. As</p> | <p>Observaram-se alterações significativas para a articulação do tornozelo para todos os sujeitos. Para a articulação do joelho. diferenças foram verificadas em momentos distintos do ciclo,</p>  | <p>A hipoterapia promoveu alterações positivas no comportamento angular da articulação do tornozelo com pouco</p>  |

|  |  |  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|--|--|---|---|--|
|  | <p>e joelho de crianças com síndrome de Down (SD).</p> |  |  |  | <p>sessões de hipoterapia tiveram duração de 50 minutos. com intervalos de sete dias.</p> | <p>não apresentando uma tendência observável.</p> | <p>efeito sobre o joelho. Os resultados permitem considerar que, para este grupo, as actividades de estimulação motora fornecidas pelas sessões de hipoterapia proporcionaram alterações consideráveis nas variáveis angulares do tornozelo e joelho. Tais modificações foram observadas na qualidade do andar, actuando de maneira mais eficiente no movimento do tornozelo e com pouco efeito sobre o joelho. Isso sugere que actividades desenvolvidas na hipoterapia podem gerar uma combinação de estímulos favoráveis a um maior controle do movimento desencadeando uma aproximação maior do andar da criança com</p> |
|--|--|--|--|--|---|---|--|

|  |   |  |  |                      |   |   |   |
|--|---|--|--|----------------------|---|---|---|
|  |   |  |  |                      |   |   | SD com o padrão de normalidade e descrito pela literatura.  |
| <p>-Cristiane Helita Zorél Meneghetti, Carlos Henrique da Silva Porto, Cristina Iwabe, Sofia Poletti -2008 -Estudo de caso</p> <p>23</p> | <p>-Verificar a influência da hipoterapia no equilíbrio estático numa criança com Síndrome de Down.</p> | <p>Uma criança com Síndrome de Down, género masculino, 9 anos de idade</p> | <p>-Equilíbrio estático numa criança com Síndrome de Down.</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>A intervenção da hipoterapia foi realizada durante 16 sessões, uma vez por semana, durante 50 minutos.</p> | <p>Verificou-se que os graus de oscilações avaliados depois da intervenção da hipoterapia diminuíram tanto nos planos frontal como no sagital. No plano frontal com visão, constatou-se uma redução de 19 para 18 graus, enquanto sem visão de 21 para 14 graus. Da mesma forma, no plano sagital observou-se também uma diminuição dos graus de oscilação, sendo que com visão foi de 29 para 24 enquanto sem visão de 32 para 23 graus.</p> | <p>O presente estudo mostrou que com a intervenção da hipoterapia, a criança com Síndrome de Down apresentou melhoria no seu equilíbrio estático. A hipoterapia, como actividade terapêutica, contribuiu para maior alinhamento biomecânico e consequentemente activação e sinergia muscular adequada. Esse controle muscular mais eficiente permitiu a optimização do equilíbrio da criança analisada. O recrutamento de maior número de indivíduos permitirá assim a confirmação dos nossos resultados, de modo a afirmar a influência da</p> |

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  | hipoterapia como método eficaz na aquisição e melhora do equilíbrio em crianças com SD. |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

| Autor/Ano/Designo de estudo   | Objectivo de estudo   | Caracterização da amostra   | Variável dependente  | Intervenção           |   | Resultados da intervenção  |   |
|---|---|---|--|-----------------------|---|--|---|
| <p>- Daniely Borges de Andrade<br/>-2010<br/>-Estudo de caso</p> <p>24</p>                | <p>- Investigar os efeitos da hipoterapia no tratamento fonoaudiológico de crianças com distúrbios de linguagem oral.</p>         | <p>- Duas crianças com distúrbios de linguagem oral (1 sexo feminino, 1 sexo masculino)</p> | <p>-Actividade muscular</p>  | <p>A hipoterapia.</p> | <p>11 Meses de atendimento (40 sessões com cavalo, 33 sessões sem o mesmo).</p> | <p>A presença do cavalo favoreceu a actividade dialógica das duas crianças, gestualidade, expressão de sentimentos e afectividade.</p>   | <p>A hipótese do cavalo funcionar como dispositivo terapêutico facilitador para as intervenções fonoaudiológicas com pacientes com distúrbios de linguagem oral foi confirmada nos dois casos estudados. Sugere-se que sejam desenvolvidos estudos fonoaudiológicos sobre o tema, em diferentes quadros clínicos e com ênfase no desenvolvimento da comunicação humana.</p> |
| <p>-Gardenia de Oliveira Barbosa<br/>- 2013<br/>-Estudo quase experimental.</p> <p>25</p> | <p>- Verificar o efeito de um programa de hipoterapia sobre o desenvolvimento psicomotor de crianças com indicativos de TDAH.</p> | <p>- Participaram do estudo 5 crianças com idades entre os 7 e 10 anos,</p>                 | <p>Desenvolvimento psicomotor de crianças com indicativos de TDAH.</p> | <p>A hipoterapia</p>  | <p>24 Sessões com duração de 30 minutos cada,</p>                               | <p>Por meio da análise dos resultados observou-se que o programa influenciou em todas as habilidades motoras estudadas, sendo que aspectos psicomotor es mais influenciados pelo programa de</p> | <p>Visto que no pós-teste a idade motora geral foi estatisticamente significativa, conclui-se que, de forma geral, que o programa de hipoterapia foi efectivo para o desenvolvimento dos</p>  |

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  | hipoterapia , de acordo com a escala de desenvolvimento motor, foram respectivamente, organização espacial, equilíbrio, motricidad e fina e esquema corporal, sendo que a menor influência foi verificada na motricidad e global e organização temporal. | aspectos psicomotor es de crianças com indicativos de TDAH. |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

| Autor/Ano/D<br>esenho de<br>estudo   | Objectiv<br>o de<br>estudo  | Caracteri<br>zação da<br>amostra  | Variável<br>depende<br>nte      | Intervenção   |                                     | Resultados da<br>intervenção  |   |
|--|---|---|---------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|
| <p>- Espindula, AP;<br/>Simões, M;<br/>Assis,;<br/>Fernandes, M;<br/>Ferreira, A;<br/>Ferraz, MLF ;<br/>Souza, LAPS;<br/>Teixeira, VPA</p> <p>-2000</p> <p>-Estudo quase<br/>experimental.</p> <p>26</p> | <p>- Verificar<br/>o tipo de<br/>montada<br/>utilizado na<br/>hipoterapia<br/>que gera<br/>maior<br/>actividade<br/>muscular.</p> | <p>- Foram<br/>avaliadas 5<br/>crianças<br/>com SD,<br/>sendo uma<br/>do género<br/>feminino,<br/>com idades<br/>entre 7 e 11<br/>anos.</p> | <p>Actividade<br/>muscular.</p> | <p>A<br/>hipoter<br/>apia<br/>(monta<br/>da<br/>utilizad<br/>a)</p> | <p>30<br/>Minutos<br/>de sessão</p> | <p>Na<br/>comparaçã<br/>o entre a<br/>Posição<br/>Ortostática<br/>1, antes da<br/>sessão de<br/>hipoterapia,<br/>e Posição<br/>ortostática<br/>2, após os<br/>30 minutos<br/>de sessão<br/>de<br/>hipoterapia,<br/>não ocorreu<br/>diferença<br/>estatisticam<br/>ente<br/>significativa<br/>,<br/>independen<br/>te do tipo<br/>de montaria<br/>(sela com<br/>pé no<br/>estribo, sela<br/>com pé fora<br/>do estribo,<br/>manta com<br/>pé no<br/>estribo,<br/>manta com<br/>pé fora do<br/>estribo) e<br/>músculos<br/>avaliados (<math>p &lt; 0,056</math>).<br/>Nas<br/>posições<br/>sentado<br/>sobre o<br/>dorso do<br/>cavalo no<br/>início da<br/>sessão com<br/>o cavalo<br/>parado -<br/>Sentado 1 e<br/>posição<br/>Sentado 2,<br/>ao final de<br/>30 minutos<br/>de sessão<br/>com o<br/>cavalo<br/>parado,<br/>para todos<br/>os tipos de<br/>montaria e</p> | <p>Pesquisas<br/>evidenciam<br/>que após<br/>trinta<br/>minutos de<br/>montaria, ao<br/>passo, os<br/>movimentos<br/>proporciona<br/>dos pelo<br/>cavalo<br/>promovem<br/>em média<br/>trinta mil<br/>ajustes<br/>tônicos no<br/>corpo do<br/>praticante,<br/>pois a<br/>movimentaç<br/>ão desloca o<br/>corpo do<br/>indivíduo de<br/>seu centro<br/>de<br/>gravidade.<br/>Dessa forma,<br/>para que ele<br/>consiga<br/>permanecer<br/>sobre o<br/>cavalo, há a<br/>participação<br/>do corpo<br/>inteiro do<br/>praticante,<br/>contribuindo<br/>em seu<br/>desenvolvim<br/>ento global<br/>(CALLIL,<br/>2004).<br/>Segundo<br/>relatos da<br/>literatura, os<br/>estímulos-<br/>sensório-<br/>motores<br/>emitidos ao<br/>praticante<br/>montado<br/>gera uma<br/>maior<br/>activação<br/>muscular<br/>dos grupos<br/>extensores<br/>da coluna e<br/>normalizaçã<br/>o tônica por</p> |

|  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | <p>músculos avaliados, não houve diferença estatística entre os valores individuais de cada praticante, o que reflecte na homogeneidade da amostra. Entretanto, quanto à posição Ortostática 1 e 2, comparada com o praticante na posição sentado 1 e 2 sobre o dorso do cavalo, houve diferença estatisticamente significativa, com maior activação muscular na posição Sentado 2 após os 30 minutos de sessão de hipoterapia (<math>p &lt; 0,005</math>). Demonstrando que, independente do material de montaria, mesmo com a criança sentada sobre o dorso do cavalo parado, ela necessita fazer ajustes posturais.</p> <p>Quanto ao tipo de material</p> | <p>desencadear ajustes biomecânicos, facilitando o controle postural (PIEROBON E GALETTI, 2008). O que está de acordo com os dados obtidos através da electromiografia realizada neste estudo, onde foi observado uma activação muscular nos músculos da região cervical, lombar, torácica e abdominal nos praticante com SD, com destaque para a musculatura cervical. E podemos acrescentar ainda, que, esta activação foi maior em montaria com manta e pés fora do estribo. No entanto, mesmo com o cavalo parado, ele não deixa de se movimentar, pois a troca dos membros de apoio e o deslocamento da cabeça constituem movimentos do animal</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | <p>usado na sessão de hipoterapia, na condição de manta com pé fora do estribo houve uma maior activação muscular dos músculos avaliados, durante os 30 minutos de sessão com as colectas sendo realizadas no primeiro, décimo quinto, e trigésimo minutos de sessão, <math>F(2,364)</math> (<math>p&lt;0,001</math>) (Tabela 1). Assim como, foi observado também que os músculos da região cervical quando comparado com os demais músculos avaliados nas crianças com síndrome de Down, foram mais activados <math>p=&lt;0,001</math> (Tabela 2).</p> | <p>que impõem ao praticante o ajuste da musculatura para a manutenção do equilíbrio (BRUDER, 1998). Isto vai de encontro com os dados eletromiográficos obtidos neste estudo, os quais demonstraram que, de fato, há uma activação muscular considerável mesmo com o praticante sobre o cavalo parado. A combinação de estímulos sensoriais produzido pelo movimento do cavalo resulta em uma integração motora e sensorial ampliada, tornando a técnica hipoterapêutica benéfica aos praticantes que dela fazem o uso e que necessitam dessa activação. (CHERNG, 2004). Os resultados apontam que, a montaria com manta e pés fora do</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  | <p>estribo exige mais da musculatura de tronco que os outros tipos de montaria analisados e, portanto, esta pode ser uma boa escolha de montaria na hipoterapia para praticante com SD, uma vez que apresentam uma hipotonia muscular e que o controle muscular mais eficiente permite uma melhor otimização do equilíbrio. É importante que o terapeuta conheça o cavalo e o ambiente, bem como os estímulos que eles oferecem, os movimentos do cavalo e seus tipos de andaduras, quando se está montado em sela ou em mantas ou estando em decúbitos ventral ou dorsal. Devem-se considerar todas estas, dependendo do que pode ser visto como estímulos úteis ao</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  | <p>praticante (LIPORONI E OLIVEIRA, 2005). Sendo assim, a escolha de um material de montaria que favoreça uma maior activação da musculatura para praticantes com SD se torna de fundamental importância. Ela influencia na geração de estímulos motores e sensoriais, que, associados com a repetição do movimento do cavalo e gerados de forma mais intensa, promovem aumento do tónus muscular, percepção espácio-temporal dos vários segmentos corporais no espaço, reacções de equilíbrio, fortalecimento muscular, bem como, a reeducação do mecanismo de reflexos posturais. A prática da hipoterapia como método terapêutico tem se difundido, e isto se justifica pelos seus</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

|                         |                         |               |                     |           |                |                        |   |
|-------------------------|-------------------------|---------------|---------------------|-----------|----------------|------------------------|---|
|                         |                         |               |                     |           |                |                        | <p>objectivos de estimular o indivíduo como um todo, favorecendo as funções neuromotoras, cognitivas e psicossociais . Há descrito na literatura algumas pesquisas que apontando as melhoras que a hipoterapia proporciona à criança com SD, mas existe uma carência em pesquisas que relatam qual o melhor tipo de montaria para esses praticantes. Este parece ser um trabalho inédito da escolha do melhor tipo de montaria através da avaliação eletromiográfica da musculatura de crianças com Síndrome de Down submetidas a tratamento hipoterapêutico. Entretanto, se faz necessário novos estudos avaliando os efeitos dessa prática de tratamento.</p> |
| -Cristiane Helita Zorél | -Verificar a influência | Foi realizado | Equilíbrio estático | A hipoter | Intervenção da | Os graus de oscilações | .A hipoterapia,   |

|  |   |  |   |             |  |  |   |
|--|---|--|---|-------------|--|--|---|
| <p>Meneghetti, Carlos Henrique da Silva Porto, Cristina Iwabe, Sofia Poletti</p> <p>-2008</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>27</p> | <p>da hipoterapia no equilíbrio estático em uma criança com Síndrome de Down.</p> | <p>um estudo de caso em uma criança com Síndrome de Down, género masculino, 9 anos de idade.</p> | <p>em uma criança com Síndrome de Down.</p> | <p>apia</p> | <p>hipoterapia foi realizada durante 16 sessões, uma vez por semana de hipoterapia, empregando as técnicas de equitação e actividades equestres.</p> | <p>avaliados antes e depois da intervenção da hipoterapia apresentaram diminuição de oscilações nos plano frontal e sagital. As experiências provocadas pelos movimentos do cavalo, pelo contacto com o animal, associada a uma postura nova, pode estimular a plasticidade do Sistema Nervoso Central por meio de estímulos sensitivos e motores, promovendo ao praticante o mesmo mecanismo perceptivo-cognitivo-motor<sup>14,15,28</sup>. No entanto, o favorecimento de um maior controle motor, aumento do tónus muscular, a repetição do movimento, reacções de equilíbrio e a percepção</p> | <p>como actividade terapêutica, contribuiu para maior alinhamento biomecânico e consequentemente activação e sinergia muscular adequada. Esse controle muscular mais eficiente permitiu a optimização do equilíbrio da criança analisada. O recrutamento de maior número de indivíduos permitirá assim a confirmação dos nossos resultados, de modo a afirmar a influência da hipoterapia como método eficaz na aquisição e melhora do equilíbrio em crianças com SD.</p> |
|--|---|--|---|-------------|--|--|---|

|  |  |   |                                       |                      |  |  |  |
|--|--|---|---------------------------------------|----------------------|--|--|--|
|  |  |   |                                       |                      |  | espá-<br>cio-<br>temporal<br>dos vários<br>segmentos<br>corporais<br>no espaço,<br>explicaria as<br>alterações<br>observadas.<br>Todavia,<br>cabe<br>ressaltar<br>que o efeito<br>da<br>hipoterapia<br>é<br>multifactori<br>al, o que<br>implica um<br>conjunto de<br>combinaçõe<br>s e ajustes,<br>contribuind<br>o de<br>maneira<br>geral para o<br>quadro do<br>praticante  |  |
| - Roberta<br>Gimenes<br>Denise Emilia de<br>Andrade<br><br>-2004<br><br>-Estudo quase<br>experimental.<br><br>28 | -Revelar os<br>benefícios<br>da<br>hipoterapia<br>a partir do<br>ponto de<br>vista<br>psicológico<br>. | O projecto<br>procurou<br>atender<br>crianças e<br>adolescente<br>s da rede<br>municipal<br>de ensino,<br>por estarem<br>apresentan<br>do<br>problemas<br>no<br>comportam<br>ento e/ou<br>aprendizage<br>m. | Ponto de<br>vista<br>psicológico<br>. | A<br>hipoter<br>apia | As<br>sessões<br>de<br>hipoterap<br>ia foram<br>realizadas<br>uma vez<br>na<br>semana,<br>com<br>duração<br>de<br>40minuto<br>s, para<br>cada<br>dupla de<br>praticant<br>es. O<br>período<br>em que<br>ocorreu a<br>hipoterap<br>ia, foi de<br>Maio a<br>Dezembr<br>o de<br>2004. | Pode-se<br>dizer, que a<br>terapia<br>inicia-se no<br>momento<br>em que o<br>praticante<br>entra em<br>contato<br>com o<br>animal. Em<br>um<br>primeiro<br>momento,<br>o cavalo<br>representa<br>para o<br>indivíduo<br>uma<br>situação<br>diferente,<br>com a qual<br>o praticante<br>terá que<br>saber lidar,<br>aprendendo<br>a forma<br>correta de<br>interagir, de<br>montar e<br>comandá-<br>lo. Essa<br>relação por<br>si só, já<br>proporciona<br>ao | Com os<br>resultados<br>alcançados<br>através da<br>Equoterapia,<br>pôde-se<br>notar que a<br>implantação<br>deste<br>projeto foi<br>realizada<br>com<br>sucesso.<br>Pudemos<br>revelar os<br>benefícios<br>ocorridos<br>em vários<br>aspectos,<br>principalme<br>nte no<br>psicológico.<br>Com a<br>implantação<br>da<br>Equoterapia<br>na cidade de<br>Franca,<br>verificou-se<br>através dos<br>resultados,<br>que os<br>praticantes<br>foram<br>influenciado<br>s pelo |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | <p>indivíduo, o desenvolvimento da afetividade, auto-estima, autoconfiança, limites, uma vez que a relação com o animal exige certas regras que não podem ser infringidas. No que diz respeito aos pais dos praticantes, pôde-se notar que houve um grande interesse por parte dos mesmos. Tiveram a oportunidade de de acompanhar a evolução de seus filhos durante o atendimento. Na reunião de finalização, foi possível perceber, que as mães ficaram bastante felizes com o progresso dos seus filhos, embora tivessem outros aspectos a serem melhorados. O contexto da reunião contribuiu também para as mães conversarem</p> | <p>atendimento equoterápico, adquirindo assim, melhoras significativas, principalmente nos aspectos psicológicos. Foi possível perceber, que a implantação deste serviço, realmente foi de grande valia. É importante ressaltar que, tanto os voluntários, quanto os pais e praticantes, acreditaram no tratamento, procurando assim conduzi-lo com afinco e satisfação. Pode-se considerar que a Equoterapia é uma área em construção, e o percurso das etapas dessa construção são bastante complexos. Com a descoberta dos benefícios trazidos ao ser humano através dessa terapia, percebeu-se a necessidade em divulgar esta nova</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | <p>m e refletirem sobre suas dificuldades , dúvidas, medos, angústias, sentimentos de culpa em relação a seus filhos.</p> <p>De acordo com Madureira e Souza (2001, p. 6), “a necessidade de orientação e acompanhamento psicológicos aos pais de praticantes de equoterapia , é tão importante quanto os cuidados técnicos”. A família traz consigo, expectativas por um novo atendimento, melhoras, perspectivas, sentimentos de culpa, insegurança , medo, ansiedade, incerteza, entre outros.</p> <p>A valorização da família auxilia no trabalho com o praticante, podendo assim, realizar um</p> | <p>modalidade terapêutica, para que outros profissionais e pessoas possam utilizar desse novo método. Embora o cavalo seja um recurso, no qual quase todas as pessoas têm proximidade e acesso, ainda não se têm consciência dos benefícios que este animal pode proporcionar.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |   |   |               |   |  |  |
|---|--|---|---|---------------|---|--|--|
|   |  |   |   |               |   | trabalho em conjunto com os pais, de modo a orientá-los em comportamentos referentes à história pessoal e familiar, favorecendo uma mudança em suas percepções e valores de suas realidades.   |  |
| - Carlos Bolli Mota, Susane Graup, Fernando Copetti<br>-2006<br>-Artigo<br>29 | -Verificar a contribuição da hipoterapia no padrão motor da marcha de crianças com síndrome de Down. | - O grupo de estudo foi composto por dois meninos com síndrome de Down com idades de 4 e 8 anos | Padrão motor da marcha de crianças com síndrome de Down | A hipoterapia | 13 sessões de hipoterapia. Cada uma das sessões teve duração de 50 minutos, incluído o tempo de aproximação, monta e encerramento, em um intervalo de sete dias entre cada uma delas. | o sujeito 1 notou-se no pós teste, um pequeno aumento nos valores do tempo de balanço e diminuição do tempo de duplo apoio, que são considerados indicadores da estabilidade do equilíbrio corporal conforme preconiza a literatura (Sutherland et al., 1998; David, 2000; Link, 2003), ao mesmo tempo um pequeno aumento no comprimento da passada e do passo. As mesmas alterações são observadas no sujeito | As sessões de equoterapia, desenvolvidas dentro de uma perspectiva com ênfase em atividades recreativas e educacionais, proporcionaram alterações favoráveis em algumas variáveis cinemáticas do andar das crianças com síndrome de Down avaliadas neste estudo. Em especial, os resultados foram mais expressivos sobre as variáveis temporais. Tais modificações contribuíram principalmente para alterações no equilíbrio e na estabilidade |

|  |  |  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|--|--|---|---|
|  |  |  |  |  |  | <p>2. dois casos estudados apresentaram curvas próximas da normalidade. O sujeito 1 teve uma melhora qualitativa em seu movimento, talvez ocasionada por ela ainda estar em fase de amadurecimento do seu padrão motor, estando mais susceptível aos estímulos do meio.</p> | <p>do padrão do andar, o que nos leva a acreditar que o movimento tridimensional que o cavalo realiza pode ser o responsável pelas melhoras, como consequência dos ajustes posturais que são exigidos da criança montada.</p> <p>C</p> <p>Com os resultados positivos observados neste estudo, acredita-se que o número de sessões propostas foi suficiente para desencadear sutis alterações na maioria das variáveis cinemáticas do andar. Ainda, estes achados demonstraram que melhores resultados podem ser esperados quando iniciados com crianças em idades mais precoces. Sendo assim, os resultados obtidos até o presente</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|---|

|  |  |  |                                    |                      |                                    |  |   |
|--|--|--|------------------------------------|----------------------|------------------------------------|--|---|
|  |  |  |                                    |                      |                                    |  | <p>momento nos sugerem que o trabalho com a equoterapia gera uma combinação de estímulos capazes de desencadear uma aproximação ainda maior do padrão do andar de crianças com Síndrome de Down com o padrão de normalidade descrito na literatura.</p> <p>Considerando este como um primeiro esforço na tentativa de compreender a influência da equoterapia no andar de crianças com síndrome de Down, recomenda-se que sejam realizados novos estudos com o intuito de confirmar os efeitos desta prática terapêutica sobre o andar.</p> |
| <p>- Jamili Anbar Torquato, Aline Féria Lança, Décio Pereira, Felipe Gonzalez Carvalho, Roberta Dutra da Silva</p> <p>-2013</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> | <p>-Verificar a aquisição de marcos motores em crianças portadoras de Síndrome de Down que realizam a hipoterapia ou</p> | <p>33 indivíduos portadores de Síndrome de Down com idade entre 4 e 13 anos, de ambos os sexos, divididos em 2 grupos:</p> | <p>Aquisição de marcos motores</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>Aplicação de vários testes.</p> | <p>Para análise das variáveis, realizou-se o teste de Shapiro-Wilk, o teste de Qui-Quadrado e o teste Exato de Fisher, o teste t e</p> | <p>: A fisioterapia convencional teve influência positiva na obtenção das aquisições motoras e do equilíbrio estático e dinâmico em portadores</p>  |

|  |  |   |                  |               |   |   |  |
|--|--|---|------------------|---------------|---|---|--|
| 30   | fisioterapia convencional  | Grupo 1 – hipoterapia; Grupo 2 – fisioterapia em solo.                                |                  |               |   | ANOVA seguido de post hoc de Bonferroni; o nível de significância foi 0,05. As aquisições dos marcos motores nas crianças portadoras de Síndrome de Down apresentam atraso considerável em comparação com crianças com desenvolvimento normal $p < 0,05$ . As crianças que realizam fisioterapia apresentam melhor equilíbrio estático e dinâmico do que indivíduos que realizam Fisioter Mov. 2013 jul/set;26(3) : 515-24 Torquato JA, Lança AF, Pereira D, Carvalho FG, da Silva RD. 516 equoterapia $p < 0,05$ . | de Síndrome de Down.   |
| - Camila Regina Schelbauer; Paty Aparecida Pereira<br>-2012<br>-Artigo | -Elucidar os efeitos da hipoterapia em pacientes portadores da Síndrome de Down, | 5 pacientes portadores de Síndrome de Down, de diferentes faixas etárias, de ambos os | Psicomotricidade | A hipoterapia | duas vezes na semana, com duração de 30 minutos | No presente estudo foi observada a influência da Síndrome de Down no desempenho funcional   | Considerando que a pesquisa tinha como intuito analisar quais eram os benefícios que a |

|    |                                  |   |  |  |   |  |
|----|----------------------------------|---|--|--|---|--|
| 31 | associada com a psicomotricidade | sexos, com idade dos seis aos quarenta anos |  |  | <p>desses pacientes, principalmente em atividades de motricidade fina e global, equilíbrio, força muscular, tônus, reflexos tendinosos profundos e fases da marcha, onde ocorreu uma diferença significativa comparando-se os resultados das avaliações pré e pós-intervenção fisioterapêutica. O praticante da equoterapia é levado a acompanhar os movimentos do cavalo, tendo de manter o equilíbrio e a motricidade global e fina para movimentar simultaneamente tronco, braços, ombros, cabeça e o restante do corpo, dentro dos seus limites (LERMONT OV, 2004). Com isso destacamos uma</p> | <p>equoterapia como recurso terapêutico associado com a psicomotricidade trariam para pacientes portadores de Síndrome de Down, concluiu-se que este programa, duas vezes por semana, resultou em benefícios significativos para os praticantes, sendo de extrema importância para melhorar a aquisição das funções psicomotoras. Após a aplicação do protocolo do tratamento de estudo pode-se observar uma melhora importante na motricidade fina e global, equilíbrio estático e dinâmico e nas fases da marcha, proporcionando assim maior independência aos pacientes. Concluiu-se também que a equoterapia tem um importante</p> |
|----|----------------------------------|---|--|--|---|--|

|  |  |  |   |              |            |  |   |
|--|--|--|---|--------------|------------|--|---|
|  |  |  |   |              |            | melhora significativa relacionados à motricidade fina e global apresentadas nesse estudo.  | papel biopsicossocial nos praticantes, garantindo a melhora da qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais. Ainda sugere-se pesquisas mais amplas com um número maior de amostra participante, e também com mais critérios avaliativos, para uma visão de forma ampla nos benefícios que a equoterapia poderá trazer aos pacientes com alteração no seu desenvolvimento motor. |
| -Janaina Ribeiro de Lima; Márcia Yumi Miyagawa<br><br>-2007<br><br>-Estudo quase experimental.<br><br>32 | -Observar a influência deste recurso no tratamento dos distúrbios de equilíbrio em portadores do síndrome de Down. | A amostra foi composta por 16 indivíduos portadores de síndrome de Down, divididos em dois grupos de acordo com os seguintes critérios: Grupo A: Portadores de síndrome de Down que frequentam a | Distúrbios de equilíbrio em portadores do síndrome de Down. | A hipotermia | Dez testes | Através da pesquisa foi constatado que os portadores da síndrome de Down que frequentam a equoterapia apresentaram um melhor equilíbrio podendo ser observado através da análise | Esta pesquisa foi importante para sugerir que a equoterapia influencia na melhora do equilíbrio em portadores da síndrome de Down.<br><br>Concluímos que a intervenção equoterápica é componente  |

| Autor/Ano/<br>Desenho de estudo  | Objetivo de estudo                | Caracterização da amostra  | Variável dependente     | Intervenção          |                             | Resultados da intervenção   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------|----------------------|-----------------------------|---|---|
| - John A Sterba, Brian T Rogers; | -Avaliar os efeitos da terapia de | 17 indivíduos com síndrome de Down, com idade entre 8 e 30 anos, não cardiopatas e nunca submetidos a hipoterapia.<br><br>Grupo E: Indivíduos portadores de síndrome de Down que frequentem a hipoterapia como tratamento isolado há mais de 6 meses, com idade entre 8 anos até 30 anos, não possuindo cardiopatas. | Função motora grossa em | Equitação recreativa | 1 hora por semana para três | estatísticas que revelam diferenças significativas com p(valor) < 0,05 (5 %). C | estímulos sensorio motores são necessários para a colaboração para a melhora do grau de equilíbrio, sendo um instrumento que, uma vez, incluído no atendimento para portadores de síndrome de Down, contribuirá para a evolução neuropsicomotora destes indivíduos. |

|   |   |  |                         |            |   |  |  |
|---|---|--|-------------------------|------------|---|--|--|
| <p>Amy P France<br/>PT</p> <p>Deborah A<br/>Vokes</p> <p>-2002</p> <p>-Artigo</p> <p>33</p> | <p>equitação recreativa na função motora grossa em crianças com paralisia cerebral.</p> | <p>Do sexo feminino, oito do sexo masculino, com idade média de 9 anos e 10 meses, a SE (10 meses) serviu como seu próprio controle.</p> | <p>crianças com PC.</p> | <p>iva</p> | <p>sessões de equitação de 6 semanas por sessão (18 semanas).</p> | <p>de Classificação da Função Sistema foi de 2,7 (DP 0,4; faixa de 1 e 5) . HBRT foi de 1 hora por semana para três sessões de equitação de 6 semanas por sessão (18 semanas). GMFM foi determinada a cada 6 semanas : período de controle pré-equitação , o início da HBRT , a cada 6 semanas durante HBRT por 18 semanas, e 6 semanas após a HBRT . GMFM não se alterou durante o controle pré-riding período. Pontuação GMFM Total ( Dimensões A- E) aumentou 7,6 % ( p &lt; 0,04 ) após 18 semanas , voltando para controlar o nível de 6 semanas HBRT seguinte . GMFM Dimensão E ( andar, correr, e Salto ) aumentou 8,7 %, após 12 semanas (</p> | <p>para investigar isso ainda mais, especialmente em crianças com deficiências mais graves. Andar a cavalo deve ser considerado uma terapia desportiva em crianças com PC.</p> |
|---|---|--|-------------------------|------------|---|--|--|

|  |   |   |                           |                      |                  |   |  |
|--|---|---|---------------------------|----------------------|------------------|---|--|
|  |   |   |                           |                      |                  | <p>p &lt; 0,02) , 8,5% após 18 semanas (p &lt; 0,03) , e manteve-se elevado em 1,8 % 6 semanas seguintes HBRT ( p &lt; 0,03 ) . Isto sugere que HBRT pode melhorar a função motora grossa em crianças com paralisia cerebral , que pode reduzir o grau de deficiência motora</p>  |  |
| <p>- Debuse, , C Gibb, , and C Chandler, -2008</p> <p>- Estudo quase experimental.</p> <p>34</p> | <p>-Explorar a realidade da hipoterapia para pessoas com paralisia cerebral, em termos de causa e efeito.</p> | <p>-17 usuários idade entre 4 e 63 anos, com ou sem os seus pais , participaram de grupos focais e entrevistas individuais em seis centros na Grã-Bretanha e na Alemanha.</p> | <p>Paralisia Cerebral</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>6 semanas</p> | <p>Os principais efeitos da hipoterapia, identificados pelos usuários e pais , são a normalização do tônus muscular , melhoria do controlo de tronco , maior capacidade de andar , transição dos efeitos da hipoterapia para as actividades da vida diária , e aumento da auto-eficácia , confiança e auto-estima .</p> | <p>As principais conclusões são que: a Hipoterapia constitui uma oportunidade de única para a aprendizagem motora : relatórios dos usuários claramente indicam que a hipoterapia facilita o verdadeiro motor de aprendizagem / transição de habilidade motora para o motor, actividades fora do cavalo , e não apenas um efeito de treino. Os efeitos psicológicos</p> |

|   |  |   |   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
|   |  |   |   |   |   |   | <p>Aumentam os efeitos físicos . A hipoterapia aumenta claramente a auto-estima e auto-eficácia. Os efeitos físicos e psicológicos da hipoterapia melhoram a qualidade de vida das pessoas com paralisia cerebral. Os usuários têm uma compreensão profunda dos efeitos do tratamento sobre os mesmos . Estes resultados do estudo qualitativo podem ser agora base para outros estudos para examinar estratégias de intervenção , conforme descrito pela médica Research Council (2000).</p> |
| <p>- Ann Hammer, MSc, Ylva Nilsaga, Anette Forsberg, Helena Pepa, MSc, , Elisabeth Skargren, and Birgitta</p> | <p>- Investigar se a equitação terapêutica e a hipoterapia podem afectar o</p> | <p>Onze pacientes com esclerose múltipla (EM) foram estudados num delineamento experimental de um único</p> | <p>-Equilíbrio<br/>-marcha<br/>- espasticidade<br/>-força funcional<br/>- coordenação</p> | <p>Equitação terapêutica e Hipoterapia.</p> | <p>A intervenção compreendeu dez sessões semanais de 30 minutos cada . Os</p> | <p>Os resultados mostraram melhoria para dez indivíduos em uma ou mais variáveis , principalmente</p> | <p>Conclusivamente, equilíbrio e Role-emocional foram as variáveis que mais frequentemente</p>  |

|   |  |  |   |                      |  |  |  |
|---|--|--|---|----------------------|--|--|--|
| <p>-2005</p> <p>- Estudo quase experimental.</p> <p>35</p>  | <p>equilíbrio , marcha , espasticidade, força funcional , coordenação, dor, auto-avaliação nível de tensão muscular , atividades da vida diária e qualidade de saúde da vida.</p>                | <p>assunto<br/>Estudo ( SSED ), tipo A- B -A</p>   | <p>-dor<br/>-auto avaliação do nível de tensão muscular<br/>- actividades da vida diária<br/>- qualidade de saúde</p> |                      | <p>indivíduos foram medidos um máximo de 13 vezes.</p> | <p>te o equilíbrio, e algumas melhorias também foram vistas na dor , tensão muscular, e ADL . Mudanças na SF-36 foram em sua maioria positivas, com uma melhoria no Role-emocional visto em oito pacientes .</p> | <p>melhoraram.</p>   |
| <p>-Pablo Herrero, Ángel Asensio, Elena García, Álvaro Marco, Barbara Oliván, Alejandro Ibarz, Eva M Gómez-Trullén and Roberto Casas</p> <p>-2010</p> <p>-estudo randomizado controlado</p> <p>36</p> | <p>-Analisar os efeitos terapêuticos ou as contra-indicações do uso de um simulador de hipoterapia comercial de vários factores importantes relacionados a crianças com paralisia cerebral .</p> | <p>Amostra de 37 crianças com paralisia cerebral divididos em dois grupos de tratamento. Os participantes elegíveis foram alocados aleatoriamente e para receber ( a) Grupo de Tratamento com simulador de hipoterapia , mantendo postura sentada , com as pernas em abdução e rítmica movimento do simulador ou ( b) Grupo de Tratamento manter a postura sentada, com as pernas em abdução e sem movimento do simulador rítmica.</p> | <p>Efeitos terapêuticos</p>   | <p>A hipoterapia</p> | <p>15 minutos de sessão durante 3 meses.</p>           | <p>Neste estudo, uma melhoria de 60 % foi obtida em casos contra 10% de melhoria nos controlos , de modo que a melhoria .</p>  | <p>O desenvolvimento de um eficaz tratamento é muito importante para a reabilitação destas crianças . A eficácia da hipoterapia já foi demonstrada , mas em muitos casos, não é possível colocá-lo em prática por diversos razões ( medo, dificuldade de montar um cavalo, clima , considerações financeiras , etc). Nestas circunstâncias, o uso de simuladores pode ser mostrado para ser terapeuticamente eficaz e beneficiar</p> |

|  |   |  |                            |                              |   |  |   |
|--|---|--|----------------------------|------------------------------|---|--|---|
|  |   |  |                            |                              |   |  | um número considerável de pacientes .   |
| <p>- N. I. Ionatamishvili, D. M. Tsverava, M. Sh. Loriya, E. G. Sheshaberidze, and M. M. Rukhadze</p> <p>-2002</p> <p>- Estudo quase experimental.</p> <p>37</p> | <p>-Avaliar a eficácia da equitação terapêutica em jovens com paralisia infantil.</p> | <p>Foram examinados 100 pacientes com idades entre ICP 3-14 anos, que foram divididos em dois grupos iguais, um atribuído a hipoterapia e o outro (controle) para exercícios terapêuticos pelo método Bobath</p> | <p>Paralisia infantil.</p> | <p>Equitação terapêutica</p> | <p>Os exames dos pacientes foram realizados no início e fim de cada curso terapêutico. Um curso consistia de 40-45 procedimentos terapêuticos. Os passeios a cavalo foram realizados três a cinco vezes por semana.</p> | <p>As escalas Ranking [ 11 , 12] permitiram avaliar a eficácia da hipoterapia em crianças com ICP. Dezenas de movimentos involuntários da face, tronco e extremidades antes da reabilitação eram muito semelhantes em ambos os grupos. Da mesma forma, os scores do síndrome espástica antes do tratamento eram quase a mesma em ambos os grupos. Após a equitação terapêutica , a pontuação da síndrome espástica diminuiu substancialmente , para <math>0.510 \pm 0.100</math> ( <math>P &lt; 0,001</math>), e tornou-se significativamente menor do que no grupo controle ( <math>1,550 \pm 0.140</math> ; <math>P &lt; 0,001</math> ) . Uma diminuição do tônus muscular promovido o melhoria da função motora</p> | <p>Decorre do exposto que a equitação terapêutica é um método único que incentiva as crianças a superar os seus problemas; expande os seus horizontes; desenvolve um sentimento de orgulho e vitória sobre a doença e, consequentemente facilita a remoção do complexo de inferioridade. Através deste estudo, houve um efeito benéfico em todos os casos. Assim, a equitação terapêutica é um método adequado para o tratamento de pacientes ICP porque promove a formação de novas habilidades motoras que são maximamente próximo do normal, reduz</p> |

|  |   |  |   |                      |  |   |  |
|--|---|--|---|----------------------|--|---|--|
|  |   |  |   |                      |  | <p>voluntária na criança. Assim, a equitação terapêutica foi mais eficaz na hyperkinetic ICP do que no síndrome espástico. No final do tratamento, as pontuações melhoraram a <math>4.990 \pm 0.140</math> em crianças com movimentos involuntários e <math>2.980 \pm 0.136</math> nas crianças com a síndrome espástica ( <math>P &lt; 0,001</math> ). Após a terapia, as pontuações dos grupos teste e controle foram respectivamente <math>28,11 \pm 0,26</math> e <math>18,77 \pm 0,24</math> ( <math>P &lt; 0,001</math> ) em ICP hyperkinetic e <math>20,95 \pm 0,211</math> e <math>15,83 \pm 0,430</math> ( <math>P &lt; 0,001</math> ) na síndrome espástico .</p> | <p>distúrbios espástica e hyperkineses, e assegura a mobilização final das possibilidades de compensação da criança de o desenvolvimento do cérebro.</p> |
| <p>- María Fuertes Mejías, Jordi Hernández García.<br/>-2005<br/>-Estudo quase experimental.</p> <p>38</p> | <p>-Avaliar o efeito da hipoterapia na actividade muscular em crianças com paralisia cerebral espástica</p> | <p>15 crianças entre 4 e 12 anos de idade, diagnosticadas com paralisia cerebral espástica</p> | <p>Actividade muscular em crianças com paralisia cerebral espástica</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>Uma sessão de hipoterapia de 8 minutos e 8 crianças foram escolhidas aleatoriamente para uma sessão de oito minutos no tambor</p> | <p>Depois de uma melhoria significativa foi observada na equitação terapêutica a simetria da actividade dos grupos musculares que apresentaram maior assimetria</p>   | <p>8 minutos de hipoterapia têm efeito favorável sobre a simetria da actividade muscular em crianças com paralisia cerebral espástica . Estes</p>        |

|  |  |  |  |                       |                                    |  |   |
|--|--|--|--|-----------------------|------------------------------------|--|---|
|  |  |  |  |                       |                                    | <p>antes da sessão. Nenhuma mudança significativa foi observada após uma posição sentada montado no cilindro fixo . Uma mudança de 100% como porcentagem pós-teste positivo refletiria simetria perfeita. Alterações assimétricas nos escores foram uma média de 55,5 (desvio padrão = 82,5) para crianças protocolo hipoterapia e 11'9 (desvio padrão = 29,9) para crianças tambor protocolo conjunto. Alterações nas percentagens tiveram uma melhoria média de 64'6% entre pré-teste e pós-teste em crianças protocolo hipoterapia e de-12'8% para o protocolo meninos tambor fixo.</p> | <p>resultados sugerem que o movimento do cavalo é mais eficaz que o alongamento passivo. Este estudo fornece alguns dados preliminares sobre os efeitos do movimento do cavalo na actividade muscular em crianças com paralisia cerebral. O poder estatístico foi limitado pelo pequeno número (n) de participantes neste estudo, e os resultados devem ser complementadas por um estudo com um grupo maior. Este estudo piloto merece uma investigação mais aprofundada, e requer um controlo do processo durante um programa de 12 semanas.</p> |
| - E Davis ; B Davies B ; R ; R RAadsveld; HEINE ; P Thomason | -Examinar se a equitação terapêutica tem | 99 crianças com idades entre 4 a 12 anos sem experiência | - função física<br>- saúde<br>-qualidade de vida | Equitação terapêutica | Um período de estudo de 10 semanas | Este estudo teve algumas limitações: o tamanho da amostra (  | Embora este estudo não tenha sido capaz de  |

|  |   |   |  |  |  |   |  |
|--|---|---|--|--|--|---|--|
| <p>;Fiona Dobson;H K Graham</p> <p>-2008</p> <p>-estudo randomizado controlado</p> <p>39</p> | <p>um impacto clinicamente significativo sobre a função física, a saúde e a qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral.</p> | <p>em equitação antes e vários níveis de comprometimento foram randomizados para intervenção.</p> |  |  |  | <p>uma queda de 13 participantes em cada grupo ), a falta de capacidade para controlar atividades ou desportos realizados por crianças que servem de grupo controle ( por causa de restrições éticas de pedir aos participantes para deixarem uma forma de tratamento / recreação ) , a utilização de múltiplos cavalos por piloto durante o programa. Este estudo incluiu crianças de uma ampla faixa etária (4- 12A ) e níveis funcionais (níveis GMFCS I) III ) sobre o pressuposto de que todos tinham o potencial de beneficiar igualmente da intervenção . Nós não temos o poder para empreender comparações de subgrupos entre faixas etárias ou GMFCS níveis para</p> | <p>demonstrar que um programa de equitação aumentasse a função, QV, ou o estado de saúde das crianças com PC, o estudo apresentou várias limitações, . Além disso, é possível que a equitação terapêutica possa ter um impacto sobre outros aspectos de uma vida da criança, que não foram avaliados. Com tão poucos estudos destinados a esta área, sugere-se que mais estudos sejam realizados (talvez aqueles que incluem o uso do GMFM-88 para além do GMFM-66), particularmente à medida que ganhamos mais compreensão do recentemente desenvolvido Finalmente, um útil</p> |
|--|---|---|--|--|--|---|--|

|  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | <p>investigar se houve evidência de benefício em alguns subgrupos mais do que outros</p> <p>No entanto , não observamos quaisquer conclusões casuais de uma magnitude semelhante no sentido negativo , ou seja, favorecendo o grupo controle. Cuidadores e crianças tinham até 6 semanas para concluir as avaliações da função física e auto-relato questionários antes e após a conclusão da intervenção ( ou agindo como controles). Os participantes da intervenção grupo que não completaram estas medidas imediatamente pós-intervenção pode não ter lembrado o impacto sobre o QV da criança tão fortemente até 6 semanas posteriores ou quaisquer</p> | <p>seguimento para futuros desenhos de estudo seria a inclusão de estudos qualitativos com ambos os pais e crianças (conduzidos separadamente) para determinar quais os aspectos da equitação terapêutica são considerados úteis e / ou ter um impacto sobre vida da criança.</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|

|   |  |   |   |               |   |  |   |
|---|--|---|---|---------------|---|--|---|
|   |  |   |   |               |   | alterações ao estado funcional pode não ter sido capturado após 6 semanas se passaram e seu filho tinha retornado à sua rotina normal. Finalmente, embora a taxa de atrito de pilotos que perdeu sessões era indesejável, o efeito de uma intervenção na presença de conformidade e com o que imperfeita intervenção reflecte uma estimativa da vida real mais da intervenção do efeito. |   |
| - Tim L. Shurtleff, OTD, OTR/L, John W. Standeven, PhD, Jack R. Engsborg,<br><br>- 2006<br>- Artigo<br><br>40 | - Determinar se a hipoterapia melhora a estabilidade de da cabeça / tronco e membros superiores em crianças com diplegia espástica cerebral paralisia. | Onze crianças (idade de 5-13 anos) com SDCP, 8 crianças (idade de 5-13 anos) sem deficiência. | - Estabilidade de da cabeça / tronco e membros superiores em crianças com diplegia espástica cerebral paralisia | A hipoterapia | Pré-acompanhamento pós-operatório com uma intervenção de 12 semanas e 12 semanas de período de descanso após a intervenção. | Alterações significativas com grandes tamanhos de efeito na cabeça / estabilidade do tronco, após 12 semanas de intervenção hipoterapia. As mudanças foram mantidas após 12 semanas.   | A hipoterapia melhora a estabilidade do tronco / cabeça. Essas habilidades são a base para várias tarefas funcionais. As alterações são mantidas após a intervenção fornecendo uma base para a habilidade funcional tarefas que podem |

|   |  |   |  |                      |  |   |   |
|---|--|---|--|----------------------|--|---|---|
|   |  |   |  |                      |  |   | também melhorar o desempenho no trabalho e participação.  |
| <p>- Cristiane Helita Zorél Meneghetti, Miriam Tonon de Meira, Sofia Poletti, Ana Carolina Teixeira Batistela, Luiz Carlos Ferracini Junior</p> <p>-2011</p> <p>-Estudo de caso</p> <p>41</p> | <p>- Verificar a influência da hipoterapia no equilíbrio estático num indivíduo com doença de Charcot-Marie-Tooth.</p>                                 | <p>Foi realizado um estudo de caso, com uma participante com doença de Charcot-Marie-Tooth, género feminino, 12 anos de idade. A participante foi filmada na vista anterior (plano frontal) e perfil (plano sagital). O instrumento utilizado foi a Biofotogrametria Computorizada que serviu como referência angular para verificar as oscilações do corpo em equilíbrio estático.</p> | <p>-Equilíbrio estático num indivíduo com doença de Charcot-Marie-Tooth</p>      |                      | <p>A intervenção da hipoterapia foi realizada durante 16 sessões, duas vezes por semana, num período de 2 meses, empregando o programa de hipoterapia e atividades equestres</p> | <p>Os graus de oscilações avaliados após a intervenção da hipoterapia apresentaram diminuição tanto no plano frontal como no plano sagital.</p>   | <p>O presente estudo mostrou que com a intervenção da hipoterapia a participante com doença de Charcot Marie Tooth apresentou melhoria no seu equilíbrio estático.</p>  |
| <p>- Menezes, Karla Mendonça; Copetti, Fernando; Wiest, Matheus Joner; Trevisan, Cláudia Moraes; Silveira, Aron Ferreira.</p> <p>-2013</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>42</p>       | <p>-Verificar se a estimulação por meio da hipoterapia é capaz de desencadear alterações no controle postural de portadores de esclerose múltipla.</p> | <p>Fizeram parte deste estudo 11 portadores de EM divididos em Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC).</p>  | <p>Alterações no controle postural de portadores de esclerose múltipla (EM).</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>O GI foi inserido num programa de hipoterapia durante 4 meses, sendo conduzidas 2 sessões semanais com duração de 50 minutos cada.</p>  | <p>A estabilidade postural foi avaliada utilizando uma plataforma de força (para calcular o deslocamento do centro de pressão (COP), durante 30 segundos, numa postura erecta quasi-estática, com olhos abertos e fechados, antes e após o treino com</p> | <p>A adaptação funcional proporcionada pela hipoterapia foi capaz de melhorar a estabilidade postural dos portadores de EM. Os resultados corroboram a literatura que suporta o uso da hipoterapia como uma intervenção em potenciais desordens</p> |

|  |   |  |                                |                      |  |   |  |
|--|---|--|--------------------------------|----------------------|--|---|--|
|  |   |  |                                |                      |  | <p>hipoterapia. O tratamento estatístico foi feito através do ANOVA e Post hoc de Tukey com <math>p &lt; 0,05</math>. A amplitude de oscilação anteroposterior reduziu significativamente no GI após a estimulação, enquanto o GC manteve um comportamento inalterado entre as avaliações. Em ambos os grupos, a estabilidade postural foi reduzida com a supressão da informação visual.</p> | de controle postural em portadores de EM.(AU)  |
| <p>- Marianne Lucena, Ana Schmitt, Nadja Quadros -2006<br/>-Estudo quase experimental.</p> <p>43</p> | <p>- Comparar escores de desempenho motor, antes e após sessões de hipoterapia através da escala de Medida da Função Motora Grossa.</p> | <p>3 casos de paralisia cerebral (PC), de ambos os sexos, com idades entre 5 e 7 anos, escolhidos de forma não probabilística, com o quadro motor de quadriplegia mista.</p> | <p>Desempenho Motor.</p>       | <p>A hipoterapia</p> | <p>Foi instituído um programa de hipoterapia composta por 15 sessões, uma vez por semana</p> | <p>Como resultado, FAB, RFC e BES apresentaram melhoras de 88,35%, 96% e 31%, respectivamente na dimensão A: deitar e rolar e 16,65%, 31,66% e 33%; na dimensão B: sentar. RFC e BES também apresentaram melhoras na dimensão C: engatinhar e ajoelhar de 2,38% e 40,47%, respectivamente.</p>  | <p>Este estudo conclui que indivíduos com PC melhoram controle de tronco e cervical, sendo que com os índices da escala GMFM foi possível quantificar os ganhos motores.</p> |
| <p>- Carlos Henriques Silva</p>  | <p>-Avaliar os efeitos da hipoterapia</p>   | <p>Grupo de 5 crianças cegas congénitas,</p>   | <p>-Nível motor, cognitivo</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>20 sessões de 30 minutos</p>  | <p>Os dados obtidos através da</p>  | <p>Os resultados visualizados</p>  |

|   |  |  |   |                      |   |  |   |
|---|--|--|---|----------------------|---|--|---|
| <p>-2003</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>44</p>   | <p>a, em nível motor, cognitivo e emocional, e sistematizar um programa específico de atendimento em indivíduos cegos.</p> | <p>com a idade entre os 5 e os 12 anos.</p>                        | <p>e emocional</p>                          |                      | <p>cada, durante 10 meses.</p>          | <p>análise, apontam para uma melhoria significativa, dos 3 sujeitos analisados, de aspectos da psicomotricidade como: equilíbrio, segurança, postura erecta do tronco. Os sujeitos com idades de 11 e 12 anos, também apresentam ganhos nos aspectos: referência do espaço tempo, lateralidade e coordenação dos movimentos, uma vez que ambos ao final do período da pesquisa, atingiram a fase de educação/reeducação da hipoterapia. Os resultados apontam também para uma melhoria do relacionamento social dos três sujeitos, evidenciando os aspectos da comunicação, da atenção e das regras sociais.</p> | <p>nesta pesquisa apontam que a hipoterapia pode favorecer melhorias nos aspectos da psicomotricidade e do relacionamento social, o que vai influenciar a aprendizagem e o sentido de segurança, além de contribuir para a melhoria da auto-estima e da autoconfiança de indivíduos com cegueira.</p> |
| <p>-Ana Eugénia Ribeiro de Araújo e Araújo</p> <p>-2007</p> | <p>-Avaliar os benefícios posturais em crianças</p>  | <p>-27 crianças (15 rapazes e 12 raparigas) diagnosticadas com</p> | <p>Benefícios posturais em crianças com</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>O programa aconteceu uma vez por</p> | <p>Verificou-se benefícios posturais estatisticamente</p>  | <p>Concluiu-se que a hipoterapia influenciou positivamente</p>  |

|  |  |   |                                  |                      |   |  |  |
|--|--|---|----------------------------------|----------------------|---|--|--|
| <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>45</p>   | <p>com paralisia cerebral após a participação num programa de hipoterapia.</p> | <p>paralisia cerebral espástica diplégica, com idades entre os 2 e os 12 anos).</p>   | <p>paralisia cerebral</p>        |                      | <p>semana, numa sessão de 45 minutos, durante um ano.</p> | <p>significantes (<math>p &lt; 0.05</math>) em todos os segmentos corporais, especialmente e naqueles que apresentam as piores condições de assimetria antes do tratamento, como o tronco e pélvis.</p>  | <p>te no ajuste postural assim como no equilíbrio estático e dinâmico da criança, aprimorando desta forma, as suas habilidades motoras e contribuindo para o prognóstico da marcha.</p>  |
| <p>- Carlos Henrique Silva ; Sonia Grubits</p> <p>-2004</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>46</p> | <p>-Avaliar o efeito da hipoterapia em crianças cegas</p>                      | <p>Cinco crianças com diagnóstico de cegueira de acordo com o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), na faixa etária de 5 a 11 anos de idade</p> | <p>Efeito em crianças cegas.</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>Sessões de 30 minutos.</p>                             | <p>Além da estimulação dos outros sentidos, os resultados de nossa pesquisa apontam para uma melhora do relacionamento social do grupo, evidenciando os aspectos da comunicação, da atenção e das regras sociais, tanto no ambiente da hipoterapia quanto fora dele. Em relação aos efeitos da hipoterapia sobre a psicomotricidade, ficou evidenciado uma melhora do grupo quanto ao equilíbrio e à postura do tronco erecto, o que implica também uma melhora do sentido de segurança. Os ganhos</p> | <p>O processo mostrou que sua aplicação, quando realizada com técnicas adequadas e por equipa capacitada, proporciona melhoras nos aspectos motores – relacionados à marcha e ao equilíbrio, aspectos cognitivos – , na aprendizagem pela estimulação dos outros sentidos e nos aspectos emocionais – relações sociais e sentimento de segurança . Portanto, este estudo exploratório demonstra que a hipoterapia é um recurso que</p> |

|  |  |  |  |               |   |   |   |
|--|--|--|--|---------------|---|---|---|
|  |  |  |  |               |   | obtidos no aspecto do equilíbrio são muito importantes para o cego, pois a mobilidade do indivíduo que não possui a visão depende em muito desse sentido, cujo desenvolvimento necessita ser estimulado desde o nascimento. | contribui para a melhora de aspectos psicomotores e sociais de indivíduos com cegueira e, consequentemente, melhora sua qualidade de vida, respeitando-se o potencial e a fase de desenvolvimento em que se encontra o indivíduo. Outra observação foi da importância do seguimento de um programa de atendimento adequado à cegueira, uma vez que requer técnicas de intervenção diferenciadas das aplicadas às outras necessidades especiais. |
| -Susane Graup; Rosana Marin de Oliveira; Deisi Maria Link; Fernando Copetti; Carlos Bolli Mota<br><br>-2004<br><br>-Estudo quase experimental. | -Verificar os benefícios da hipoterapia no desempenho motor e no alinhamento postural de tronco no pré e pós-tratamento em uma | Participou do estudo uma criança do sexo masculino, 10 anos de idade, com seqüela de Paralisia Cerebral do tipo quadriplegia espásmico-atetóide. | Desempenho motor e alinhamento postural da criança com paralisia cerebral espásmico-atetóide | A hipoterapia | Programa de tratamento utilizando o cavalo em dez sessões, com frequência de duas sessões semanais, durante 40 minutos. | Não houve melhora significativa no desempenho motor, mas houve melhora no alinhamento postural, o que corrobora com os achados descritos no estudo realizado  | Acredita-se que a intervenção através da hipoterapia no indivíduo com paralisia cerebral pode proporcionar benefícios como melhora dos padrões motores,   |

|   |   |  |  |               |  |   |   |
|---|---|--|--|---------------|--|---|---|
|   | criança com paralisia cerebral espástica-atetóide   |  |  |               |  | pela ANDE (2004), verificando que a hipoterapia proporciona aumento no desempenho motor por meio da melhoria das reacções de endireitamento. De acordo com Medeiros e Dias (2002), este aumento na função motora pode ser atribuído aos estímulos propiciados pelo cavalo que contribuem para o ajuste postural adequado, estabilizando os membros superiores e cintura escapular, e, assim, promovendo alinhamento, estabilidade e movimentos harmónicos, facilitando a execução da função | melhorando assim seu desempenho funcional e o alinhamento postural.   |
| - Ana Paula Espindula, Mariane Fernandes, Mara Lúcia da Fonseca Ferraz Camila Lourencini Cavellani, Patrícia Fonseca Ferraz Isabella Cardoso Cunha Luciane Aparecida Pascucci Sande de Souza Vicente de | -Analisar nos praticantes / pacientes com Deficiência Intelectual a flexibilidade da Cadeia muscular posterior, antes e após cada sessão, | Participaram seis crianças com Deficiência Intelectual, sem comprometimento físico, com idades entre 7 e 15 anos, sendo duas do género feminino, | Flexibilidade da cadeia muscular posterior | A hipoterapia | Foram realizadas dez sessões de hipoterapia com duração de 30 minutos cada, uma vez por semana, sendo que o teste de flexibilidade era realizado | O ganho de flexibilidade da cadeia muscular posterior dos praticantes após cada sessão foi estatisticamente significativo, tanto na avaliação em grupo quanto individual  | Conclui-se que a hipoterapia é um método eficaz por promover melhora da flexibilidade em praticantes / pacientes com Deficiência Intelectual. |

|  |   |  |   |               |   |   |   |
|--|---|--|---|---------------|---|---|---|
| Paula Antunes Teixeira<br>-2012<br>-Estudo de caso<br><br>48   | bem como sua evolução com o tratamento.   |  |   |               | no início e no final de cada sessão de tratamento                                 |   |   |
| - Ana Eugenia Ribeiro Araujo e Araujo, Esp, Valdinar Sousa Ribeiro, D.Sc., Barbara Tereza Fonseca da Silva, M.Sc.<br><br>-2007<br>-Estudo quase experimental.<br><br>49                          | -Avaliar mudanças posturais em crianças com paralisia cerebral após participação num programa de hipoterapia  | 27 crianças entre 2 a 12 anos, com paralisia cerebral.   | Mudanças posturais.   | A hipoterapia | Programa de hipoterapia de 45 minutos semanais ao longo de um ano, em 2006 e 2007 | Os valores da avaliação postural antes e depois da hipoterapia foram: cabeça - 1,2 ( $\pm$ 1,0) e 2,1 ( $\pm$ 1,1); ombros - 1,2 ( $\pm$ 0,9) e 2,2 ( $\pm$ 1,0); tronco -1,0 ( $\pm$ 0,8) e 1,9 ( $\pm$ 1,0); coluna vertebral - 0,9 ( $\pm$ 1,0) e 1,7 ( $\pm$ 1,0); e pélvis - 0,8 ( $\pm$ 0,9) e 1,7 ( $\pm$ 0,8). As diferenças das avaliações antes e depois da hipoterapia foram significantes ( $p < 0,05$ ) para cada segmento corporal. | Mudanças posturais significativas foram obtidas, o que pode servir de incentivo para que esta prática seja difundida pelo Sistema Único de Saúde para o tratamento de crianças com paralisia cerebral.  |
| - Negri, Ana Paola; Cunha, Andréa Baraldi; Zamanér, Antonio Roberto; Garbellini, Daniela; Moreno, Marlene Aparecida; Haddad, Claudio Maluf.<br><br>-2010<br>-Estudo quase experimental<br><br>50 | -Avaliar e comparar o comportamento da frequência cardíaca de repouso e sua variabilidade de entre crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento motor adequado | Foram estudados dois grupos, sendo um controle (GC), composto por 12 crianças com desenvolvimento motor adequado e, outro composto por 12 crianças com diagnóstico clínico de PC (GPC) | - comportamento da frequência cardíaca de repouso e sua variabilidade de entre crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento motor adequado - a modulação | A hipoterapia | Uma sessão de 30 minutos de hipoterapia.  | O registro inicial da FC e dos intervalos R-R na postura supina foi realizado em todas as crianças, utilizando-se o software Nerve-Express®, sendo que para as do GPC, a análise foi repetida após a intervenção. Resultados:   | Os dados obtidos das crianças com PC mostraram que a disfunção influencia negativamente os valores da FC de repouso e a modulação autonômica da FC, resultando em menor atividade parassimpática quando |

|   |   |  |   |               |   |   |  |
|---|---|--|---|---------------|---|---|--|
|   | -Verificar a influência da hipoterapia sobre a modulação autonómica da FC das crianças com Pc.                                    |  | o autonómica da FC das crianças com Pc                      |               |   | O GC apresentou valores significativamente menores para a FC e para os índices BF (Baixa Frequência) e BF/AF (BF/Alta Frequência), enquanto que para os índices SDNN (média dos desvios-padrão dos intervalos RR normais) e AF, os valores foram significativamente maiores comparados ao GPC ( $p < 0,05$ ). Quando comparados os valores da FC e dos índices SDNN, BF, AF e BF/AF obtidos antes e após a hipoterapia para o GPC, os mesmos não apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) | comparadas às crianças com desenvolvimento motor adequado da mesma faixa-etária. Também conclui-se que uma sessão de 30 minutos de hipoterapia não promove influência. |
| - Paula Moreira Clemente<br>, Liana Pires Santos<br>, Anna Carolina Xavier e Chaves<br>, Francis Meire Fávero<br>, Sissy Veloso Fontes<br>, Maria Fernanda CR Campos<br>, Acary Souza | -Verificar os efeitos do cavalo no equilíbrio de tronco, funcionalidade e qualidade de vida em um paciente com Distrofia Muscular | Paciente com diagnóstico de DMD, 8 anos, cadeirante. | -Equilíbrio de tronco - Funcionalidade e qualidade de vida. | A hipoterapia | Terapia com a duração de 30 minutos, uma sessão por semana, durante doze semanas. | Escala de Equilíbrio, observou-se na 1ª avaliação ausência do alinhamento de tronco e presente alinhamento de membro inferior, na 2ª avaliação adquiriu alinhamento   | Para esse paciente, a hipoterapia se mostrou eficaz melhorando o alinhamento de tronco, a amplitude de movimento no plano frontal e                                    |

|  |  |  |  |                      |  |   |  |
|--|--|--|--|----------------------|--|---|--|
| <p>Bulle Oliveira<br/>-2009<br/>-Estudo de caso</p> <p>51</p>                                  | <p>de<br/>Duchenne<br/>.</p>   |  |  |                      |  | <p>de tronco e sem alinhamento de membro inferior. No equilíbrio dinâmico, no plano frontal e sagital, a amplitude de movimento evoluiu de incompleto para completo. Não aconteceram modificações no plano transversal. Na escala de EK, na 1ª avaliação apresentou um escore de 6 e 2ª, evoluiu para 4. Escala de AUQEI: na 1ª e 2ª avaliação não teve alteração, apresentando um resultado de 57 pontos</p> | <p>sagital. Na funcionalidade, ele obteve melhoras nas atividades diárias: na locomoção da cadeira de rodas, transferências e na capacidade para se mover na cama; isto é o paciente tornou-se mais capacitado para as funções da vida diária. Juntamente com outras terapias como a fisioterapia e a hidroterapia proporcionam uma melhoria no desenvolvimento para as habilidades motoras do dia a dia, assim podendo conviver melhor com as dificuldades motoras mantendo uma boa qualidade de vida</p> |
| <p>- Cinara Valency Enéas Mürmann Cristiane Grandotto Patias Sidinei Both Hammes<br/>-2011</p> | <p>-Verificar os efeitos do treino de equilíbrio através da hipoterapia em um paciente com</p> | <p>Praticante do sexo masculino, com 15 anos de idade, apresentando um diagnóstico de Traumatismo cranioencefálico aos</p> | <p>Efeitos do treino do equilíbrio</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>O Programa de tratamento consistiu no total de 42 sessões, com frequência</p> | <p>Após reavaliação, percebeu-se através da Escala de equilíbrio de Berg, uma redução em torno de 28,5% no</p>  | <p>Após a realização do estudo constatamos que houve uma redução dos riscos de queda do</p>  |

|                                  |  |   |  |  |   |  |   |
|----------------------------------|--|---|--|--|---|--|---|
| <p>-Estudo de caso</p> <p>52</p> | <p>Hemiparesia direita decorrente de TCE</p> | <p>22 meses de idade, por material penetrante no crânio</p> |  |  | <p>semanal. As sessões de hipoterapia tinham a duração de 45 minutos sendo que 15 minutos iniciais foram realizados actividades de aproximação, alongamento passivo e activo na sala de atendimento e 30 minutos de montaria.</p> | <p>risco de quedas do indivíduo, indicando melhora no equilíbrio. Na avaliação inicial pela Escala de Equilíbrio de Berg, o indivíduo realizou uma pontuação de 51 pontos. Após o período de tratamento, pós teste apresentou uma pontuação de 56 pontos. Percebe-se neste estudo que o praticante apresentou uma redução de 24 % a 33 % na pontuação calculada, apresentando uma média de 28, 5% na redução no risco de quedas, demonstrando melhora no equilíbrio e consequentemente resultando em melhora na qualidade de vida. Os resultados obtidos na Escala de Equilíbrio de Berg estão relacionados ao risco de quedas que o indivíduo apresenta. Nas pontuações de 56 a 54, desta forma</p> | <p>praticante com Hemiparesia direita decorrente de TCE, que provavelmente podem ter sido das às intervenções realizadas na hipoterapia através do treino de equilíbrio. Com este estudo pode-se perceber que a hipoterapia utilizada como instrumento para treinar o equilíbrio pode contribuir com a diminuição no risco de quedas. Futuros estudos são relevantes para verificar se a diminuição do número de sessões, ou a concentração das mesmas em maior frequência semanal promovem maior eficiência na diminuição no risco de quedas de praticantes hemiparéticos. Ressaltamos que é de suma</p> |
|----------------------------------|--|---|--|--|---|--|---|

|   |  |   |  |                      |   |  |   |
|---|--|---|--|----------------------|---|--|---|
|   |  |   |  |                      |   | <p>cada ponto aumentado, demonstra uma diminuição no risco de quedas de 3 a 4%. Em relação às pontuações de 54 a 46, o aumento de cada ponto nesta escala diminui de 6 a 8% o risco de quedas no indivíduo.</p>  | <p>importância que as atividades propostas sejam adaptadas de acordo com as condições motoras e psíquicas do praticante, com ênfase no bem estar e segurança do mesmo.</p>  |
| <p>- Karla Mendonça Menezes;<br/>Fernando Copettill;<br/>Matheus Joner WiestIII;<br/>Cláudia Morais TrevisanIV;<br/>Aron Ferreira SilveiraV</p> <p>-2013</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>53</p> | <p>-Verificar se a estimulação por meio da hipoterapia é capaz de desencadear alterações no controle postural de portadores de esclerose múltipla.</p> | <p>11 portadores de EM divididos em Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC).</p> | <p>Alterações no controle postural de portadores de esclerose múltipla (EM).</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>O GI foi inserido num programa de hipoterapia durante 4 meses, sendo conduzidas 2 sessões semanais com duração de 50 minutos cada.</p> | <p>A amplitude de oscilação anteroposterior reduziu significativamente no GI após a estimulação, enquanto o GC manteve um comportamento inalterado entre as avaliações. Em ambos os grupos, a estabilidade postural foi reduzida com a supressão da informação visual.</p> | <p>As atividades de estimulação sensorial desenvolvidas no programa de hipoterapia foram inseridas na rotina dos praticantes como um método complementar àqueles nos quais estes já estavam engajados. A manutenção dos escores do GC e as alterações favoráveis no controle postural do GI sugerem que a hipoterapia pode melhorar o controle postural de portadores de EM. A dificuldade em constituir um grupo representativo de</p> |

|   |   |  |   |                           |                                     |   |  |
|---|---|--|---|---------------------------|-------------------------------------|---|--|
|   |   |  |   |                           |                                     |   | <p>sujeitos com EM, que se adequassem aos critérios do estudo e que permitissem a randomização e/ou pareamento dos grupos, bem como a homogeneidade das funções neurológicas, é um factor que dificulta afirmar com confiança que a hipoterapia possa melhorar o controle postural de portadores de EM. No entanto, os achados deste estudo reforçam a literatura que ampara o uso da hipoterapia como uma intervenção em potenciais desordens de controlo postural em portadores de EM.</p> |
| <p>- Nathalie Flores da Costa;<br/><b>Luísa Faria</b></p> <p>-2005</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> | <p>-Observar se a prática de equitação adaptada, por indivíduos portadores de</p> | <p>7 sujeitos, com idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos</p> | <p>Níveis de autoconceito, académico, não académico e global,</p> | <p>Equitação adaptada</p> | <p>Utilização de questionários.</p> | <p>Os resultados correlacionais apontam para a existência de correlações positivas entre as</p> | <p>A partir da análise qualitativa do impacto da relação cavaleiro/cavalo salientam-se</p>   |

|    |   |  |  |  |   |   |
|----|---|--|--|--|---|---|
| 54 | paralisia cerebral, contribui para a promoção dos níveis de autoconceito, académico, não académico e global, comparando praticantes de equitação adaptada com praticantes de outras modalidades desportivas |  |  |  | várias dimensões do autoconceito e de correlações negativas entre o tempo por treino e o autoconceito académico, para os praticantes de equitação adaptada, estando o tempo por treino positivamente correlacionado com a auto-avaliação social e emocional neste grupo particular. Os resultados diferenciais revelam que os praticantes de equitação adaptada apresentam valores superiores nas dimensões de autoconceito de competência matemática, de resolução de problemas, de aparência física e global, comparativamente aos praticantes de outras modalidades, apesar de apresentarem globalmente menos anos | elementos positivos nesta relação, que evidenciam que esta modalidade promove o desenvolvimento de sensações, emoções positivas e bem-estar geral nos seus praticantes. |
|----|---|--|--|--|---|---|

|  |  |   |  |                      |   |  |  |
|--|--|---|--|----------------------|---|--|--|
|  |  |   |  |                      |   | de prática desportiva e menos tempo por treino.  |  |
| <p>- Fernanda Beinotti;<br/>Nilzete Correia;<br/>Gustavo Christofolletti;<br/>Guilherme Borges</p> <p>-2010</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>55</p> | <p>-Avaliar a influência da hipoterapia no treino de marcha em indivíduos hemiparético pós-AVC.</p>        | <p>20 indivíduos divididos em dois grupos (A e B)</p> | <p>Treino de marcha em indivíduos hemiparético pós-AVC.</p>              | <p>A hipoterapia</p> | <p>O grupo A realizou tratamento convencional e o grupo B, tratamento convencional e hipoterapia, durante 16 semanas.</p> | <p>Melhoras significativas foram observadas no grupo experimental incluindo comprometimento motor em membros inferiores (p-valor=0,004), o equilíbrio, em relação ao tempo (p-valor=0,007) porém uma tendência significância entre os grupos (p=0,056). A independência na marcha, cadência e a velocidade não apresentaram relevância estatística em ambos os grupos (p-valor=0,93, 0,69 e 0,44).</p> | <p>Hipoterapia associada ao tratamento convencional mostra ter influência no treino de marcha, além de tornar o padrão de marcha dos pacientes mais próximo da normalidade e em relação ao grupo controle.</p>                 |
| <p>- Lina María López Roa</p> <p>-2011</p> <p>-Estudo de caso</p> <p>56</p>  | <p>-Efeitos da hipoterapia em frente posição sentada em um paciente com retardo psicomotor e hipotonia</p> | <p>1 indivíduo</p>                                    | <p>Posição sentada em um paciente com retardo psicomotor e hipotonia</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>13 semanas de aplicação de hipoterapia</p>   | <p>O paciente descobriu uma melhor coordenação, melhor equilíbrio reações à frente e atrás e melhores habilidades de comunicação</p>   | <p>A hipoterapia permite a integração de estímulos sensoriais, respostas motoras efetoras, facilita o desenvolvimento de competências e habilidades físicas, melhora o seu nível psicossocial e emocional e de desempenho.</p> |
| <p>- María Fuertes</p>   | <p>-Avaliar o</p>  | <p>15 crianças</p>                                    | <p>Actividade</p>  | <p>A</p>             | <p>8 minutos</p>  | <p>Depois de</p>   | <p>8 minutos</p>   |

|  |   |   |  |                      |  |  |   |
|--|---|---|--|----------------------|--|--|---|
| <p>Mejías; Jordi Hernández García</p> <p>-2003</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>57</p>                          | <p>efeito da hipoterapia na actividade muscular em crianças com paralisia cerebral espástica</p>        | <p>entre 4 e 12 anos de idade ,diagnosticadas com paralisia cerebral espástica .</p>  | <p>muscular em crianças com paralisia cerebral espástica</p> | <p>hipoterapia</p>   | <p>de hipoterapia ou 8 minutos montado num tambor fixo</p> | <p>uma melhoria significativa i observada na simetria da actividade dos grupos musculares que apresentaram maior assimetria antes da sessão. Nenhuma mudança significativa foi observada após uma posição sentada montado no cilindro fixo</p> | <p>de hipoterapia produz um efeito favorável sobre a simetria da actividade muscular em crianças com paralisia cerebral espástica . Estes resultados sugerem que o movimento do cavalo é mais eficaz que o alongamento passivo.</p> |
| <p>- Geraldine Villasana, Claudia Torres, Carmen Solórzano</p> <p>-2010</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>58</p> | <p>- Determinar o grau de eficácia da hipoterapia em crianças com baixo desenvolvimento psicomotor.</p> | <p>A amostra foi composta por 18 pacientes , com idades entre 2 e 14 anos , 8 mulheres ( 44,44 % ) do sexo masculino e 10 (55,55 %), com diagnósticos Spina Bifida (5,55 % ) , paralisia cerebral ( DIMOC ) ( 44,44% ) , o autismo ( 11,11% ) , DIMOC + autismo (11,11% ) , Transtornos da Linguagem não especificados (5,55 % ) , síndromes convulsivas Especiais (11,11% ) e síndrome de Down ( 11,11 %).</p> | <p>Desenvolvimento psicomotor.</p>                           | <p>A hipoterapia</p> | <p>Período de janeiro a junho de 2010.</p>                 | <p>Com base na avaliação inicial, não foi observada influência da idade ou do sexo sobre a eficácia de 20 semanas de hipoterapia .</p>   | <p>Conclui-se que a regularidade e da disciplina é a variável mais influente na melhoria clínica, onde o grupo DIMOC pontuou mais em resposta à terapia , particularmente no controlo de cabeça e tronco.</p>                       |
| <p>- Helga E. Lechner, MSc, , Tanja H. Kakebeeke,, ,</p>   | <p>- Determinar o efeito da</p>   | <p>Uma amostra de voluntários de 12 pessoas com paralisia</p>   | <p>Espasticidade e bem-estar mental.</p>                     | <p>A hipoterapia</p> | <p>Cada sessão durou 25 minutos e</p>                      | <p>Ao analisar a espasticidade e clinicamente</p>  | <p>Equoterapia é mais eficiente do que</p>  |

|  |   |   |   |                      |   |   |   |
|--|---|---|---|----------------------|---|---|---|
| <p>Dörte Hegemann, , Michael Baumberger,</p> <p>-2007</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>59</p>   | <p>hipoterapia na espasticidade e no bem-estar mental das pessoas com lesão medular (LM), e compará-lo com os efeitos de outras intervenções</p>                              | <p>SCI (American Spinal Injury Association grau A ou B).</p>  |   |                      | <p>foi realizada duas vezes por semana, durante 4 semanas.</p>                        | <p>avaliada, apenas o efeito da hipoterapia alcançou significância em comparação com a condição de controle (sem intervenção); diferenças medianas na soma das pontuações Ashworth 'antes e depois de sessões de hipoterapia variaram entre -8,0 e 0,5. Não foram observados efeitos de longo prazo sobre a espasticidade. Melhorias imediatas dos sujeitos e bem-estar mental foram detectados apenas depois de hipoterapia (P = 0,048).</p> | <p>sentando-se montado um rolo Bobath ou em um banco de balanço na redução da espasticidade temporariamente. Equoterapia teve um efeito positivo de curto prazo sobre o bem-estar mental dos sujeitos.</p>        |
| <p>- Debbie J. Silkwood-Sherer, Clyde B. Killian, Toby M. Long and Kathy S. Martin</p> <p>-2012</p> <p>-Estudo quase experimental.</p> <p>60</p> | <p>-Avaliar a eficácia da hipoterapia para a gestão de instabilidade postural em crianças com ligeira a moderada, problemas de equilíbrio e para determinar se existe uma</p> | <p>16 crianças (9 meninos e 7 meninas) que eram de 5 a 16 anos de idade e tinha documentados problemas de equilíbrio participaram deste estudo.</p> | <p>Gestão de instabilidade de postural e problemas de equilíbrio.</p> | <p>A hipoterapia</p> | <p>Sessões de hipoterapia de 45 minutos, duas vezes por semana durante 6 semanas.</p> | <p>Com a análise de variância de Friedman, a PBS ea ASKP foram encontrados para ser estatisticamente significativa em todas as medidas (P &lt;0,0001 para ambas as medidas). Análise post hoc revelou uma diferença estatística entre base e</p>  | <p>A falta de um grupo controle e a curta duração entre as avaliações iniciais são limitações do estudo. Os resultados sugerem que a hipoterapia pode ser uma estratégia viável para a redução dos défices de</p> |

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  | <p>correlação entre o equilíbrio e função.</p> |  |  |  |  | <p>pós-intervenção medidas (<math>P \leq 0,017</math>). Este grau de diferença resultou em grandes tamanhos de efeito para a PBS (<math>d = 1,59</math>) e ASKP (<math>d = 1,51</math>) marca após equoterapia. A correlação rho de Spearman de 0,700 indicou uma associação estatística entre PBS e ASKP pontuação pós-intervenção (<math>P = 0,003</math>). Não houve correlação entre a alteração na pontuação PBS e a mudança na pontuação ASKP (<math>r_s = 0,13</math>, <math>P &gt; 0,05</math>).</p> | <p>equilíbrio e melhorar o desempenho de habilidades para a vida diária em crianças com leve a problemas de equilíbrio moderados.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

## Anexo 2

### Terapia Assistida com Cavalo

Como sabem, foram recrutados como experts, para discutir aspectos relacionados com as práticas e resultados obtidos através da terapia assistida com Cavalo.

Este focus group está inserido no âmbito de uma dissertação de mestrado que pretende explorar essencialmente três pontos:

- as evidências da eficácia da terapia sobre a funcionalidade das crianças:
- que abordagens, métodos e estratégias definem as boas práticas na implementação desta terapia;
- e estando, no contexto português, a terapia assistida com cavalo, associada – com frequência – a parcerias estabelecidas com agrupamentos de escola que implicações esta intervenção tem na promoção do processo de inclusão.

Será, então, em torno destes três pontos que serão levantados os tópicos de debate neste focus group.

Esta discussão – que se prevê que se desenrole entre o período 1.30h e as 2h – será sujeita a gravação áudio para posterior transcrição e codificação.

Tópico 1: Começo então por lançar o primeiro tópico de discussão:

Na vossa perspectiva que aspectos definem as boas práticas na prática da terapia assistida por cavalos? Isto é, que aspectos na vossa perspectiva determinam o sucesso desta intervenção?

Tópico 2: “Quais os aspectos que na vossa perspectiva devem ser considerados no planeamento das sessões de modo a torna-las bem-sucedidas?”

Subtópicos: (a lançar, no caso de não serem naturalmente discutidas aquando do tópico 2)

2.1. Como são preparadas as sessões em termos de tempo, frequência, tipo de cavalo, actividades/exercícios desenvolvidos, estratégias?

2.2. Que tipo de informação é considerada relevante para o planeamento das sessões (e.g., condição de saúde, competências motoras, cognitivas, sociais... rede de suporte...)?

Tópico 3: A preparação das sessões difere em função da natureza das incapacidades? Em caso afirmativo de que modo?

Subtópicos: (a lançar, no caso de não serem naturalmente discutidas aquando do tópico 3)

3.1. Quais são os grandes grupos de incapacidade a beneficiar hoje da terapia assistida com cavalo?

#### INCAPACIDADE MOTORA

3.2. Qual o tempo de sessão apropriado para esta incapacidade?

3.3. Qual a frequência semanal das sessões para esta incapacidade?

3.4. Qual o tipo de cavalo mais adequado nestas sessões?

3.5. Qual a orientação teórica do técnico para realizar estas sessões?

3.6. Qual o tipo de trabalho mais adequado à patologia em causa?

3.7. Quais os aspectos a ter em conta para planear a sessão de trabalho?

3.8. Como integrar as famílias, de modo a possibilitar a inclusão social, o fortalecimento dos vínculos familiares e a troca de experiências?

#### INCAPACIDADE INTELECTUAL

3.9. Qual o tempo de sessão apropriado para esta incapacidade?

3.10. Qual a frequência semanal das sessões para esta incapacidade?

3.11. Qual o tipo de cavalo mais adequado nestas sessões?

3.12. Qual a orientação teórica do técnico para realizar estas sessões?

3.13. Qual o tipo de trabalho mais adequado à patologia em causa?

3.14. Quais os aspectos a ter em conta para planear a sessão de trabalho?

3.15. Como integrar as famílias, de modo a possibilitar a inclusão social, o fortalecimento dos vínculos familiares e a troca de experiências?

#### ATRASOS DE DESENVOLVIMENTO

3.16. Qual o tempo de sessão apropriado para esta incapacidade?

3.17. Qual a frequência semanal das sessões para esta incapacidade?

3.18. Qual o tipo de cavalo mais adequado nestas sessões?

3.19. Qual a orientação teórica do técnico para realizar estas sessões?

3.20. Qual o tipo de trabalho mais adequado à patologia em causa?

3.21. Quais os aspectos a ter em conta para planear a sessão de trabalho?

3.22. Como integrar as famílias, de modo a possibilitar a inclusão social, o fortalecimento dos vínculos familiares e a troca de experiências?

Tópico 4: Que aspectos gostariam de acrescentar de modo a definir em termos de planeamento e implementação das boas práticas na terapia assistida com cavalos?

Topico 5: “Com base na vossa experiência e conhecimentos, quais os resultados/benefícios obtidos com a terapia assistida com cavalo – que na vossa perspectiva melhor fundamentam a importância desta abordagem de intervenção em crianças/jovens com incapacidade?”

Tópico 6: De que modo percebem o impacto desta intervenção na promoção do processo inclusivo das crianças/jovens em contexto educacional?

Subtópicos: (a lançar, no caso de não serem naturalmente desvendados na resposta ao tópico 5)

5.1. Que tipo de outcomes/resultados são visíveis em contextos educacionais?

5.2. Que tipo de vias de comunicação são estabelecidas para a avaliação/percepção desse impacte em contexto educacional?

Conclusão

Existe algum outro aspecto – não discutido – que gostariam de acrescentar?

### **Anexo 3**

#### Guião da Entrevista aos pais

1. O que entende por Terapia assistida com cavalo?
2. Como obteve o conhecimento sobre esta Terapia?
3. Porque optou por esta Terapia para o seu filho?
4. Que idade tem o seu filho?
5. Qual o diagnóstico do seu filho?
6. Há quanto tempo o seu filho usufrui desta Terapia?
7. Observa alterações na criança/jovem, no dia a dia, por estar a usufruir desta Terapia?
8. Se sim, quando começou a verificar estas melhorias?
9. Que melhorias observou?
10. Acredita que esta Terapia é importante para o seu filho? Porquê?
11. Pensa que proporciona melhor qualidade de vida ao seu filho?
12. O que esperava quando procurou esta Terapia para o seu filho?
13. Correspondeu às suas expectativas? Porquê?
14. Algum comentário antes de terminar a entrevista?