

Universidade São Francisco

Curso de Fisioterapia

**Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em
Equoterapia – Estudo Piloto**

Bragança Paulista

2011

Ana Luiza Razera Lonza

Mariana Mezzanotte Barneze

Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia – Estudo Piloto

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco sob orientação da Prof^a Ms. Carolina Camargo Oliveira como exigência para conclusão do curso de graduação.

Bragança Paulista

2011

LONZA, Ana Luiza; BARNEZE, Mariana Mezzanotte. **Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional de Equoterapia – Estudo Piloto.** Trabalho de conclusão de curso. 2011. Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco. Bragança Paulista.

Profª Carolina Camargo Oliveira
USF – Orientadora Temática

Profª Rosimeire Simprini Padula
USF – Orientadora Metodológica

Profª Simone Borba do Carmo Silva
USF – Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer aos meus pais, Beth e Zelito (*In Memoriam*), por toda parceria com que me acompanharam nessa longa jornada da vida. Os caminhos foram tortuosos, os tombos aconteceram, a vida, em certos momentos, fez me parar e seguir por outros caminhos; mas vocês sempre estiveram ao meu lado. À primeira grande professora que eu tive na vida. Uma mulher corajosa, forte e guerreira, fonte inesgotável de amor, carinho e incentivo, sempre torcendo por mim, ansiando pelo meu sucesso, minha MÃE, obrigada por tudo, pelas noites cuidando do João, e pelas manhãs com a Maria, sem você eu não teria chego até aqui. Pai, onde quer que você esteja eu sei que está orgulhoso e feliz, aprendi muito com você, e continuo aprendendo ao ouvir coisas tão belas sobre a sua caminhada; obrigada por ser minha referência de tantas maneiras. Sinto muito a sua falta, mas tenho você no coração e no pensamento todo tempo. Obrigado, Carinha.

Ao meu marido Celso, que representa minha segurança em todos os aspectos, meu companheiro incondicional, meu grande amigo, o abraço espontâneo e tão necessário, especialmente em tempos de mãe, esposa, dona de casa e estudante de forma simultânea. Obrigada por me fazer sentir tão amada, mostrar-me o quanto é preciso estar com os pés no chão mas com o coração ao céu. Obrigada pela compreensão nos momentos eu que estive ausente e não consegui dar toda a atenção necessária à você a aos pequenos. Obrigada pelos filhos maravilhosos que você me deu, eles fazem tudo valer a pena, te amo, hoje e sempre.

Aos meus filhos, João e Maria, que, apesar da pouca idade, muito compreenderam minha ausência. Se muitas vezes pensei em não continuar, foram seus beijos, carinhos e alegria com a minha chegada que me davam força para enfrentar o dia e seguir em frente. Dedico essa conquista à vocês, que são minha maior riqueza e minha grande vitória. Vocês fazem com que o mundo seja mais bonito, as coisas tenham graça. Obrigada pela oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor.

À uma senhora, de cabelos brancos, sempre com um sorriso no rosto, sem conhecimento escolar, mas com grandes aprendizados da vida, Vó Vira (*In Memoriam*). Você me ensinou muito sobre a palavra amor, te levo para sempre no coração.

Aos meus professores, há tantos a agradecer, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra Mestre nunca fará justiça aos professores dedicados, aos quais, sem nomear, terão meu eterno agradecimento e admiração.

A orientadora Carolina Camargo de Oliveira, pelo apoio, ensinamentos e por ter acreditado em nós.

Aos meus amigos da faculdade (a turma do gargarejo) que, durante esses quatro anos, foram uma família para mim, não conseguirei mais ficar sem as nossas conversas e risadas. Em especial à Mari; amiga, obrigada por tudo, você tem um coração de ouro.

Ana Luiza Razera Lonza

Em especial aos meus pais, Mirian e Carlos, pela inteira dedicação e por muitas vezes ter deixado de lado seus sonhos para acreditar nos meus, por batalharem muito para proporcionar uma ótima educação e estudos a mim e minhas irmãs. Obrigada pela determinação e luta para minha formação, por me apoiar em momentos difíceis com paciência, força, confiança, ensinando-me a persistir em meus objetivos e ajudando a alcançá-los. Eu os amo muito.

Ao meu namorado e amigo, Thiago, pela companhia, carinho, momentos de descontração vividos a cada dia, que ajudaram a superar as dificuldades.

As minhas irmãs, Fabiana e Gabriela, que por mais difícil que fossem as circunstâncias, tiveram paciência e ajudaram da maneira que podiam.

A todos os membros da minha família, meus queridos avôs, João, Ercília, Augusto (*in memoriam*) e Virgínia, por sempre me incentivar a apreender novas coisas e sempre valorizar os estudos. Também aos tios, tias, primos e primas, pelo apoio e atenção durante essa trajetória.

Aos meus amigos do curso de graduação, pelos quatro anos de convivência e amizade, companheirismo, compreensão e estudos, que com certeza serão excelentes profissionais. Foram momentos intensos e prazerosos que valeram a pena.

Aos professores pela dedicação que desempenharam durante suas aulas e supervisão de estágio.

A orientadora Carolina Camargo de Oliveira, agradeço as cobranças, exigências, ideais e confiança em nosso potencial.

A co-orientadora Simone Borba, muito obrigada pelo apoio e por nos ajudar quando precisamos.

A orientadora metodológica Rosimeire Simprini Padula, muito obrigada pela ajuda, disponibilidade de tempo dedicada a nós e pelo conhecimento dividido conosco.

Aos centros de equoterapia que cederam seus espaços e profissionais para nosso estudo.

Enfim, gostaria de agradecer a todas as pessoas que de algum modo fazem ou fizeram parte dessa etapa da minha vida. Muito obrigada.

Mariana Mezzanotte Barneze

“Quando somos bons para os outros, somos ainda melhores para nós”.

(Benjamin Franklin)

RESUMO

LONZA, Ana Luiza Razera, BARNEZE, Mariana Mezzanotte. **Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia – Estudo Piloto**, Universidade São Francisco, USF, Campus Bragança Paulista, Curso de Fisioterapia, Bragança Paulista – SP, 2011, Trabalho de Conclusão de Curso.

Introdução: A equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais. Geralmente, os instrumentos avaliativos utilizados na equoterapia são os mesmos da prática clínica, havendo considerações a cerca da falta de um instrumento específico para a equoterapia. **Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE), como estudo piloto. **Método:** Os centros de equoterapia da cidade de Bragança Paulista: Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Equoterápico (CPDE), Centro de Equoterapia Pé de Pano, e no Instituto de Equoterapia Pegasus foram convidados a participar do estudo e entregaram o termo de autorizando a coleta de dados. Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Francisco, os responsáveis pelos praticantes que concordaram com a participação, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada centro recebeu cópias da EAFE e uma explanação sobre sua aplicação; posteriormente, os profissionais aplicaram a EAFE nos praticantes e devolveram as pesquisadoras deste estudo, juntamente com um questionário sobre a EAFE, sua aplicabilidade, críticas e sugestões. **Resultados:** Observou-se demora dos profissionais em aplicar e devolver a EAFE, embora a maioria afirmou ser de fácil aplicação; ser um instrumento facilitador para a avaliação; e que utilizariam como complemento e reavaliação periódica. Algumas considerações foram pertinentes propondo melhorias para a EAFE, mas a maioria surgiu de um mau entendimento por parte dos profissionais. A maioria dos praticantes foram classificados como moderadamente comprometidos. **Conclusão:** A EAFE foi considerada aplicável na rotina diária na opinião dos profissionais, embora com diversas sugestões; a maioria dos praticantes teve desempenho motor e habilidade funcional moderadamente comprometido; a falta de treinamento dos profissionais envolvidos influenciou a aplicação da EAFE e a opinião dos profissionais.

Palavras-chaves: Equoterapia; Avaliação do praticante; Neurologia Infantil; Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia.

ABSTRACT

LONZA, Ana Luiza Razera, BARNEZE, Mariana Mezzanotte. The applicability of the Functional Assessment in Therapeutic Riding Scale (EAFE), Pilot Study, Universidade São Francisco, USF, Campus Bragança Paulista, Phisiotherapy course, Bragança Paulista – SP, 2011, Final Paper.

Introduction: The hippotherapy is a therapeutic and educational method that uses the horse in an interdisciplinary approach in health, education and riding, searching for a biopsychosocial development of people with disabilities and / or special needs. Generally, the instruments evaluative used in the hippotherapeutic practice are the same used in clinical practice. There are final considerations about the lack of a specific instrument for hippotherapeutic. **Objective:** Evaluate the applicability of the Functional Assessment in Therapeutic Riding Scale (EAFE), as a pilot study. **Method:** The hippotherapy centers in Bragança Paulista are: Hippotherapy Development and Research Center (CPDE), Hippotherapy Center Pé de Pano and the Pegasus Hippotherapy Institute. They were invited to join the study and given the authorization term for data collection. After the Ethics and Research Committee (CEP) approval of the University São Francisco, the responsible for practitioners that agreed with participation, signed a Free Consent and Informed Term. Each centers received EAFE copies and an explanation about its application; afterwards the professionals applied the EAFE to the practitioners and they gave it back to researchers of this study, along with the questioner form about EAFE, its applicability and critics and suggestions. **Results:** It was observed the lay of the professionals in applying and giving back the EAFE, although most of them affirmed that it was easy to apply and it is an instrument to make the evaluation easy; and that they would use as an addition and periodic reevaluation. Some considerations were relevant proposing improvements for the EAFE, but most of them emerged from a miss understanding by the professionals. Most of the practitioners were classified as moderately impaired. **Conclusion:** The EAFE was considered eligible to use on the daily routine in the professionals opinion, although with several suggestion; most of the practitioners had motor development and functional ability moderately impaired; the lack of training of the involved professionals influenced the EAFE application and the professionals opinion.

Key-Words: Hippotherapy; Practitioner evaluation; Infant Neurology; Functional Evaluation in Hippotherapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Fundamentos da Equoterapia	17
1.2 Tipos de Andadura	19
1.3 Fases da Equoterapia	20
1.4 Atividades que podem ser realizadas com o cavalo	21
1.5 Objetivos Terapêuticos	21
1.6 Avaliação do praticante	22
2. OBJETIVOS	24
2.1 Objetivos gerais	24
2.2 Objetivos específicos	24
3. MÉTODO	25
3.1 Desenho do estudo	25
3.2 Local do estudo	25
3.3 Critério de inclusão	25
3.4 Critério de exclusão	25
3.5 Materiais	26
3.6 Procedimento	27
3.7 Análise de dados	27
4. RESULTADOS	28
5. DISCUSSÃO	36
6. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Opinião dos profissionais quanto ao uso da EAFE na rotina de atendimentos.	29
Gráfico 2. EAFE como facilitadora da avaliação do praticante.	29
Gráfico 3. Tempo utilizado pelos profissionais para aplicação da EAFE.	30
Gráfico 4. Idade dos praticantes.	33
Gráfico 5 – Média e Desvio Padrão das pontuações dos praticantes nas etapas da EAFE.	34
Gráfico 6. Porcentagem dos praticantes de acordo com o escore final da EAFE.	34
Gráfico 7 – Porcentagem de diagnósticos dos praticantes avaliados.	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação dos centros com o número de praticantes e profissionais.	28
Tabela 2. Patologia e Escore final.	36

LISTA DE SIGLAS

Associação Nacional de Equoterapia no Brasil (ANDE-BRASIL)

Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Equoterápico (CPDE)

Denver Developmental Screening Test II (DDST)

Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM)

Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE)

Gross Motor Function Measure (GMFM)

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI)

Peabody Motor Scale (PDMD)

Sistema Nervoso Central (SNC)

Software para Avaliação Postural (SAPO)

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)

1. INTRODUÇÃO

1.1 Fundamentos da Equoterapia

A relação do homem com o cavalo é bastante antiga, tanto para fins laborais quanto para saúde. Acredita-se que Hipócrates (488-377 a.C.) já havia utilizado o cavalo com objetivo terapêutico, pois em seu “Livro das Dietas”, prescreveu a montaria em cavalo para melhora da saúde (BALTIERI, 2003).

Segundo Martinez (2005) Asclepiades, da Prússia (124-40 a.C.), recomendou o uso de cavalo em pacientes epiléticos e paralíticos. Galeno (130-199 d.C.) usou da equitação como forma de fazer com que seus pacientes pensassem mais rapidamente. Posteriormente, Merkurialis (1569) acreditava que a equitação exercitava além do corpo, os sentidos.

Assim, muitos outros começaram a estudar o cavalo associado à reabilitação, entre eles, Goethe (1740 -1832) reconheceu que as oscilações do tronco do cavalo proporcionavam distensão benéfica da coluna vertebral, determinada pela posição do cavaleiro sobre a sela. Em 1890, Gustavo Zander comprovou que as vibrações transmitidas ao cérebro por meio de 180 oscilações por minuto, estimulavam o sistema nervoso simpático; porém não associou ao cavalo. Apenas em 1984, Dr. Detlver Rieder, detectou que as vibrações recebidas quando a pessoa está sobre o dorso do cavalo ao passo eram, exatamente, o mesmo número de oscilações que Zander havia recomendado para estimular o sistema nervoso simpático (CARMO, OLIVEIRA e REY, 2011; MARTINEZ, 2005).

Em 1901, o Hospital Ortopédico de Oswestry na Inglaterra, realizou o primeiro registro de uma atividade eqüestre ligada a um hospital, quando, devido à guerra dos Boers, o cavalo foi utilizado para minimizar a monotonia no tratamento dos mutilados. Em 1917, na I Guerra Mundial, profissionais do Hospital Universitário de Oxford utilizaram desta prática com os feridos da guerra. Mais tarde, Liz Hartel, uma jovem com seqüela de poliomielite, conquistou a medalha de prata em adestramento nos Jogos Olímpicos de Helsinky, na Finlândia em 1952, sem revelar sua condição. O público só

percebeu sua seqüela quando ela foi subir ao pódio, fazendo uso de duas bengalas canadenses (MARTINEZ, 2005).

No Brasil, em 1989 foi criada a Associação Nacional de Equoterapia, a ANDE-BRASIL. Em 1990, aconteceu a primeira sessão de equoterapia com pacientes, realizada pela ANDE-BRASIL, com apoio dos profissionais da saúde do Hospital do Aparelho Locomotor – SARAH, em Brasília (MARTINEZ, 2005).

De acordo com Baltieri (2003) a equoterapia foi reconhecida como método educacional pela Divisão de Ensino Especial da Secretaria de Educação do Distrito Federal em 1993. E foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como método de reabilitação em 1997.

A palavra equoterapia foi criada pela ANDE-BRASIL para caracterizar todas as práticas que utilizam o cavalo com técnicas de equitação e atividades equestres, objetivando a reabilitação e/ou educação de pessoas com deficiência ou com necessidades especiais. A equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais (ANDE-BRASIL, 2010).

A equoterapia permite ao terapeuta interagir em diversos sistemas orgânicos; no dorso do cavalo o praticante consegue obter ganho de musculatura corporal global de forma natural, modular o tônus, alongar, melhorar postura, equilíbrio, ritmo, coordenação, além de possibilitar maior interação social (LIPORONI e OLIVEIRA, 2005).

Existem outros animais utilizados como facilitadores no processo de reabilitação, como cachorros e até golfinhos; mas, o cavalo, quando está em movimento, produz estímulos sensoriais e proprioceptivos, possibilitando aquisições psicomotoras ao praticante que está sentado no centro de gravidade do cavalo; e esses estímulos são insubstituíveis por outro recurso mecânico (BRITO, 1993).

Queiroz (2006) afirma que ao longo de 30 minutos de terapia sobre o cavalo, o praticante terá recebido cerca de 1800 a 2200 estímulos proprioceptivos, que chegarão ao Sistema Nervoso Central (SNC); assim, o cavalo é considerado uma máquina terapêutica. O movimento provocado na cintura pélvica de quem está no dorso do cavalo é 95% semelhante à deambulação humana.

De acordo com ANDE-BRASIL (2010) a equoterapia é indicada para indivíduos portadores de doenças genéticas, neurológicas, ortopédicas, musculares e clínico-metabólicas; seqüelas de trauma e cirurgias; doenças mentais, distúrbios psicológicos e comportamentais; distúrbios de aprendizagem e linguagem; entre outros. Ou seja, pode ser utilizada quando o objetivo é benefício físico, psíquico, educacional e/ou social de pessoas com deficiências físicas, mentais e/ou com necessidades especiais.

Baltieri (2003) complementa que os dependentes químicos, hiperativos, indivíduos com depressão, também podem se beneficiar com a equoterapia; mas existem contra-indicações, como a epilepsia não controlada, tumores pulmonares, síndrome de Down com instabilidade atlanto-axial, ferimentos infectados, prolapso retal, labirintite aguda, cardiopatias graves, entre outros.

Em estudo realizado por Souza (2009) pacientes com lesão medular, apresentando dificuldades nas aquisições motoras, tiveram benefícios com a equoterapia, sendo principalmente em relação ao controle motor das atividades funcionais estáticas e dinâmicas, em decorrência da modulação de tônus muscular, melhora da força, coordenação motora e precisão dos movimentos voluntários. Esses achados foram atribuídos ao movimento tridimensional e inflexões laterais do cavalo; pois mesmo após uma lesão neurológica, ainda existe uma estrutura plástica e responsiva à estimulação ambiental.

1.2 Tipos de Andaduras

O cavalo apresenta dois tipos de andaduras, a natural e a artificial. Quando o cavalo desenvolve espontaneamente o passo, o galope e o trote são andaduras conhecidas como naturais. Já quando o cavalo é adestrado para realização de outra andadura, como a marcha, é denominada andadura artificial. Para a equoterapia utiliza-se andadura natural do cavalo, pois é um instrumento terapêutico, justamente devido a semelhança com o andar humano (QUEIROZ, 2006).

Segundo Baltieri (2003) o tipo de andadura natural que deverá ser utilizada na equoterapia depende da necessidade de cada paciente. O passo é a andadura que permanece por mais tempo sem ocorrer fadiga; pode ser muito lenta, com passos curtos; ou rápida, com passos alongados. Ao passo, o cavalo movimenta um membro de cada vez, realizando quatro batidas diferentes; é considerada uma andadura de quatro tempos e simétrica, devido ao movimento simétrico da coluna vertebral em relação ao eixo

longitudinal do cavalo (QUEIROZ, 2006). Essa andadura proporciona mobilidade de pelve ao praticante, promovendo ajustes tônicos que favorecem diretamente o desempenho em habilidades motoras de forma global (BRITO, 1993).

O galope é considerado uma andadura de três tempos, pois enquanto dois membros se movimentam juntos, os outros dois podem se mover separadamente. O movimento é assimétrico, pois a coluna vertebral não estará em simetria com o eixo longitudinal do cavalo. O pescoço do cavalo realiza grande movimentação (basculação) e trata-se de andadura saltada pois há um tempo de suspensão no ar, em que o cavalo não está tocando o chão com qualquer uma de suas patas (QUEIROZ, 2006).

O trote é uma andadura em dois tempos, o cavalo movimenta duas pernas de cada vez, sendo o movimento conjunto nas patas em diagonal, ocorrendo mais movimento na coluna vertebral e no seu eixo longitudinal, e menos no pescoço, em que os movimentos são imperceptíveis. Assim como no galope, a andadura é saltada (QUEIROZ, 2006).

1.3 Fases da Equoterapia

A equoterapia pode ser dividida em quatro fases e, apesar de terem objetivos e condições diferentes, as quatro fases da equoterapia trabalham com segurança: todos os praticantes devem utilizar capacete, os cavalos são treinados diariamente e é indispensável a presença do terapeuta e do condutor (BALTIERI, 2003).

Segundo ANDE-BRASIL (2010) as fases são:

1º Fase – Hipoterapia: é a mais dependente; o praticante necessita de terapeutas laterais, pois não tem independência com o cavalo. Nesta fase são realizadas atividades físicas sendo que o cavalo é utilizado como instrumento de oscilação e ritmo.

2º Fase – Reeducação equestre: o praticante já possui alguma independência com o cavalo para realizar diversas atividades nessa fase, porém ainda precisa de apoio lateral e não comanda o animal com as rédeas. Neste momento, deve-se explorar as atividades cognitivas envolvendo funções, raciocínios, bases psicomotoras.

3º Fase- Pré-esportiva: o praticante já é independente, controla as rédeas do cavalo e realiza atividades que envolvem conceitos psicomotores, sociais e esportivos. Só necessita de um profissional para instruir o que ele deve fazer.

4º Fase- Esportiva-Paraequestre: o praticante com alguma deficiência pode competir na atividade paraequestre a fim de aumentar o interesse pelo esporte. Ao mesmo tempo em que se beneficia com a terapia, ajuda a melhorar a auto-estima, auto-confiança e a qualidade de vida, otimiza sua inserção social e prepara este praticante para ser um atleta de alta performance. Dessa forma, poderá competir, posteriormente, em programas como: hipismo adaptado, paraolimpíadas, olimpíadas especiais ou volteio equestre adaptado.

1.4 Atividades que podem ser realizadas com o cavalo

A atividade equoterapêutica também envolve ações não relacionadas à montaria, como o trabalho de conceitos e funções, utilizando brincadeiras com o cavalo, como: estabelecer relação das partes do corpo do cavalo e do praticante, favorecendo o esquema corporal; e das atividades de vida diária, como: alimentação, auto-cuidados e vestuário do cavalo e do praticante, estimulando o correto posicionamento do corpo no preparo dos alimentos, a preensão manual dos utensílios, a motricidade ampla e fina, a coordenação visomotora e até orofacial, pois o cavalo normalmente mastiga de boca fechada, servindo de modelo para a criança. Enfim muitas as atividades podem ser estimuladas, tendo o cavalo como referencial (BALTIERI, 2003).

1.5 Objetivos Terapêuticos

Uma das principais vantagens da equoterapia é o fato de ser realizada longe das clínicas e das salas terapêuticas, junto à natureza, tornando-se uma atividade revitalizante e prazerosa (MARTINEZ, 2005). Os principais objetivos desta são:

- Ganhar amplitude de movimento articular e melhora da mobilidade da coluna vertebral e cintura pélvica;
- Modular tônus muscular;
- Aumentar a força muscular;
- Normatizar a simetria corporal com melhora da postura e do balance;
- Melhorar o controle de tronco e cabeça;
- Otimizar a dissociação de cintura escapular e pélvica;
- Desenvolver lateralidade;

- Melhorar a percepção do esquema corporal;
- Ganhar equilíbrio estático e dinâmico em varias posições espaciais;
- Ganhar referência de espaço, velocidade, tempo e ritmo do movimento;
- Melhorar a coordenação motora global e fina;
- Melhorar a marcha;
- Estimular a sensibilidade tátil, visual, auditiva e olfativa pelo ambiente e pela atividade com o cavalo;
- Aumentar a capacidade ventilatória e a conscientização da respiração (LIPORONI e OLIVEIRA, 2003).

1.6 Avaliação do praticante

A avaliação do praticante se dá através do histórico geral, que abrange desde a gestação até os dias atuais, no que se refere aos seus hábitos, rotina e principais características. Cada profissional da saúde irá avaliá-lo, tais como o médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicopedagoga, terapeuta ocupacional, psicomotricista e pedagoga; e como é a reação desse praticante em contato com o cavalo. Após avaliação de cada profissional, esses devem discutir o caso, estabelecer metas individualizadas para cada praticante, determinando inclusive, qual o tipo de cavalo, sela, andadura, manta e outros materiais (BALTIERI, 2003).

Além disso, a avaliação física, a série dos exercícios, circuitos com materiais e/ou brinquedos, comportamento, comunicação, leitura e escrita, socialização e a queixa familiar, serão analisadas. Tudo isso é revisto periodicamente, sendo o mais comum a cada 6 meses e, em reuniões semanais, a equipe discute sobre a evolução de cada praticante (BALTIERI, 2003).

O fisioterapeuta pode utilizar instrumentos avaliativos que podem e devem complementar o protocolo de avaliação do praticante, para medida quantitativa de equilíbrio, tônus muscular, função motora, postura, entre outros. As escalas mais usadas para a avaliação dos praticantes de equoterapia são: Escala de Equilíbrio de Berg; Gross Motor Function Measure (GMFM); Peabody Motor Scale (PDMS); Denver Developmental Screening Test II (DDST); Desempenho Motor e Funcional de Crianças com Paralisia Cerebral; Escala de Avaliação do Tono Muscular; Inventário de

Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI); Software para Avaliação Postural (SAPO); Baropodometria Eletrônica (ALVES, 2009).

Portanto, com o levantamento bibliográfico realizado, foi constatado que as escalas avaliativas utilizadas na prática equoterapêutica são as mesmas utilizadas na prática clínica. São frequentes as considerações finais a cerca da falta de um instrumento específico para as situações e o ambiente equoterapêuticos. Em trabalho de pesquisa realizado anteriormente, sob orientação da Prof^a. Carolina Camargo de Oliveira, foi elaborada uma proposta de instrumento avaliativo específico, a Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE), trabalho que está em fase de correção para publicação em periódico científico. Desta forma, este trabalho, propôs avaliar a aplicabilidade desse instrumento, como estudo piloto, sendo etapa inicial que propiciará correções e melhorias necessárias na escala e posterior ampliação do estudo, para possível validação desse instrumento. Espera-se também, que essa escala possibilite uma avaliação mais específica e aprofundada do praticante, nas situações do ambiente equoterapêutico, permitindo melhor direcionamento da abordagem terapêutica e acompanhamento periódico, em longo prazo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Avaliar a aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE).

2.2 Objetivos específicos

- Estudar e treinar os funcionários do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Equoterápico (CPDE), Centro de Equoterapia Pé de Pano e Instituto de Equoterapia Pegasus para a aplicação da EAFE.
- Avaliar questionário qualitativo a respeito da EAFE com os funcionários dos centros de equoterapia.
- Avaliar o perfil das crianças e adolescentes atendidos nos centros de equoterapia, por meio da EAFE.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal com avaliação observacional única de crianças e adolescentes e consideração única a respeito da EAFE por meio de questionário respondido por funcionários dos centros de equoterapia.

3.2 Local do estudo

Os dados foram coletados nos três centros de equoterapia do município de Bragança Paulista – SP, o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Equoterápico – CPDE; o Centro de Equoterapia Pé de Pano; e o Instituto de Equoterapia Pegasus; todos com a devida autorização (ANEXO I). Em função de aspectos éticos, os centros serão identificados aleatoriamente com as letras X, Y e Z.

3.3 Critério de inclusão

Poderiam fazer parte desse estudo, todos os praticantes escolares e adolescentes inseridos no atendimento equoterapêutico dos centros citados anteriormente até 19 anos de idade. Com estimativa de atingir 80 voluntários. Foi utilizada a classificação de adolescência de Gallahue (2005), sendo o limite de idade superior a de 20 anos incompletos, ou seja, 19 anos 11 meses e 29 dias.

3.4 Critério de exclusão

Foram excluídos do estudo praticantes cujos responsáveis não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) e aqueles com idade acima de 19 anos.

3.5 Materiais

Foram utilizados no estudo:

- Prancheta, papel e caneta.
- Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE) (ANEXO III)

Esta escala é dividida em três partes, sendo:

- I Parte: Avalia a aproximação e os cuidados que o praticante tem com o cavalo (reconhece as partes do cavalo, como realiza escovação e banho do cavalo), alimentação (se sabe os tipos de comida, local de armazenamento, como alimenta o cavalo), encilhamento do cavalo (identifica os nomes dos materiais e a seqüência do encilhamento, como o executa). A pontuação varia de 0 a 27 pontos.
- II Parte: Avalia aspectos diretamente relacionados com a montaria (como o praticante monta, como se porta sobre o cavalo durante a sessão de equoterapia, como apeia). A pontuação varia de 0 a 12 pontos.
- III Parte: Avalia as habilidades de conduzir o cavalo antes de montar (reconhecimento e compreensão da atividade proposta sem o cavalo, habilidade de conduzir o cavalo pelo percurso), e montado (expressa comandos ao cavalo, controle do cavalo utilizando as rédeas, controle do cavalo fora da pista, condução ao passo montado, andaduras do cavalo, controle do cavalo durante o percurso sem e com obstáculos, controle do cavalo durante o percurso com obstáculos elevados). A pontuação varia de 0 a 30 pontos.

Com a pontuação, é possível classificar o praticante quanto ao seu desempenho motor e habilidade funcional em atividade equestre. Para isso, é necessário utilizar a seguinte fórmula para chegar ao escore total:

$$\frac{(\text{Parte I} + \text{Parte II} + \text{Parte III})}{30} \times 100 = \text{escore total (porcentagem)}$$

69

A classificação do praticante quanto ao escore:

- 76% a 100% - desempenho motor e habilidade funcional adequado. (A)

- 51% a 75% - desempenho motor e habilidade funcional levemente comprometido. (LC)

- 26% a 50% - desempenho motor e habilidade funcional moderadamente comprometido. (MC)

- 0 a 25% - desempenho motor e habilidade funcional gravemente comprometido. (GC)

3.6 Procedimento

Inicialmente, após consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade São Francisco, Protocolo CAAE: 0008.0.142.000-11, para que este projeto fosse elaborado, os centros de equoterapia foram convidados a participar e entregaram termo assinado pelo responsável, autorizando a coleta de dados em suas dependências, envolvendo seus funcionários e praticantes (ANEXO II). Posteriormente, este projeto foi entregue ao CEP e após sua aprovação (ANEXO IV), os responsáveis legais pelos praticantes dos três centros envolvidos foram convidados e receberam todos os esclarecimentos sobre este trabalho de pesquisa. Concordando com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

Em etapa seguinte, a EAFE foi apresentada aos profissionais, que foram treinados para sua aplicação. As pesquisadoras deste estudo estavam presentes sempre que possível durante a aplicação da EAFE pelos profissionais de cada centro com os praticantes, a fim de observarem a dinâmica de sua aplicabilidade, facilidades e dificuldades dos profissionais e eventualmente responderem alguma dúvida. Ao final da avaliação de todos os praticantes, os profissionais responderam um questionário com suas opiniões a respeito da EAFE, elaborada pelas autoras deste trabalho de pesquisa (ANEXO V).

3.7 Análise de dados

Os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva. Após consulta à profissional da área, e apresentados em forma de gráficos e tabelas para melhor apreciação.

4. RESULTADOS

O total de praticantes da equoterapia, adultos e crianças, nos centros de Bragança Paulista eram de 91 pessoas. Destes, apenas 45% entraram em nosso estudo. Sendo que 5,5% dos praticantes são do centro Y, 25,3% são do centro X e 14,2% são do centro Z.

Mesmo tendo sido esclarecido que a EAFE avalia crianças e adolescentes os centros convidaram adultos, totalizando 54 praticantes que aceitaram participar do presente estudo. Destes, apenas 41 atendiam aos critérios de inclusão; 13 praticantes foram excluídos por terem idade superior a 19 anos 11 meses e 29 dias e/ou não possuírem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Participaram da aplicação da escala 10 funcionários ao total, sendo que 1 do Y, 5 do X e 4 do Z. Destes, apenas 7 funcionários devolveram o questionário respondido, a respeito da EAFE (ANEXO IV).

A Tabela 1 mostra a relação dos centros de equoterapia com a porcentagem de praticantes e profissionais de cada um.

Tabela 1. Relação dos centros com o número de praticantes e profissionais

Centros	Porcentagem de praticantes total	Porcentagem de praticantes que participaram do estudo	Número de profissionais que participaram desse estudo
Y	6,6%	5,6%	1
X	66%	25,2%	5
Z	27,4%	14,2%	4
TOTAL	100%	45%	10

O Y possuía um total de 6,6% dos praticantes, destes apenas 1% dos praticantes foram excluído, pois não atendia aos critérios de inclusão; e um profissional aplicou a EAFE nesse centro. O X possuía um total de 66% dos praticantes, destes 25,2% participaram deste estudo, no entanto 40,8% desses não foram inclusos neste estudo; e 5 profissionais aplicaram a EAFE nesse centro. O Z possuía um total de 27,5% dos praticantes, 14,2% participaram deste estudo, no entanto 13,3% desses foram excluídos,

pois não atendiam aos critérios de inclusão; e 4 profissionais aplicaram a EAFE nesse centro.

O Gráfico 1 apresenta a opinião de 7 funcionários dos 10 profissionais que participaram do estudo a respeito do uso da EAFE na sua rotina de atendimento.

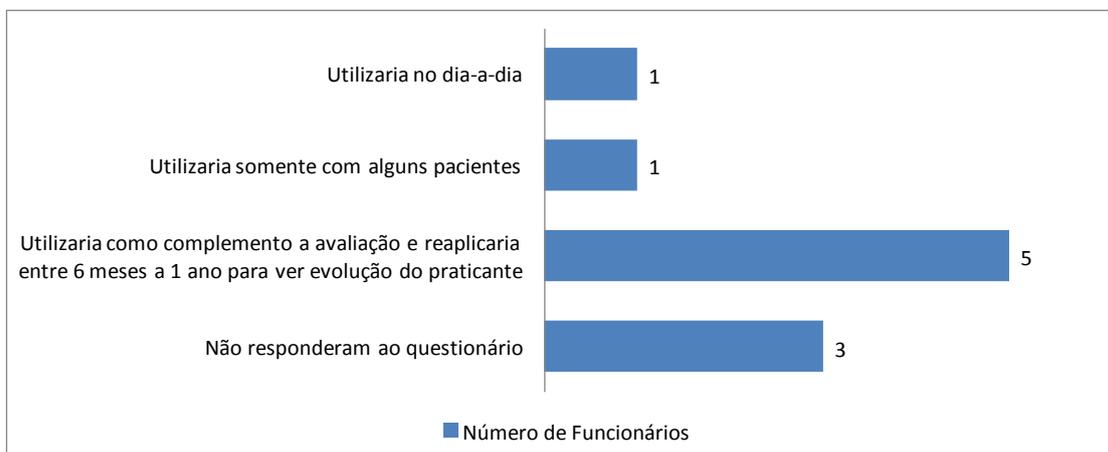


Gráfico 1. Opinião dos profissionais quanto ao uso da EAFE na rotina de atendimentos

Observa-se que um profissional respondeu que utilizaria a EAFE no dia-dia; um disse que a utilizaria somente com alguns pacientes, pois acredita não ter utilidade em pacientes com maior dependência, devido ao praticante realizar um número escasso de atividades propostas pela EAFE, 5 profissionais responderam que utilizariam a escala como complemento a avaliação do praticante, ou seja, utilizariam uma escala específica para avaliar o praticante e a EAFE para complementação; e reaplicariam entre 6 meses a 1 ano para ver evolução do praticante e três não responderam a questão.

O Gráfico 2 mostra a opinião dos profissionais quanto ao papel da escala como facilitadora da avaliação do praticante.

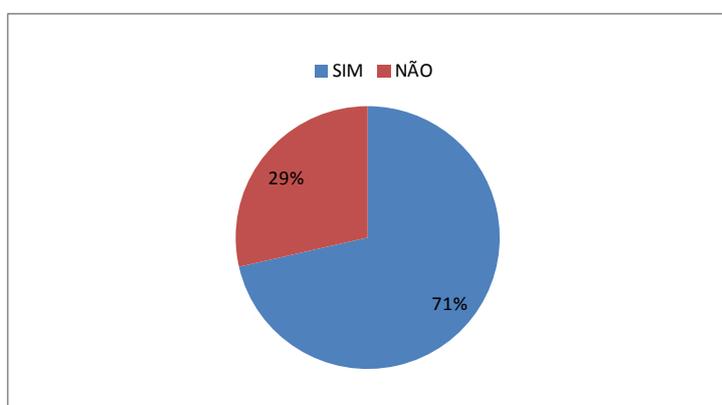


Gráfico 2. EAFE como facilitadora da avaliação do praticante

Dos 10 profissionais que utilizaram a EAFE, 71 % consideraram que ela facilita a avaliação do praticante e 29% que não.

O Gráfico 3 mostra o tempo utilizado pelos profissionais dos centros equoterapêuticos para a aplicação da EAFE.

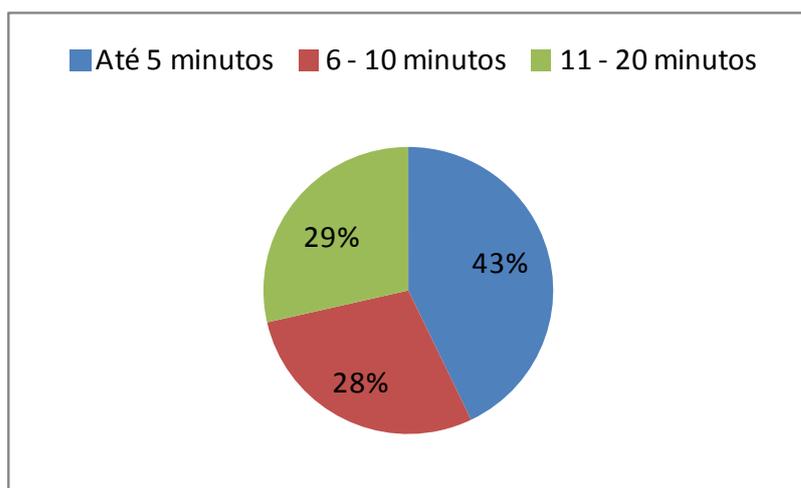


Gráfico 3. Tempo utilizado pelos profissionais para aplicação da EAFE.

43% a preencheram em até 5 minutos; 29% demoraram de 11 a 20 minutos e 28%, de 6 a 10 minutos.

Os profissionais propuseram algumas alterações à serem aplicadas na EAFE que serão relatadas a seguir:

- Dependendo do tipo de atividade exercida pelo praticante durante a terapia, poderia ser escolhida duas ou mais opções de respostas, em alguns itens. Por exemplo, na questão a.1 da primeira parte.

a.1 – Postura

- 3 – tranqüilo / confiante;
- 2 – receosa;
- 1 – recusa;
- 0 – não se aproxima.

- Muitos questionaram se a EAFE realmente pretende ser uma escala geral para equoterapia, pois alguns profissionais consideraram que muitos praticantes não se enquadram nela, apesar da EAFE poder ser aplicada a qualquer praticante.
- Poderia ter partes específicas para hipoterapia e hipismo, podendo então o profissional adequar ao praticante a melhor parte da escala a ser utilizada. Por

exemplo, escolher qual parte aplicar dependendo do nível do praticante e/ou dos atendimentos desenvolvidos no centro.

- Na parte I, alguns centros não inserem o praticante em tarefas questionadas na EAFE, por exemplo, não se enquadrariam nas questões: a.1; b.1; b.3; c.1; d.,1; justificativas dos profissionais: não realizam por falta de tempo devido à grande demanda de praticantes; não realizam devido o diagnóstico do praticante; não realizam por não fazer parte da rotina do centro.

<p>Aspectos comportamentais e cognitivos</p> <p>b.1 – Compreensão do esquema corporal do cavalo (orelha, olho, boca, nariz, pescoço, crina, mãos, barriga, dorso, anca, pé e rabo):</p> <p>3 – Compreende e reconhece de 9 a 12 itens;</p> <p>2 - Compreende e reconhece de 5 a 8 itens;</p> <p>1 - Compreende e reconhece de 1 a 4 itens;</p> <p>0 – Não compreende e não reconhece os itens.</p>	<p>Aspectos comportamentais e cognitivos</p> <p>c.1 – Reconhece os tipos de comida:</p> <p>3 – Reconhece a comida e identifica de 2 a 3 itens;</p> <p>2 – Reconhece a comida e identifica apenas 1 item;</p> <p>1 – Reconhece a comida, mas não identifica os itens;</p> <p>0 – Não reconhece a comida e não identifica os itens.</p>
<p>b.3 – Banho (mangueira, água local apropriado, shampoo, escova de banho e rodinho):</p> <p>3 – Reconhece os materiais e identifica de 5 a 6 materiais;</p> <p>2 – Reconhece os materiais e identifica de 3 a 4 materiais;</p> <p>1 – Reconhece os materiais e identifica de 1 a 2 itens;</p> <p>0 – Não reconhece e não identifica os itens.</p>	<p>Aspectos comportamentais e cognitivos</p> <p>d.1 Identificação dos nomes dos materiais e o seqüência do encilhamento:</p> <p>3 – Identifica de 7 a 9 itens e reconhece a seqüência do encilhamento;</p> <p>2 - Identifica de 4 a 6 itens e reconhece a seqüência do encilhamento;</p> <p>1 - Identifica de 1 a 3 itens e não reconhece a seqüência do encilhamento ;</p> <p>0 – Não identifica os itens e não reconhece a seqüência do encilhamento.</p>

- Algumas opções de respostas, como por exemplo, na questão a.1 a pontuação “3” representa postura diante do cavalo “tranquilo/confiante”; porém, segundo alguns profissionais, o praticante pode estar tranquilo e não confiante ou vice-versa; sugerem que sejam opções diferentes.

a.1 – Postura

3 – tranquilo / confiante;

2 – receosa;

1 – recusa;

0 – não se aproxima.

- Na parte II, consideraram que faltam opções em algumas questões, como na a.2, em que profissionais entenderam que a interação questionada era motora somente, o que não confere, portanto, consideram que falta uma opção para o praticante que interage somente de forma assistida.
- Na questão a.3 consideraram que falta a opção “não realiza exercícios”; mesmo havendo uma opção para os praticantes que realizam apenas de forma passiva.

a.3 Durante a terapia:

3 – Realiza os exercícios ativamente;

2 – Realiza os exercícios com estímulos verbais do terapeuta;

1 – Realiza exercícios com auxílio manual do terapeuta;

0 – Realiza exercícios passivamente.

- Na parte III, os profissionais não compreenderam o enunciado em relação à condução do cavalo pelo praticante, se no chão ou montado.

- No item A “Condução do cavalo pela guia longa no solo (pista com obstáculos no chão e baliza)”, alguns centros não trabalham com a guia longa, utilizando apenas o cabo do cabresto ou a guia curta; sugerem que essas opções sejam incluídas.
- Na questão a.2, foi considerado que há praticantes que apesar de necessitarem de auxílio do terapeuta para conduzir o cavalo pelo percurso, conseguem transpor obstáculos e fazer baliza, faltando, portanto, essa opção de resposta.

a.2 Em cima do cavalo:

3 – O praticante interage com o cavalo de forma espontânea;

2 – O praticante interage bem com o cavalo;

1 – O praticante interage só com estímulos do terapeuta;

0 – O praticante interage com agressividade ou não interage.

- Na questão b.1, sugerem inclusão da resposta: “Expressa comandos corporais e verbais para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os dois lados e recuar) com o auxílio da guia”.

b.1 Expressão de comandos para o cavalo

3 - Expressa comandos corporais e verbais para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os dois lados e recuar);

2 - Expressa comando apenas corporal para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os lados e recuar);

1 - Expressa comandos apenas verbal para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os lados e recuar);

0 - Não expressa qualquer comando.

- Na questão b.4, sugerem a inclusão da resposta “realiza o passo com auxílio do terapeuta ou da alça”.

b.4 Andaduras do cavalo:

3 – Realiza passo, trote e galope com equilíbrio e desenvoltura, sem segurar na sela;

2 – Realiza passo e trote com equilíbrio e desenvoltura, sem segurar na sela;

1 – Realiza passo e trote com equilíbrio, porém segurando na sela;

0 – Não realiza nenhuma andadura, pois não conduz o cavalo com independência.

- Na questão b.5, sugerem a inclusão da resposta “Controla o cavalo ao passo e realiza percurso de pista com auxilio do terapeuta”.

b.5 Controle do cavalo durante percurso sem obstáculos:

3 – Controla o cavalo ao galope e realiza percurso de pista;

2 – Controla o cavalo ao trote elevado e realiza percurso de pista;

1 – Controla o cavalo ao passo e realiza percurso de pista;

0 – Não tem controle sobre o cavalo.

A seguir os resultados da análise do desempenho dos praticantes avaliados por meio da EAFE, aplicada por profissionais dos centros.

Gráfico 4 mostra a idade dos praticantes avaliados nesse estudo.

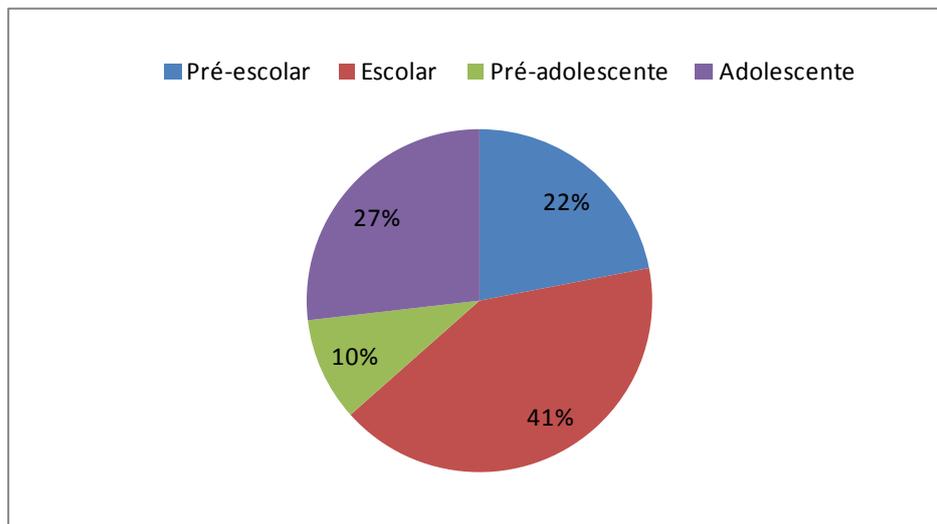


Gráfico 4. Idade dos praticantes

Em relação à faixa etária do total de praticantes que participaram deste estudo, 22% dos praticantes eram pré-escolares (entre 2 e 5 anos e 11 meses de idade); 41% eram escolares (6 a 9 anos e 11 meses de idade), 10% eram pré-adolescentes (10 e 11 anos e 11 meses de idade) e 27% adolescentes (12 a 19 anos 11 meses de idade).

O Gráfico 5 revela a média e o desvio padrão das pontuações numéricas atingidas pelos praticantes nas etapas I, II e III da EAFE.

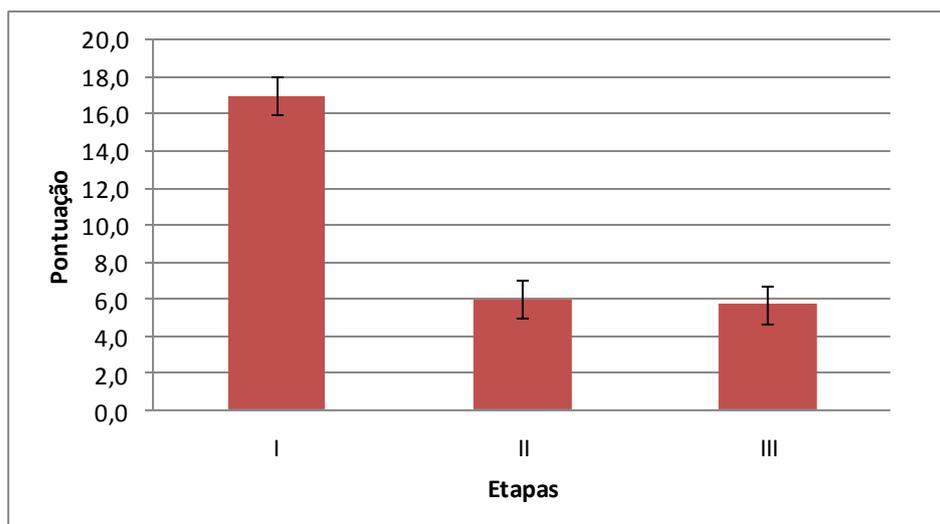


Gráfico 5 – Média e Desvio Padrão das pontuações dos praticantes nas etapas da EAFE.

Na parte I a média foi de 17 pontos e o desvio padrão 7,2; na parte II a média foi de 6,0 e o desvio padrão de 3,0; na parte III a média foi de 5,7 e o desvio padrão de 5,8. A primeira parte pontuou mais do que as outras duas devido ao fato de ser menos complexa, há uma progressão da complexidade durante as etapas, indo da mais fácil a mais difícil.

O Gráfico 6 apresenta a porcentagem de praticantes distribuídos de acordo com o escore final da EAFE, caracterizando desempenho motor e habilidade funcional adequados ou comprometidos, de forma leve, moderada ou grave.

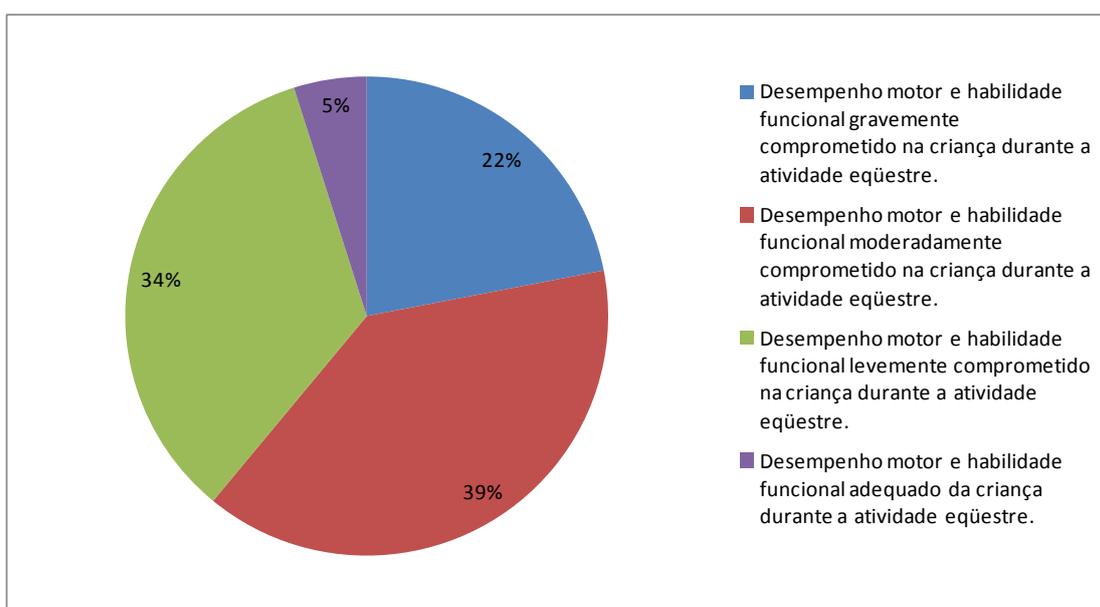


Gráfico 6. Porcentagem dos praticantes de acordo com o escore final da EAFE

Sendo que 22% pontuaram na faixa de desempenho motor e habilidade funcional gravemente comprometido da criança durante a atividade equestre (0 a 25%); 39% na faixa de desempenho motor e habilidade funcional moderadamente comprometido da criança durante a atividade equestre (26 a 50%); 34% na faixa de desempenho motor e habilidade funcional levemente comprometido da criança durante a atividade equestre (51 a 75%); e 5% na faixa de desempenho motor e habilidade funcional adequado da criança durante a atividade equestre (76 a 100%).

O Gráfico 7 mostra a porcentagem dos diagnósticos dos praticantes avaliados neste estudo.

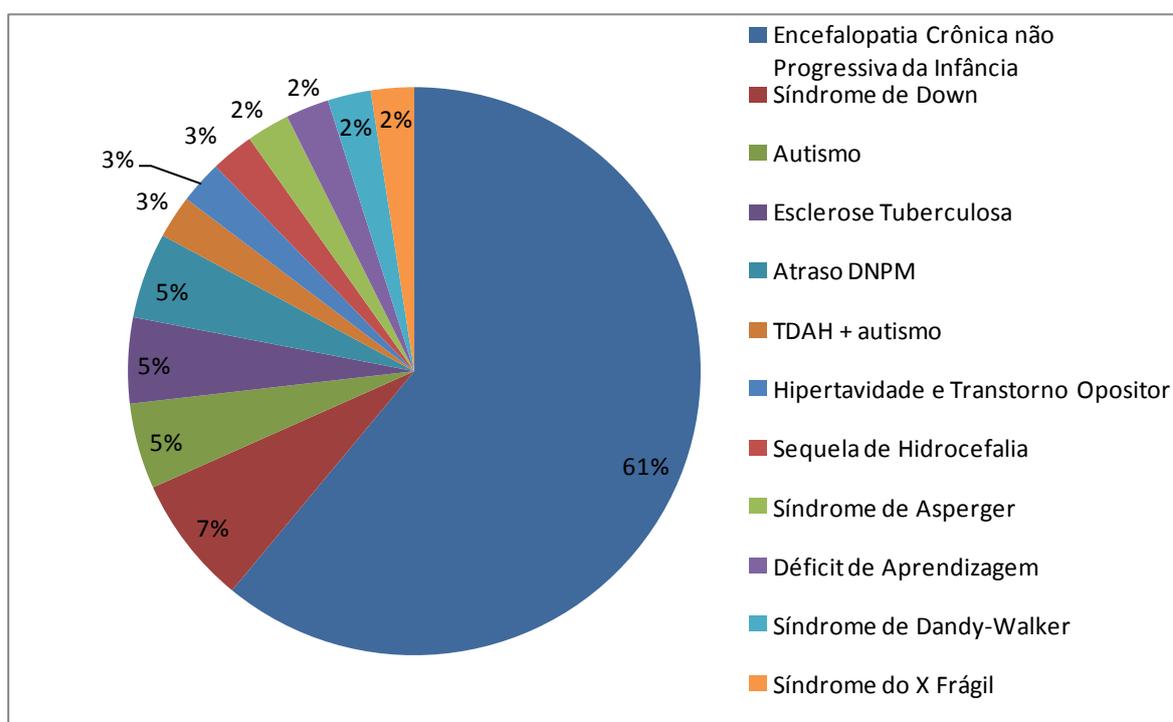


Gráfico 7 – Porcentagem de diagnósticos dos praticantes avaliados.

61% dos praticantes têm diagnóstico de Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância, 7% são portadores da Síndrome de Down, 5% Autismo, 5% Esclerose Tuberculosa, 5% Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, 3% Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Autismo, 3% Hiperatividade e Transtorno Opositor, 3% apresentam Sequela de Hidrocefalia, 2% Síndrome de Asperger e 2% Déficit de Aprendizagem, 2% Síndrome de Dandy-Walker e 2% Síndrome do X Frágil.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos praticantes de acordo com o diagnóstico, em relação ao escore final da EAFE.

Tabela 2. Patologia e Escore final.

Escore	0 – 25%	26 – 50%	51 – 75%	76 – 100%
Diagnóstico				
ECNPI	7	9	8	1
Síndrome de Down	0	2	1	0
Autismo	1	1	0	0
Esclerose Tuberculosa	1	0	1	0
Atraso DNPM	0	0	2	0
TDAH e autismo	0	1	0	0
Hipertividade / Transtorno Opositor	0	1	0	0
Opositor				
Sequela de Hidrocefalia	0	1	0	0
Síndrome de Asperger	0	0	1	0
Déficit de Aprendizagem	0	0	1	0
Síndrome de Dandy-Walker	0	1	0	0
Síndrome do X Frágil	0	0	0	1

ECNPI: Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância; DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor; TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Das crianças que apresentam ECNPI, 7 pontuaram como GC, 9 pontuaram como MC, 8 pontuaram como LC e 1 pontuou como A; Síndrome de Down 2 pontuaram como MC e 1 pontuou como LC; Autismo 1 pontuou como GC, 1 pontuou como MC e 1 pontuou como A; Esclerose Tuberculosa 1 pontuou como GC e 1 pontuou como LC; Atraso no DNPM 2 pontuaram como LC; TDAH + autismo 1 pontuou como MC; Hiperatividade e Transtorno Opositor 1 pontuou como MC; Sequela de Hidrocefalia 1 pontuou como MC; Síndrome de Asperger 1 pontuou como LC; Déficit de aprendizagem 1 pontuou como LC; Síndrome de Dandy-Walker 1 pontuou como MC; Síndrome do X Frágil 1 pontuou como A.

5. DISCUSSÃO

A maior dificuldade apresentada durante o estudo foi o fato dos centros atrasarem na devolutiva do resultado das escalas, sendo que dos três centros pesquisados apenas um entregou as escalas preenchidas no tempo estipulado, sendo este o que possuía o menor número de praticantes.

Com a revisão de literatura realizada, foi possível constatar que os métodos avaliativos em trabalhos publicados, são escalas de uso clínico, específico para determinadas funções. Como, por exemplo, nos estudos de Aquino (2007) e de Nascimento *et al* (2010), em que foi utilizada como instrumento de avaliação a Medida da Função Motora Grossa (GMFM) em crianças com diagnóstico de paralisia cerebral, tendo cada estudo um objetivo específico. Portanto, ter uma escala de avaliação específica para equoterapia seria de grande valor.

Durante o presente estudo, a Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE), que foi desenvolvida justamente para preencher essa lacuna, foi aplicada pela primeira vez, sendo possível avaliar seus resultados, bem como sua aplicabilidade.

O fato dos centros atrasarem na devolutiva da EAFE pode ter ocorrido devido à discrepância no número de praticantes nos três centros de equoterapia de Bragança Paulista. Enquanto o Y possui 6,6% dos participantes, apenas 1% não participou da pesquisa devido ao critério de inclusão, os demais participaram, o X possuía 66% dos praticantes e somente 25,2% participaram do estudo. É importante ressaltar que até o ano de 2010, um desses centros tinha parceria com a prefeitura de Bragança Paulista para o atendimento de equoterapia esta ganha por licitação pública recebendo, portanto, todo fluxo de crianças e adolescentes da rede municipal, com qualquer indicação para esse tratamento. Porém em 2011 este centro perdeu essa parceria com a prefeitura, sendo que outro centro ganhou a licitação e passou a atender essa grande demanda de praticantes na equoterapia, logo após sua inauguração. Talvez por esse motivo, este centro, foi o que menos cooperou com esta pesquisa, tanto no que se refere à porcentagem dos participantes, quanto ao atraso sua devolutiva da EAFE.

Por esses motivos, entre outros, não foi possível atingir o número esperado de participantes, fato que dificultou a avaliação da aplicabilidade da EAFE, tendo em vista que uma análise de mais dados seria de grande valia e maior confiabilidade.

Foi constatado também que há pouca valorização por parte dos profissionais em equoterapia, quanto à realização de pesquisas, o que pode ser confirmado pelo número escasso de estudos publicados em equoterapia e neste estudo não foi diferente, havendo pouco interesse e motivação dos profissionais em cooperar para esta pesquisa, citando novamente a demora na devolutiva de algumas e a não devolutiva de outras EAFEs. Se houvesse maior valorização dos trabalhos de pesquisa na área, os praticantes seriam beneficiados e teriam um atendimento baseado em evidências, que tanto se incentiva hoje em todas as áreas da saúde.

Essa pouca valorização às pesquisas pode ser resultado da formação dos profissionais, sendo tanto na graduação quanto na pós-graduação, cada vez menos valorizada a produção, leitura e aproveitamento prático de textos científicos de alta qualidade. Outra possibilidade é a má remuneração ou ausência desta para pesquisas científicas. Se houvesse uma proposta por parte dos centros de equoterapia em desenvolver pesquisas dentro da sua prática diária, ou seja, as pesquisas e estudos fizessem parte do seu trabalho de forma remunerada salarialmente ou por patrocínio ou fomento dos órgãos públicos relacionados à pesquisas; o número estudos desenvolvidos e artigos publicados seria maior.

Não há como correlacionar a pouca adesão por parte dos profissionais com uma possível dificuldade na utilização da EAFE, tendo em vista que 71% dos profissionais que utilizaram a escala disseram ser a EAFE facilitadora da avaliação do praticante. Além disso, a maioria dos profissionais, 43% dos funcionários que aplicaram a escala, o fizeram em até cinco minutos; e 5 dos 10 profissionais participantes (50%) a utilizariam como um complemento em sua avaliação e a reaplicariam de 6 meses a um ano, analisando a evolução do paciente.

Outra colocação dos profissionais foi à falta de tempo entre um atendimento e outro. Tal fato pôde ser confirmado verificando o número de profissionais no presente estudo e o número de praticantes; no centro X houve menor disponibilidade de tempo, pois havia 66% dos praticantes sendo atendidos por 6 profissionais, ou seja, uma média de 1 funcionário para cerca de 10 praticantes. Já no Y havia 6,6% dos praticantes que

são atendidos por apenas um profissional; mesma média do Z que tinha 27,2% dos praticantes e 4 profissionais, sendo então, 1 funcionário para cerca de 6 a 7 praticantes.

Não se pode afirmar ao certo se o número de praticantes por profissional causa sobrecarga à eles pois o número de atendimentos não foi dividido na grade horária diária de cada um. Além disso, essa divisão é uma estimativa, podendo não ser verdadeira na prática, devido ao fato de cada funcionário atuar em uma área e a demanda do número de pacientes ser oferecida de acordo com a necessidade ou não de atendimento nessa ou em outra área. A maioria dos centros tem em sua composição: psicólogo, pedagoga e/ou psicopedagogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, tratador e auxiliar de equitação. A formação do profissional que irá atender o praticante varia de acordo com as necessidades destes, que podem ser atendidos por um ou mais profissionais do centro.

Outro aspecto observado é que alguns centros ou mesmo profissionais, não trabalham com atividades tão importantes da equoterapia, como a alimentação, higienização e encilhamento, que são avaliadas na parte I da escala. Isso também pode ocorrer por uma demanda de praticantes acima do que pode ser gerenciado de acordo com o número de profissionais e o número de cavalos.

Por outro lado, os profissionais citaram algumas supostas falhas na escala. Um ponto várias vezes mencionado foi a necessidade de ter partes específicas para hipoterapia e hipismo, podendo então o profissional adequar ao praticante a melhor parte da escala não sendo necessária a utilização dela inteira. Fato plausível, tendo em vista haver necessidade de se separar pacientes que praticam hipoterapia; reeducação equestre; pré-esportiva; esportiva-paraequestre. Entretanto, o profissional pode aplicar apenas a parte I, II ou III, sendo necessário apenas rever o método de pontuação para permitir sua classificação final, mesmo dessa forma.

É possível enfatizar a opinião acima de acordo com a pontuação atingida em cada parte da escala. Concluiu-se que a avaliação da EAFE progride da parte mais fácil até a de maior complexidade para o praticante, sendo respectivamente I, II e III, observada na Tabela 2. Os números de praticantes que tiveram a maior porcentagem foi o de 39% que correspondeu desempenho motor e a habilidade funcional da criança durante a atividade equestre estando moderadamente. Entretanto, a maioria dos

praticantes avaliados tiveram baixa pontuação nas partes II e III, ou seja, nas de maior complexidade, sugerindo graves comprometimentos.

Alguns profissionais questionaram quanto ao preenchimento da opção a ser escolhida, alegando ter uma ou mais opções de respostas em algumas questões. Isso pode ter ocorrido devido ao não esclarecimento das dúvidas dos funcionários de maneira adequada.

Por exemplo, durante a terapia o praticante realiza exercícios ativamente e o mesmo praticante em outra atividade necessita de comando verbal do terapeuta para realizar o exercício. Portanto o profissional deve optar pela alternativa que melhor representa o que acontece na maioria das vezes.

Segundo Martinez (2005) algumas emoções estão mais relacionadas na criação do elo entre o homem e o cavalo, como o sentir medo, prazer, confiança, curiosidade e determinação. Esse é um ponto discutido na escala na questão a.1; alguns profissionais relataram que em uma das opções o praticante poderia estar tranquilo e não confiante ou vice-versa; e sugeriram que fossem opções diferentes. Porém essa opção não necessariamente significa que o praticante se enquadra nas duas características, o praticante pode ser confiante e ao mesmo tempo apresentar euforia para iniciar a terapia ou agitação motora característica do quadro patológico. Isso não significa que não esteja confiante, se agir de forma segura em relação à aproximação com o cavalo. Portanto, essa opção “tranquilo/confiante” deve ser marcada. Caso o praticante não esteja nem tranquilo, nem confiante, tem outras alternativas para serem assinaladas.

Algumas colocações dos profissionais ocorreram por falta de interpretação adequada ou por não esclarecimento de dúvidas. Como pôde ser observado na parte II, em que considerado que faltam opções em algumas questões, como na a.2, em que os profissionais entenderam que a interação questionada era motora somente e, portanto, consideraram que falta uma opção para o praticante que interage somente de forma assistida. O que não é verdade, pois na questão a.3 consideraram que falta a opção “não realiza exercícios”; mas nesse caso, a alternativa a ser assinaladas é a que diz “realizam apenas de forma passiva”. O mesmo ocorreu na parte III, em que não compreenderam o enunciado em relação à condução do cavalo pelo praticante, se no chão ou montado, sendo que a questão refere-se a Parte III: Habilidade de conduzir o cavalo, na parte (A) Condução do cavalo pela guia longa no solo (pista com obstáculos no chão e baliza).

Sugestões válidas são as vindas da parte III (a que apresenta itens de maior complexidade), por não apresentar alguns itens que se enquadram em alguns praticantes ou no centro. Como exemplo, no item A “Condução do cavalo pela guia longa no solo (pista com obstáculos no chão e baliza)”, é válida devido a alguns centros não trabalharem com a guia longa, portanto na escala deve incluir a opção que utiliza o cabo do cabresto ou a guia curta. Na questão a.2, consideraram que existem praticantes que apesar de necessitarem de auxílio do terapeuta para conduzir o cavalo pelo percurso, conseguem transpor obstáculos e fazer baliza, faltando, portanto, essa opção de resposta. Porém se o paciente tem condições de transpor obstáculos e fazer a baliza sozinho, deveria conseguir conduzir o cavalo pelo percurso, pois a primeira citada exige maior habilidade do paciente do que a segunda.

O mesmo ocorreu na questão b.1, em que foi sugerida a inclusão da resposta: “Expressa comandos corporais e verbais para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os dois lados e recuar) com o auxílio da guia”. Porém se o paciente está utilizando comando corporal ao cavalo, ou seja, pode ou não estar usando a guia como auxílio. Na questão b.4, é sugerida a inclusão da resposta “realiza o passo com auxílio do terapeuta ou da alça”. Porém a sugestão que foi dada se enquadra no item 0, onde diz que o paciente não realiza a andadura de forma independente, ou seja, necessita da ajuda do terapeuta. Na questão b.5, é sugerida a inclusão da resposta “Controla o cavalo ao passo e realiza percurso de pista com auxílio do terapeuta”. Idem a essa sugestão, a qual tem a opção do item 0, que diz que o paciente não é tem controle sobre o cavalo, ou seja, necessita que o terapeuta controle o cavalo.

Há uma necessidade de melhor aplicação da escala e talvez a confecção de um manual para orientar a sua aplicação. Com este estudo, podemos dizer que as considerações feitas pelos profissionais que auxiliam no aprimoramento da EAFE são: o item A da parte III a inclusão da opção do cabo do cabresto ou a guia curta para a excussão da atividade proposta e a escala ter a sua pontuação dividida para que os profissionais possam aplicar apenas uma das partes ou que a se enquadra melhor nas atividades realizadas pelo centro ou pelo profissional que a aplicará.

6. CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível concluir que:

- A EAFE é aplicável na rotina diária na opinião dos profissionais, por ser de rápido preenchimento; ser um instrumento facilitador da avaliação do praticante; podendo ser usada como complemento a outras avaliações.
- Por falta de disponibilidade dos profissionais e adequação dos horários com as pesquisadoras deste estudo, não houve possibilidade de estudar e treinar a EAFE com todos os profissionais envolvidos, o que repercutiu nos resultados.
- A maioria dos profissionais respondeu ao questionário, aceitando a EAFE como instrumento possível para a Equoterapia, embora com diversas sugestões.
- A maioria dos praticantes teve desempenho motor e habilidade funcional moderadamente comprometido da criança durante a atividade equestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Eveli Maluf Rodrigues. **Prática em Equoterapia – Uma Abordagem Fisioterápica**. Atheneu: São Paulo, 2009.

ANDE-BRASIL (Associação Nacional de Equoterapia), 2010. Disponível em: <http://www.equoterapia.org.br/origem.php>. Acesso em: 29 out. 2010.

ARAUJO, Rita de Cassia de Souza de; BERSFORD, Heron; CARDOSO, Fabrício; CARVALHO, Igor de Silveira; NASCIMENTO, Marcus Vinicius Marques de; SILVA, Iris Lissia. Brazilian Journal of Biomotricity. **O valor da equoterapia voltada para o tratamento de crianças com paralisia cerebral quadriplegia**. 2010, v.4, n.1, pp. 48-56.

AQUINO, Fernando José Melo de. Faculdade Latino Americana. **Avaliação dos padrões de marcha e postura corporal dos praticantes de equoterapia com paralisia cerebral**. Trabalho apresentado no 7º Congresso Nacional de Iniciação Científica – CONIC-SEMESO, 2007 e aceito no Congresso Mundial de Educação Física – FIEP.

BALTIERI, Sílvia Cristina. Revista Brasileira de Medicina. **A Equoterapia e a Equitação Lúdica na Infância**. Julho 2003, v.9, n.2, pp. 28-34.

BRITO, Maria Cristina Guimarães. **As Contribuições da Equoterapia na Educação Inclusiva**. Ministério da Educação e do Desporto, 1993.

CARMO, Ana Paula de Sousa; OLIVEIRA, Fabiana Aparecida; REY, Bruneta. **Equoterapia: o fazer da terapia ocupacional nessa modalidade de intervenção**. Disponível em: <http://www.cbtoeclato2011.com.br/cd/resumos/TC0857-1.pdf> . Acesso 03 de Novembro de 2011.

GALLAHUE, David L.; OZMUN, John C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

LIPORONI, Gabriela Faleiros; OLIVEIRA, Ana Paula Rocha de. Revista Científica da Universidade de Franca. **Equoterapia como Tratamento Alternativo para Pacientes com Seqüelas Neurológicas**. Jan 2003/ Dez 2005, v.5, n.1/6, pp.21-29.

MARTINEZ, Sabrina Lombardi. **Fisioterapia na Equoterapia – Análise de seus efeitos sobre o portador de necessidades especiais.** 2 ed. Idéias e Letras: Aparecida – São Paulo, 2005.

QUEIROZ, Carlos Odilon Vetrano de. Trabalho Técnico Científico da ANDE-BRASIL. **Visualização da Semelhança entre os Movimentos Tridimensionais do Andar do Cavalo com o Andar Humano.** 2006, Bela Vista – MS.

SOUZA, Jerusa Colombaroli de. Revista Inspirar. **Equoterapia: Tratamento Especializado para Pacientes com Lesão Medular.** Novembro/Dezembro 2009, v.1, n.3, pp. 12-16.

ANEXOS

ANEXO I



Bragança Paulista, 10 de Fevereiro de 2011.

Autorizo as acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, Ana Luiza Razera Lanza e Mariana Mezzanotte Barneze, a realizarem Trabalho de Conclusão de Curso de título “*Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia*”, sob orientação da profa. Carolina Camargo de Oliveira, constituindo em treinamento dos profissionais do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Equoterápico (CPDE) e aplicação da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE) em todos os praticantes, crianças e adolescentes, em atendimento neste centro, durante o ano de 2011.

Cláudia Torres



CEPP - Centro de Equoterapia Pé de Pano

Av. São Francisco de Assis, 4001

Sta Helena - Bragança Paulista - SP

Contato: equoterapiapedepano@hotmail.com

Tel Fixo.: (11) 7371-0496 / Cel: (11) 7355-5612

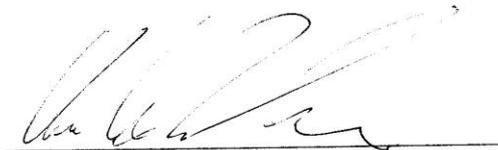
Bragança Paulista, 21 de Maio de 2011.

Autorizo as acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, Ana Luiza Razera Lonza e Mariana Mezzanotte Barneze, a realizarem Trabalho de Conclusão de Curso de título “Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia”, sob orientação da profa. Carolina Camargo de Oliveira, constituindo em treinamento dos profissionais do Centro de Equoterapia Pé de Pano e aplicação da Escala de Avaliação Funcional e Equoterapia (EAFE) em todos os praticantes, crianças e adolescentes, em atendimento neste centro, durante o ano de 2011.

Priscila Frederico Salaroli

Bragança Paulista, 25 de Maio de 2011.

Autorizo as acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, Ana Luiza Razera Lonza e Mariana Mezzanotte Barneze, a realizarem Trabalho de Conclusão de Curso de título “Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia”, sob orientação da profa. Carolina Camargo de Oliveira, constituindo em treinamento dos profissionais do Equoterapia Pegasus e aplicação da Escala de Avaliação Funcional e Equoterapia (EAFE) em todos os praticantes, crianças e adolescentes, em atendimento neste centro, durante o ano de 2011.



Kether Van Preh Arruda

INSTITUTO DE EQUOTERAPIA PEGASUS

CNPJ: 12.985.690/0001-64

Insc. Est. ISENTA - Inscr Mun 041360

Utilidade Pública

Rodovia Capitão Barduino km 98,5 - Curitibaanos

Bragança Paulista - SP - CEP: 12.924-840

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia – Estudo Piloto. Eu, RG..... abaixo assinado responsável legal de....., dou meu consentimento livre e esclarecido para que ele(a) participe como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Carolina Camargo de Oliveira, Ana Luiza Razera Lonza e Mariana Mezzanotte Barneze do Curso Fisioterapia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 – O Objetivo deste trabalho é avaliar a aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE).

2- Juntamente com a autorização para coleta de dados, este projeto de pesquisa será submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade São Francisco. Após a aprovação deste CEP, meu filho (a) será convidado (a) e receberei todos os esclarecimentos sobre este trabalho de pesquisa. Concordando com a participação do meu (minha) filho (a) deverei assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, a EAFE será apresentada aos profissionais, que serão treinados para sua aplicação. As pesquisadoras deste estudo estarão sempre presentes durante a aplicação da EAFE pelos profissionais, com os praticantes, a fim de observarem a dinâmica de sua aplicabilidade, facilidades e dificuldades dos profissionais e eventualmente responderem a alguma dúvida.

3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;

4- A resposta a este instrumento de avaliação não apresentam riscos conhecidos à saúde física ou mental de meu (minha) filho (a), não sendo provável, também, que causem desconforto emocional;

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, não havendo qualquer prejuízo decorrente da decisão;

6 – Os dados pessoais de meu (minha) filho (a) serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do

trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos da área da saúde.

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 24548981;

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Carolina Camargo de Oliveira, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 2454-8236 / 8133;

9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

_____.

Local / data

Assinatura

do

responsável

legal:

.....

ANEXO III

Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE)

ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM EQUOTERAPIA (EAFE)	
Identificação	
Nome:	Data de avaliação:
Data de nascimento:	
Endereço:	Tel:
Nome da mãe:	Cel:
End. do trabalho:	Tel:
Nome do pai:	Cel:
End. do trabalho:	Tel:
Acompanhante nas sessões:	
Nome:	
Grau do relacionamento com o praticante:	
Endereço:	Tel:
Parte I: Aproximação e cuidados com o cavalo	
A) Aproximação:	
Aspectos comportamentais e cognitivos	
a.1 – Postura	
3 – tranquilo / confiante;	
2 – receosa;	
1 – recusa;	
0 – não se aproxima.	
B) Higienização do cavalo:	
Aspectos comportamentais e cognitivos	Aspectos motores
b.1 – <u>Compreensão do esquema corporal do cavalo (orelha, olho, boca, nariz, pescoço, crina, mãos, barriga, dorso, anca, pé e rabo):</u>	b.2 – <u>Escovação:</u>
3 – Compreende e reconhece de 9 a 12 itens;	3 – Realiza com elevação de MS e preensão adequada;
2 - Compreende e reconhece de 5 a 8 itens;	2 – Realiza com elevação de MS sem preensão adequada;
1 - Compreende e reconhece de 1 a 4 itens;	1 – Realiza com restrição de mobilidade de MS e sem preensão adequada;
0 – Não compreende e não reconhece os itens.	0 – Não realiza.
b.3 – <u>Banho (mangueira, água, local apropriado, shampoo, escova de banho e rodinho):</u>	
3 – Reconhece os materiais e identifica de 5 a 6 materiais;	
2 – Reconhece os materiais e identifica de 3 a 4 materiais;	
1 – Reconhece os materiais e identifica de 1 a 2 itens;	
0 – Não reconhece e não identifica os itens.	

C) Alimentação (cenoura, feno e ração):	
<p>Aspectos comportamentais e cognitivos</p> <p>c.1 – Reconhece os tipos de comida: 3 – Reconhece a comida e identifica de 2 a 3 itens; 2 – Reconhece a comida e identifica apenas 1 item; 1 – Reconhece a comida, mas não identifica os itens; 0 – Não reconhece a comida e não identifica os itens.</p>	<p>Aspectos motores</p> <p>c.2 – Deslocamento até o local de armazenamento: 3 – Desloca até o local de armazenamento independente; 2 – Desloca até o local de armazenamento com auxílio do terapeuta; 1 – Desloca até o local de armazenamento com auxílio de órteses; 0 – Desloca dependente do terapeuta.</p> <p>c.3 – Alimentar o cavalo: 3 – Pega o alimento e alcança a boca do animal com função de MS completa; 2 - Pega o alimento e alcança a boca do animal com restrição na função de MS; 1 - Pega o alimento e não alcança a boca do animal por recusa ou restrição funcional de MS; 0 – Não pega o alimento e não realiza o alcance.</p>
D) Encilhamento do cavalo (cabresto, cabeçada, bridão, rédeas, manta, bacheiro, sela, selote, estribo):	
<p>Aspectos comportamentais e cognitivos</p> <p>d.1 Identificação dos nomes dos materiais e o seqüência do encilhamento: 3 – Identifica de 7 a 9 itens e reconhece a seqüência do encilhamento; 2 - Identifica de 4 a 6 itens e reconhece a seqüência do encilhamento; 1 - Identifica de 1 a 3 itens e não reconhece a seqüência do encilhamento ; 0 – Não identifica os itens e não reconhece a seqüência do encilhamento.</p>	<p>Aspectos motores</p> <p>d.2 Executar o encilhamento: 3 – Pega o material independentemente e coloca na região adequada do cavalo ou entrega para o terapeuta colocar indicando a região; 2 – Pega o material independentemente e coloca na região adequada do cavalo com auxílio do terapeuta ou auxilia o terapeuta; 1 – Pega o material com auxílio do terapeuta, não coloca e nem indica na região adequada do cavalo; 0 – não pega o material, não coloca e nem indica no cavalo.</p>

Parte II: Montaria	
A) Subir no cavalo	
<p>Aspectos comportamentais e cognitivos</p> <p>a.2 Em cima do cavalo:</p> <p>3 – O praticante interage com o cavalo de forma espontânea;</p> <p>2 – O praticante interage bem com o cavalo;</p> <p>1 – O praticante interage só com estímulos do terapeuta;</p> <p>0 – O praticante interage com agressividade ou não interage.</p>	<p>Aspectos motores</p> <p>a.1 Montar:</p> <p>3 – Monta sozinho com boa desenvoltura direto do chão;</p> <p>2 – Monta com o auxílio de escadas e órtese;</p> <p>1 – Monta com auxílio de rampa e do terapeuta;</p> <p>0 – Monta dependente do terapeuta.</p> <p>a.3 Durante a terapia:</p> <p>3 – Realiza os exercícios ativamente;</p> <p>2 – Realiza os exercícios com estímulos verbais do terapeuta;</p> <p>1 – Realiza exercícios com auxílio manual do terapeuta;</p> <p>0 – Realiza exercícios passivamente.</p>
	<p>a.4 Sobre o cavalo:</p> <p>3 - Permanece sozinho com boa desenvoltura;</p> <p>2 - Permanece sozinho com auxílio de comandos verbais;</p> <p>1 - Permanece sozinho com auxílio manual do terapeuta no chão;</p> <p>0 - Dependente do terapeuta com montaria dupla.</p>

Parte III: Habilidade de conduzir o cavalo	
A) Condução do cavalo pela guia longa no solo (pista com obstáculos no chão e baliza)	
Aspectos comportamentais e cognitivos	Aspectos motores
a.1 Reconhecimento e compreensão da atividade proposta sem o cavalo: 3 – Compreende e reconhece a pista executando o percurso sem o auxílio do terapeuta; 2 – Compreende e reconhece a pista executando o percurso com auxílio do terapeuta; 1 – Somente reconhece a pista; 0 – Não compreende e nem reconhece a atividade proposta.	a.2 Habilidade de conduzir o cavalo pelo percurso: 3 – Conduz o cavalo independentemente pelo percurso proposto com boa desenvoltura de MMSS e marcha, sem o auxílio do terapeuta; 2 – Conduz o cavalo independentemente pelo percurso, porém não transpõe os obstáculos ou não realiza a baliza; 1 – Conduz o cavalo pelo percurso proposto com o auxílio de terapeuta com uma guia, mas não transpõe os obstáculos ou não realiza a baliza; 0 – Não conduz o cavalo pelo percurso.
B) Percurso	
Aspectos comportamentais e cognitivos	Aspectos motores
b.1 Expressão de comandos para o cavalo 3 - Expressa comandos corporais e verbais para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os dois lados e recuar); 2 - Expressa comando apenas corporal para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os lados e recuar); 1 - Expressa comandos apenas verbal para o cavalo (andar para frente, parar, virar para os lados e recuar); 0 – Não expressa qualquer comando.	b.2 Controle do cavalo utilizando as rédeas: 3 – Controla as rédeas preensão adequada das mãos no contorno de baliza ao trote; 2 – Controla as rédeas preensão adequada das mãos no contorno de baliza ao passo; 1 – Controla as rédeas com pouca preensão e com auxílio de terapeuta no contorno de baliza ao passo. 0 – Não controla as rédeas.
b.3 Condução ao passo montado: 3 – Conduz o cavalo pelo percurso proposto com boa desenvoltura de MMSS, sem o auxílio do terapeuta; 2 – Conduz o cavalo pelo percurso, porém não transpõe os obstáculos ou não realiza a baliza; 1 – Conduz o cavalo pelo percurso proposto com o auxílio de terapeuta, mas não transpõe os obstáculos ou não realiza a baliza; 0 – Não conduz o cavalo pelo percurso.	b.4 Andaduras do cavalo: 3 – Realiza passo, trote e galope com equilíbrio e desenvoltura, sem segurar na sela; 2 – Realiza passo e trote com equilíbrio e desenvoltura, sem segurar na sela; 1 – Realiza passo e trote com equilíbrio, porém segurando na sela; 0 – Não realiza nenhuma andadura, pois não conduz o cavalo com independência.
b.5 Controle do cavalo durante percurso sem obstáculos: 3 – Controla o cavalo ao galope e realiza percurso de pista; 2 – Controla o cavalo ao trote elevado e realiza percurso de pista; 1 – Controla o cavalo ao passo e realiza percurso de pista; 0 – Não tem controle sobre o cavalo.	b.6 Controle do cavalo durante percurso com obstáculos: 3 - Controla o cavalo ao galope e transpõe obstáculo no chão; 2 – Controla o cavalo ao trote elevado e transpõe obstáculo no chão; 1 – Controla o cavalo ao passo e transpõe obstáculo no chão; 0 – Não controla o cavalo e não transpõe obstáculo no chão.
b.7 Controle do cavalo durante percurso com obstáculos elevados (determinar altura a ser trabalhada): 3 – Controla o cavalo ao galope e transpõe obstáculo elevado; 2 – Controla o cavalo ao trote elevado e transpõe obstáculo elevado; 1 – Controla o cavalo ao passo e transpõe obstáculo elevado com auxílio do terapeuta na guia longa; 0 – Não transpõe obstáculo elevado.	b.8 Controle do cavalo fora da pista: 3 – Passeia fora da pista com total independência; 2 – Passeia fora da pista com a terapeuta à frente; 1 – Passeia fora da pista com auxílio da terapeuta; 0 – Não sai da pista.

3. Escore

De acordo com a pontuação que a criança obtém podemos classificá-la quanto a sua habilidade funcional e seu controle motor durante a realização deste método. Para isso utilizaremos a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Parte I} + \text{Parte II} + \text{Parte III}) \times 100}{69} = \text{escore total (porcentagem)}$$

- 76% a 100% - desempenho motor e habilidade funcional adequado da criança durante a atividade equestre.
- 51% a 75% - desempenho motor e habilidade funcional levemente comprometido da criança durante a atividade equestre.
- 26% a 50% - desempenho motor e habilidade funcional moderadamente comprometido da criança durante a atividade equestre.
- 0 a 25% - desempenho motor e habilidade funcional gravemente comprometido da criança durante a atividade equestre.

ANEXO IV

Aprovação do estudo pelo CEP da Universidade São Francisco



Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Bragança Paulista, 24 de Fevereiro de 2011

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Projeto de Pesquisa: Aplicabilidade da Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia

Curso: Fisioterapia

Grupo: III

Autor (es): Profª Carolina Camargo de Oliveira; Ana Luiza Lonza; Mariana Barneze

Instituição: Universidade São Francisco

Protocolo CAAE: 0008.0.142.000-11

Prezado (a) (s) Pesquisador (a) (s),

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade São Francisco, analisou na reunião ordinária dia **24/02/2011** o projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade de Vossa Senhoria.

Este Comitê, acatando o parecer do relator indicado, apresenta-lhe o seguinte resultado:

Parecer: PENDÊNCIA

Redigir o termo inteiro em mesma pessoa, ou seja, ou em primeira pessoa ou em terceira porque cada item está redigindo em uma pessoa, embora todos os itens contemplem as informações para um TCLE.

Atenciosamente,

Marcelo Lima Ribeiro

**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - USF
Universidade São Francisco**

Qualquer alteração no protocolo de pesquisa, deve ser comunicado e enviado ao CEP_USF.

Ao término do desenvolvimento do estudo o (a) pesquisador (a) responsável deverá enviar ao CEP-USF o relatório consolidado de conclusão do mesmo.

CÂMPUS DE BRAGANÇA PAULISTA Av. São Francisco de Assis, 218 - CEP 12916-900 Fone (11) 4034-8000 - FAX (11) 4034-1825

CÂMPUS DE CAMPINAS Rua Waldemar César da Silveira, 105 - Cura D'Arns CEP 13045-270 (19) 3779-3300

CÂMPUS DE ITATIBA Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 - CEP 13251-900 Fone (11) 4534-8000 - FAX (11) 4524-19

CÂMPUS DO PARI - SÃO PAULO Rua Hannemann, 352 - Pari - CEP 03031-040 Fone (11) 3315-2000 - FAX (11) 3315-2036

ANEXO V

Opinião dos Profissionais que Usaram a Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE):

1. A Escala de Avaliação Funcional em Equoterapia (EAFE) facilitaria a avaliação do praticante? () SIM () NÃO
2. A EAFE é de fácil preenchimento? () SIM () NÃO
3. Suas perguntas são claras, de fácil entendimento? () SIM () NÃO
4. Escreva abaixo o que achou da EAFE e quando você a utilizaria em sua rotina profissional: _____

5. O que você mudaria na EAFE? Acrescentaria ou excluiria algum item? Qual? Porque?

6. Quanto tempo você demorou para aplicar a EAFE completa?

Nome do profissional: _____.

Tempo de equoterapia: _____.