



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

As terapias com recurso ao cão como estratégia de intervenção em pessoas com necessidades educativas especiais

Ana Rita de Brito da Graça Serrano Ferreira

Orientação: Prof.^ª Doutora Graça Duarte Santos

Prof.^ª Doutora Liliana de Sousa

Mestrado em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor

Dissertação

Évora, 2014

“Percebi que os remédios nem sempre vinham em frascos, mas também em quatro patas”. (William Thomas, 1994)

AGRADECIMENTOS

À minha família, que esteve presente em todos os momentos difíceis e que sempre acreditou em mim e me apoiou para seguir os meus sonhos. Em especial, à minha mãe e ao meu pai, que são uns pilares para mim, e, à Joaquina, pelos seus cuidados.

Ao meu avô Graça, que despertou em mim este amor pelos animais. A ele e ao meu avô Ferreira que, não podendo ambos estar presentes fisicamente, não esqueço nunca.

Ao Vítor, que sempre confiou em mim e me incentivou em todas as decisões. Agradeço também pela paciência que teve sempre.

Ao Lord, que dá alegria à minha vida.

À Carla, pela compreensão, apoio, paciência e alento.

À Jeanne, que sempre acreditou em mim e me deu força para continuar.

Aos meus outros amigos, pois sem eles não seria a pessoa que sou hoje.

À Professora Liliana, que desde o início aceitou o convite para ser orientadora deste trabalho, a sua colaboração foi imprescindível. Obrigado por ter partilhado o seu conhecimento, pelo seu rigor e apoio. Agradeço ainda a liberdade que me deu no projeto.

À Professora Graça, pois sem o seu incentivo para realizar o trabalho nesta área, talvez não tivesse tido essa coragem. Agradeço pelo seu contributo precioso enquanto orientadora, disponibilidade e pelo sorriso com que sempre me recebeu e a calma que me transmitiu.

A todos os que colaboraram com este estudo, profissionais de saúde, cuidadores e Organizações. O seu contributo foi fundamental.

A todas as pessoas que depositam nos animais carinho e confiança.

A todos os animais que são tão importantes para o bem-estar e quotidiano dessas pessoas. Espero que um dia o seu papel seja devidamente reconhecido.

Ao Rocky, que sempre me ouviu e entendeu, ajudando-me a ultrapassar todos os momentos difíceis.

ÍNDICE

RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. PERSPETIVA HISTÓRICA DAS TERAPIAS ASSISTIDAS POR ANIMAIS	14
2. RELAÇÃO SER-HUMANO-ANIMAL	18
3. FISIOLOGIA DO COMPORTAMENTO DE FILIAÇÃO SER-HUMANO-ANIMAL	23
4. INTERVENÇÕES ASSISTIDAS POR ANIMAIS	27
5. DEFINIÇÃO DE TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS	31
6. EFEITOS DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS	33
7. CARACTERÍSTICAS DO CÃO NA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS.....	38
8. FUNÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E TREINADOR NA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS.....	40
9. APLICAÇÃO DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS	43
9.1. Terapia Assistida por Animais aplicada à Educação Especial	43
9.2. Autismo	43
9.3. Paralisia Cerebral	45
9.4. Síndrome de Asperger.....	46
9.5. Síndrome de Down.....	47
10. EDUCAÇÃO ESPECIAL E A TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS.....	49
CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO	57
1. METODOLOGIA	57
1.1. Definição dos objetivos.....	57
1.2. Participantes.....	58
1.3. Instrumentos.....	59

1.4. Procedimentos	61
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	62
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO I – INQUÉRITO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	95
ANEXO II – INQUÉRITO AO CUIDADOR.....	112
ANEXO III – TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS – PESQUISAS E ORGANIZAÇÕES.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS

AAA	Atividades Assistidas por Animais
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e saúde
DP	Desvio Padrão
EAA	Educação Assistida por Animais
EE	Educação Especial
IAA	Intervenções Assistidas por Animais
LBSE	Lei de Bases do Sistema Educativo
M	Média
NEE	Necessidades Educativas Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Paralisia Cerebral
PD	Perturbações do Desenvolvimento
PS	Profissional de Saúde
SA	Síndrome de Asperger
SD	Síndrome de Down
TAA	Terapia Assistida por Animais

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Exercícios desenvolvidos pelos profissionais de saúde em cada Perturbação do Desenvolvimento.....	64
QUADRO 2 – Classificações atribuídas pelos profissionais de saúde relativamente ao desenvolvimento que ocorre em cada Perturbação do Desenvolvimento.....	68
QUADRO 3 – Classificações atribuídas pelos profissionais de saúde relativamente à evolução que ocorre em cada Perturbação do Desenvolvimento.....	69
QUADRO 4 – Dificuldades apresentadas pelas crianças e que se pretendiam ver minoradas.....	70
QUADRO 5 – Exercícios mais eficazes para as crianças.....	71
QUADRO 6 – Sessões permitidas aos cuidadores assistir e sessões frequentadas.....	72
QUADRO 7 – Níveis de competências onde ocorreram melhoras notórias.....	73
QUADRO 8 – Motivos apresentados referentes à satisfação dos cuidadores.....	73

RESUMO

O presente estudo insere-se no Mestrado em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor, e tem como objetivo identificar através das Terapias Assistidas por Cães, benefícios nos indivíduos com Perturbações do Desenvolvimento, capazes de contribuir para a sua educação e melhoria de qualidade de vida. Estudos realizados em Terapias Assistidas por Animais evidenciam benefícios no indivíduo a nível físico, psíquico e social que possibilitam a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades em indivíduos com deficiências cognitivas e motoras. Este trabalho incide sobre a Terapia Assistida por Cães e pretende realizar um enquadramento histórico sobre esta temática e caracterizar estas intervenções terapêuticas e os seus efeitos, tendo para tal sido aplicados inquéritos. Esses questionários incidiram em quatro Perturbações do Desenvolvimento, o Autismo, a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Down e a Paralisia Cerebral, foram aplicados a cuidadores e Profissionais de Saúde, e, os resultados apontam para benefícios aos diferentes níveis. No estudo são também focadas as características que os animais devem apresentar e os cuidados a ter com os mesmos. Este tipo de Terapia tem suscitado interesse pelos resultados que têm sido obtidos, e, como tal, a sua aplicação tem aumentado nas últimas décadas, encontrando-se, porém, num estágio inicial em Portugal.

Palavras-chave: Interação Animal-Homem, Intervenções Assistidas por Animais, Terapia Assistida por Cães, Perturbações do Desenvolvimento, Educação Especial, Benefícios.

The therapies using the dog as an intervention strategy for people with special educational needs

ABSTRACT

This study is part of the Masters in Special Education, Cognitive and Motor Domain, and intends to identify through Assisted Therapy Dogs, benefits in individuals with Pervasive Developmental Disorders, able to contribute to their education and improving quality of life. Studies in Animal Assisted Therapies demonstrate benefits in the individual physically, psychologically and socially enabling learning and development capacity in individuals with cognitive and motor disabilities. This work focuses on Assisted Therapy Dogs and intends to conduct a historical background on this area and characterize these therapeutic interventions and their effects. These questionnaires focused on four Pervasive Disorders, Autism, Asperger's Syndrome, Down Syndrome and Cerebral Palsy, were applied to caregiver and health professionals, and the results indicate benefits at the different levels. In this study we also describe the characteristics that animals should have and the precautions to take with them. This type of therapy has aroused interest for the results that have been obtained, and, therefore, its application has been increasing in recent decades, but lying at an early stage in Portugal.

Key words: Human-Animal Interaction, Animal Assisted Interventions, Dog Assisted Therapy, Pervasive Developmental Disorders, Special Education, Benefits.

INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos humanos, no seu artigo nº26, documenta que “toda a pessoa tem direito à educação”, ou seja, todos têm direito à aprendizagem dentro do sistema nacional de educação.

Em 1986 com a promulgação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) no âmbito da Educação Especial foram introduzidas as deficiências. Mais tarde, com o Decreto-Lei 319/91, foram enquadradas as deficiências, as dificuldades de aprendizagem e a excecionalidade.

Em 1994, no âmbito da UNESCO, foi assinado um documento por 91 Países, entre os quais Portugal, em que se comprometeram a promover a escola inclusiva. Este documento é a Declaração de Salamanca e nele estão definidos princípios que visam combater a diferença (Breia *et al.*, 2008; Dias *et al.*, 2000).

O movimento preconiza a promoção da igualdade de oportunidades e a defesa dos direitos de todos os alunos, independentemente das suas condições físicas, económicas, linguísticas ou outras. Pode dizer-se que a inclusão é sinónimo de igualdade, fraternidade, solidariedade e cooperação, conceitos ambiciosos que colocam à escola novos desafios em termos organizacionais e a nível das suas práticas. Embora este movimento tenha surgido tendo como centro de operacionalização as crianças com deficiência, o seu maior desafio é a luta contra a exclusão. Uma escola inclusiva deve contemplar todos os jovens e crianças que tenham, ou não, Necessidades Educativas Especiais (NEE) (Breia *et al.*, 2008; Dias *et al.*, 2000).

No sentido de consolidar uma política coerente de prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência e, para que seja possível

fomentar a igualdade de oportunidades e melhor garantir os seus direitos, foi elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF é um modelo médico da OMS, uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde que determina quem é a população alvo da EE: crianças com dificuldades de comunicação, de mobilidade, de aprendizagem, de autonomia, de participação social e de relacionamento interpessoal. A CIF acentua as capacidades das pessoas e os obstáculos que enfrentam, propondo que se trabalhe em simultâneo essas capacidades e as acessibilidades (em sentido amplo) aos recursos de instituições que deverão adaptar-se às necessidades dessas pessoas (Breia *et al.*, 2008; Organização Mundial de Saúde, 2002; Organização Mundial da Saúde, 2004).

Mantoan (2007) citado por Miranda, Almeida e Almeida (2010), a propósito da inclusão, sustenta que para haver igualdade de oportunidades as pessoas devem ser tratadas de forma diferente, pois é a melhor forma de atender às suas diferenças. Miranda, Almeida e Almeida (2010), defendem que para se ultrapassar a desigualdade se deve combinar o princípio da igualdade e da diferença, ou seja, a diferenciação deve ser promovida com estratégias educativas personalizadas e individualizadas, dando resposta às necessidades individuais de modo a haver efetiva igualdade de oportunidades.

Neste contexto, este trabalho expõe uma intervenção que beneficia os indivíduos com NEE através de programas de desenvolvimento que consideram as suas especificidades.

Este estudo tem como objetivo veicular os benefícios da Terapia Assistida por Animais (TAA) aos indivíduos com NEE.

A TAA desenvolve potências e / ou restabelece funções do indivíduo, para que alcance uma melhor organização intra ou inter pessoal.

Fora das escolas, esses programas têm sido realizados sobretudo por Associações e a avaliação dos impactos desta medida aponta para benefícios ao nível do desenvolvimento das competências motoras e psicossociais.

O Decreto-Lei N.º 3/2008 preconiza que um dos alicerces da Educação Especial (EE) é “promover a aprendizagem e a participação dos alunos” e a TAA facilita os processos de autonomia, responsabilidade, desenvolve as competências necessárias a aprendizagens e à adaptação ao contexto escolar. Estudos realizados sobre Terapias Assistidas por Animais mostram benefícios na saúde e bem-estar do ser humano, possibilitando a aprendizagem e o desenvolvimento de competências em indivíduos com Perturbações do Desenvolvimento (Knisely, Barker & Barker, s.d.; Nimer & Lundahl, 2007; Serpell, 2000; Solomon, 2010). Este trabalho incide sobre a Terapia Assistida por Cães e pretende realizar um enquadramento histórico, caracterizar este tipo de intervenção e descrever os seus efeitos. A atenção que este método terapêutico tem ganho e a sua aplicação têm aumentado nas últimas décadas mas no nosso País encontra-se num estado embrionário.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO

TEÓRICO

1. PERSPETIVA HISTÓRICA DAS TERAPIAS ASSISTIDAS POR ANIMAIS

O recurso ao animal na área da saúde remonta ao séc. XIX. Beck e Katcher (2003) referem que Florence Nightingale na sua obra “Notes on Nursing” defende a ideia de que o animal de companhia é uma ajuda para muitos tipos de problemas de saúde (Berger Faraco *et al.*, 2009).

Também Freud usava o seu cão nas sessões de terapia pois acreditava que o animal ajudava a acalmar o paciente e a tornar o ambiente menos formal (Chandler, 2001; Guerra Zago, Varela Finger & Kintschener, 2011; Kaminski, Pellino & Wish, 2010). A presença do cão diminui a ansiedade, o que resulta em relaxamento muscular, na diminuição de dor e da pressão arterial, no reforço da segurança do paciente e na promoção da sua concentração (Brodie, Biley & Shewring, 2002; Crawford, Worsham & Swinehart, 2006; Kaminski, Pellino & Wish, 2010). De acordo com Vormbrock & Grossberg (1981), o contacto com animais pode ter um efeito mais relaxante do que com pessoas pois implica contacto físico.

Assente no princípio de que o animal deve fazer parte do meio envolvente do ser humano, no início do Séc. XX, foi implementado o recurso a animais de companhia num Hospital Psiquiátrico dos Estados Unidos (Berger Faraco *et al.*, 2009).

Existem também referências ao uso de cães na segunda guerra mundial para auxiliar os soldados, farejando bombas e guiando soldados que ficavam cegos (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011). Em 1942, foram incluídos animais nos programas de reabilitação no hospital para convelescentes da Força Aérea, embora não haja registo dos resultados obtidos (Berger Faraco *et al.*, 2009).

Nos anos 50, Nise da Silveira, implementou a prática de recurso ao animal num hospital psiquiátrico no Brasil (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011). No entanto, aquele que é considerado o pioneiro no campo da psicoterapia assistida por animais é Boris Levinson, psiquiatra inglês que desenvolveu a sua prática em Nova York (Chandler, 2001; Mallon, 1994). Porém, o que o fez despertar para essa intervenção terapêutica foi uma casualidade: uma criança chegou com a sua mãe mais cedo para a sua consulta, e antes que o psiquiatra tivesse tempo de prender o seu cão, Jingles, este ajudou rapidamente a estabelecer uma relação entre Levinson e a criança. A partir daí, o psiquiatra passou a incluir cães em muitas das suas sessões de terapia, a escrever e a realizar apresentações sobre as suas observações e o sucesso desta nova forma de intervenção à comunidade científica (Chandler, 2001; Shubert, 2012).

De acordo com Levinson (1965), em 1964 é realizada uma apresentação no VI Congresso Internacional de Psicoterapia, em Londres, que aponta a terapia com animais de estimação como uma tentativa de reorganização da vida de crianças com deficiência, uma vez que a relação cão-criança é uma relação psicodinâmica muito complexa. Segundo o autor, os brinquedos não suscitam amor à criança porque não respondem ou partilham esses sentimentos com elas. Já no caso do animal de estimação, uma criança pode vê-lo como sendo parte de si mesmo ou como um membro da família que passa pelas mesmas experiências que ela (Crawford, Worsham & Swinehart, 2006; Levinson,

1965). Assim, a forma como a criança lida com o seu animal de estimação é reveladora do seu problema. O animal de estimação funciona como uma válvula de escape para as emoções e uma forma de reação a elas. Encontrando-se o terapeuta com o animal para receber a criança (paciente) e brincar com ela, a criança pode superar o choque do primeiro encontro das sessões terapêuticas. Além disso, a presença do animal ajuda a criança a tornar-se num participante voluntário no processo terapêutico, acelerando assim o desenvolvimento da relação entre a criança e o seu terapeuta. Por outro lado, no primeiro encontro, o animal pode servir como uma fortaleza na qual a criança se esconde do terapeuta porque as atenções podem ser focadas apenas no animal (Levinson, 1965).

Embora essas apresentações tenham sido saudadas com ceticismo, um inquérito que Levinson conduziu com clínicos na Associação de Psicologia do Estado de Nova York, indicou que mais de um terço dos inquiridos recorriam também a animais nas suas práticas (Beck & Katcher, 1996). Por esta altura já haviam sido realizadas experiências com coelhos, aves, etc. (Levinson, 1965).

Levinson persistiu nos esforços de motivar os Profissionais de Saúde mental a incluir animais nas suas atividades terapêuticas, o que foi suportado pelo contributo de Samuel e Elizabeth Corson na década de 70 (Beck & Katcher, 1996; Vivaldini, 2011), altura a partir da qual se intensificaram as pesquisas.

Essa forma de terapia foi descrita pela primeira vez em 1972, em Inglaterra, onde o contacto dos pacientes dum hospital psiquiátrico com animais de uma quinta permitiu a redução da medicação após se observar uma maior tranquilidade dos indivíduos (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011). Porém, a primeira descrição científica que é realizada em terapia assistida por animais data de 1960, nos Estados

Unidos, com enfoque na influência psicológica dos indivíduos submetidos a essa terapêutica (Guerra Zago, Varela Finger & Kintschener, 2011).

Na década dos anos 70 e meados dos anos 90 foram realizados mais estudos que além de verificarem os resultados de Corson, conceberam os efeitos do contacto com os animais de estimação a nível físico, demonstrando benefícios na saúde cardiovascular e alívio de stress (Beck & Katcher, 1996).

Os encontros internacionais foram uma forma de dar visibilidade a essas investigações, tendo tornado a interação homem-animal, na década de 80, conhecida como área de estudo (Odendaal, 2000; Vivaldini, 2011).

Corson *et al.* (1975) suportaram a investigação nessa área com a observação de que a introdução dos cães no tratamento de pacientes que não tinham anteriormente respondido a diferentes tipos de intervenção, aumentava as interações sociais entre os pacientes e melhorava o relacionamento entre o paciente e a equipa de saúde (Shubert, 2012).

Embora também na opinião de Rowan e Beck (1994) já existissem provas de benefícios para a saúde e bem-estar a vários níveis, provenientes do contacto com os animais, para estes investigadores era necessário que fossem realizados mais estudos que fundamentassem essa relação e assentes em parâmetros medidos fisicamente, inclusivamente para captar a atenção dos Profissionais de Saúde, que à exceção dos veterinários, não mostravam interesse nesta área (Odendaal, 2000).

Na década de 70, foram várias as instituições criadas e que importa referir pelo papel preponderante que desempenharam nesta área: a “Therapy Dogs International”, fundada em 1976 (Therapy Dogs International, 2013), a “Pet Terapia” (Heredia

Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011), e, a “Delta Foundation”, fundada em 77, em Oregon, por vários médicos e veterinários (Shubert, 2012). Esta última passaria a “Delta Society” em 1981 e ainda mais tarde a “Pet Partners”, focada no treino, certificação e terapia registada, além do seu contínuo interesse na relação ser humano-animal (Pet Partners, 2012).

Nos anos 90, adotou-se a terminologia Terapia Assistida por Animais (TAA) nos Estados Unidos, padrão que foi seguido em todo o mundo (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011; Vivaldini, 2011).

Note-se nesta fase a integração nas Instituições de Cuidados Hospitalares Psiquiátricos Brasileiras do “éden alternativo”, ambiente terapêutico onde os animais eram envolvidos nas terapias (Jofré, 2005 in Berger Faraco *et al.*, 2009).

Presentemente esta é uma área embrionária em Portugal e embora comece também a ser desenvolvida noutros Países como o Brasil, França, Itália e Estados Unidos, é já uma área assente em muitos estudos revistos e replicados (Guerra Zago, Varela Finger & Kintschener, 2011).

2. RELAÇÃO SER-HUMANO-ANIMAL

As relações não se estabelecem apenas entre seres da mesma espécie e a interação entre humanos e animais vai até aos tempos primitivos, quando os animais selecionados eram vistos como protetores, companheiros e ícones culturais (Serpell,

2000; Young, 1985 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009), concepção funcional essa do animal a serviço do ser humano que se mantém até aos dias de hoje (Beck & Katcher, 2003). O papel simbólico do animal tem também uma força enorme na nossa sociedade. Exemplo disso são *kits* policiais de trauma conterem ursos de peluche assim como a publicidade que está repleta de imagens de animais (Beck & Katcher, 2003).

Ao longo da história os animais têm desempenhado papéis importantes na vida dos seres humanos (Netting, 1987 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009; Serpell, 2000) e o reconhecimento da ligação ser humano-animal tem motivado inúmeras pesquisas (Berger Faraco *et al.*, 2009; Shubert, 2012).

O papel formal dos animais enquanto mediadores entre Profissional de Saúde e paciente tem vindo a ser definido e os benefícios resultantes do contacto com os animais de companhia têm vindo igualmente a ser documentados (Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009; s.d., 2011). Embora grande parte dos pais seja da opinião de que é benéfico para as crianças terem um animal de estimação pela responsabilidade que isso acarreta e pela companhia que fazem, a relação entre animais de companhia e o ser humano é uma área de estudo relativamente nova (Endenburg & Lith, 2011). Percebeu-se por exemplo que a Hipoterapia melhorava o equilíbrio em pacientes com desordens no movimento (Weber, Pfothauer, David, Leyerer, Rimpau, Aldridge, Reissenweber & Fachner, 1994 in Heimlich, 2001).

Existem duas propostas de explicação para a influência dos animais na saúde humana: a Biofilia e a Teoria de Apoio Social (Beck & Katcher, 2003). A primeira, de Edward Wilson, consiste na ideia de que durante a maior parte da evolução humana a estrutura física do ser humano se desenvolveu no sentido de melhor se adaptar ao meio envolvente, desenvolvendo para tal as competências de caça e de encontrar outras fontes

de alimento (Beck & Katcher, 2003; Katcher & Wilkins, 1993 in Berger Faraco *et al.*, 2009). Desta forma, o ser humano terá adquirido a capacidade de focar a atenção em animais e nos estímulos e propriedades do ambiente circundante (Berger Faraco *et al.*, 2009). Porém, de acordo com Beck & Katcher (2003), esta teoria apresenta limitações ao tentarmos implementá-la para compreender os benefícios da TAA:

- Não é inerente a essa teoria a nossa preocupação pelo bem-estar dos animais uma vez que ao longo de milhares de anos os tentámos caçar e matar;

- A teoria não pode ser testada na sua generalidade mas apenas hipótese a hipótese, caso a caso;

- É praticamente impossível separar as influências biológicas das culturais.

Por outro lado, a Teoria de Apoio Social é apoiada por estudos que descrevem os benefícios para a saúde humana do companheirismo social (Beck & Katcher, 2003; Lynch, 2000 in Berger Faraco *et al.*, 2009) – os animais facilitam e estimulam as relações interpessoais e dessa forma funcionam como um auxílio para o ser humano ao nível social (Eddy, Hart & Boltz in Berger Faraco *et al.*, 2009; Endenburg & Lith, 2011).

A relação seres humanos-animais de companhia é um exemplo extraordinário de relações interespecíficas (relações entre animais de espécies diferentes) que se estabelecem (Odendaal, 2000; Vivaldini, 2011). De acordo com Crawford, Worsham, e Swinehart (2006) existem diversas formas de medir a ligação ser humano-animal de companhia, entre elas: “The Strange Situation” e “The Adult Attachment Interview” (AAI). A primeira foi desenvolvida por Ainsworth e Wittig em 1969 e consiste numa série de episódios sequenciais que ativam ou intensificam o comportamento de ligação em crianças. Já a AAI, foi desenvolvida por George, Kaplan e Main em 1985 e é uma

entrevista semiestruturada para avaliar a ligação que se estabelece entre animais de companhia e adultos.

No caso da relação interespecífica ser humano-animal doméstico, a relação é mutualista, pois as espécies não competem entre si, o ser humano fornece comida, abrigo, entre outros, e, o animal, proteção e outras utilidades e a interação física não é ameaçadora, podendo as espécies interagir positivamente a um nível emocional (Endenburg & Lith, 2011; Odendaal, 2000).

O animal de companhia conserva características infantis mesmo na fase adulta (neotenia) e o toque está presente na relação ser humano-animal doméstico, o que contribui para o sucesso dessa relação (Shubert, 2012). O animal de companhia estimula emoções e promove o interesse pela vida, fomenta a prática do exercício físico e no caso do idoso fá-lo sentir-se útil e indispensável para alguém (Martins Fosco *et al.*, 2009; Triebenbacher, 1998 in Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011). Estudos realizados indicam que idosos que têm animais de estimação tomam menos medicamentos e vão menos vezes ao médico (Crawford, Worsham & Swinehart, 2006). As crianças e os idosos vêem os seus animais de estimação como membros da família (Triebenbacher, 1998 in Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011). O simples ato de afagar um animal oferece uma sensação de conforto e bem-estar, dando a satisfação de utilidade e alegria. Os animais promovem ainda a interação com o meio, favorecendo assim a comunicação e o desenvolvimento da linguagem (Endenburg & Lith, 2011; Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011; Odendaal, 2000). De acordo com Levinson (1965), a utilização de um animal de estimação fornece frequentemente um fio condutor que ajuda a descobrir mais rapidamente os elementos básicos na neurose nuclear da criança.

Geralmente os animais de companhia são muito sociais e mesmo quando não o são é porque ainda assim conseguem suprimir as necessidades dos donos. Exemplo disso são os peixes, tartarugas e iguanas que as pessoas mantêm em aquários, as aves, coelhos e ratos que possuem em gaiolas, etc. Porém, quanto mais sociáveis os animais forem ou quanto maior for a necessidade de atenção, maior é a ligação entre eles e os seus donos (Odendaal, 2000).

O cão (*Canis familiaris*) pode ser visto como um protótipo animal de companhia porque a relação criada entre ser humano-cão é uma relação modelo, não só porque é muito antiga mas também porque o cão é uma espécie existente em todo o planeta (Odendaal, 2000). O facto do contacto com os cães acontecer assistematicamente na sociedade, ou seja, sendo o cão um elemento presente na sociedade, a relação ocorre de forma espontânea. Historicamente, a domesticação dos cães e gatos foi um processo que decorreu naturalmente. Não é, todavia, claro a data de início da relação ser humano-cão, existindo há pelo menos dez mil anos (Odendaal, 2000), nem o(s) objetivo(s) dos seus primeiros contactos (Savolainen, Zhang, Luo, Lundeberg & Leitner, 2002; Vila *et al.*, 1997 in Haubelhofer & Kirchengast, 2007). A relação que se estabelece entre o ser humano e o cão é significativa, de natureza emocional e utilitária. Porém, nos dias de hoje essas relações tornaram-se mais variadas e esses laços mais intensos (Odendaal, 2000; Shubert, 2012). O cão entra em zonas íntimas e desconhecidas do ser humano e consegue captar a sua atenção e carinho por algum tempo (Shubert, 2012). Entre os cães e os seus donos, inclusivamente crianças, encontramos um tipo de comportamento de fixação, particularmente quando o animal serve de confidente e proporciona conforto / alívio em situações de stress (Shubert, 2012).

De acordo com Crawford, Worsham & Swinehart (2006 in Shubert, 2012), a teoria da vinculação humano-humano pode ser igualmente aplicada na vinculação humano-animal. Sendo o animal de estimação capaz de proporcionar interações sociais, amizade, afeição e apoio emocional, é um objeto transacional muito importante no processo de criação de vínculos entre seres humanos, contribuindo para uma melhor aceitação da realidade através da motivação e do prazer (Charnaud, 2000 in Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011; Endenburg & Lith, 2011). Exemplo disso é o resultado de um programa inovador com crianças negligenciadas em Israel, em que a TAA permitiu que essas crianças criassem relações estáveis com animais e desenvolvessem formas mais saudáveis de se relacionar com as outras pessoas (Parish-Plass, 2008 in Shubert, 2012). É criada uma forte ligação afetiva e de responsabilidade entre as crianças e o cão, sendo este uma fonte de inspiração para a criança, através do qual busca os seus objetivos e idealiza realizações (Guerra Zago, Varela Finger & Kintschener, 2011; Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011).

3. FISILOGIA DO COMPORTAMENTO DE FILIAÇÃO SER-HUMANO-ANIMAL

Friedmann (1995) e colegas de trabalho foram pioneiros na determinação da fisiologia da interação positiva entre humanos e animais (Odendaal, 2000).

Todas as funções normais do cérebro saudável e as desordens do cérebro doente, não importa o quão complexo sejam, são em última análise explicáveis em termos dos componentes estruturais básicos do cérebro e da sua função (Bloom & Lazerson, 1988 in Odendaal, 2000).

Na década de 80 observou-se que vários parâmetros fisiológicos como a pressão arterial sistólica e diastólica, o colesterol plasmático, os triglicéridos plasmáticos, efeitos do sistema nervoso autónomo (ansiedade e stress), entre outros, estão relacionados com a interação que se estabelece com os animais de companhia, e, como tal, podem diminuir a ansiedade e a excitação. Estudos recentes indicam que a interação ser humano-animal também fortalece o sistema imunológico, influencia positivamente a produção de glicose, atenua a dor e oferece sensação de bem-estar (Beck & Katcher, 2003; Kaminski, Pellino & Wish, 2010).

Alguns desses estudos foram realizados partindo do conhecimento existente para determinar uma resposta fisiológica base para o comportamento de filiação entre humanos e cães (Odendaal, 1999 in Odendaal, 2000; Odendaal & Meintjes, 2003). Recorreu-se a uma metodologia que usa os mesmos parâmetros fisiológicos nas interações intraespecíficas positivas no ser humano (Odendaal, 2000). Por exemplo, como um livro pode ter um carácter relaxante, produzindo uma auto interação positiva, foi utilizado várias vezes como elemento controle. Os resultados indicaram que o cão pode ser igualmente relaxante (Odendaal, 2000) pois na interação ser humano-cão os níveis de produção de neuro químicos em estudo são maiores (Odendaal & Meintjes, 2003; Vormbrock & Grossberg, 1988). Além disso, observou-se que o aumento de substâncias neuro químicas ocorre nas duas espécies, o que indica que ambas tiram prazerosas sensações a partir da sua interação (Odendaal & Meintjes, 2003). Em alguns

estudos, o papel de substâncias neuro-químicas durante o comportamento de filiação entre estas duas espécies foi determinado através dos níveis de endorfina e cortisol (Odendaal & Meintjes, 2003; Shubert, 2012). Em alguns casos observou-se que tanto no ser humano como no cão há libertação de substâncias químicas benéficas ao organismo (responsáveis por exemplo pela sensação de alegria) como as endorfinas betas, phenilalamina, prolactina, dopamina, adrenalina e oxcitocina, após 15 minutos de interação positiva entre as duas espécies, além de que diminui a produção do cortisol, hormona responsável pela sensação de stress (Haubenhofer & Kirchengast, 2007; Haubenhofer & Kirchengast, 2010; Odendaal & Lehamann (apud Odendaal, 2000) in Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011). Verificou-se portanto que as reações fisiológicas são mútuas em ambas as espécies, ou seja, os cães experienciam os mesmos benefícios psicológicos resultantes das alterações neurofisiológicas (Odendaal & Meintjes, 2003).

Estes estudos suportam a hipótese dos animais de companhia promoverem a diminuição da ansiedade e a inibição do sistema nervoso simpático, que estimula o aumento do ritmo cardíaco, porque proporcionam um agradável foco externo de atenção, promovem a sensação de segurança e proporcionam uma fonte de conforto de contacto (Friedmann, 1995 in Odendaal & Meintjes, 2003; Odendaal, 2000).

Embora sejam já muitos os estudos realizados para avaliar os resultados da TAA em pessoas, são menos os estudos sobre os efeitos nos animais (Fine, 2000; Shubert, 2012), sendo necessário mais investigação sobre as consequências em ambas as espécies (Endenburg & Lith, 2011).

Existem regras internacionais para o uso de animais em TAA e se estas não forem cumpridas, o animal pode experimentar stress durante as sessões (Scholz &

VonReinhardt, 2007 in King, Watters & Mungre, 2011), sendo prejudicial não só para o cão como as atividades podem ficar comprometidas se esses fatores causarem dor, medo ou incapacidade dos animais satisfazem as suas necessidades (Shubert, 2012).

O treino do cão necessário às sessões de terapia é considerado a melhor experiência de trabalho para o animal e o que promove o mínimo stress (King, Watters & Mungre, 2011).

O facto de existirem estudos demonstrando efeitos prejudiciais para o cão utilizado em TAA mostra que existem atuantes nesta área sem formação especializada ou que não cumprem as regras internacionais.

São sinais comportamentais de stress em cães a ofegância, a dilatação das pupilas, o tremer, o gemer, o lambar excessivo, o bocejar, o se esconder, a resposta em sobressalto e o baixar a postura corporal (Abrantes, 1997; Aloff, 2005; Beaver, 1999; Beerda *et al.*, 1998; Dreschel & Granger, 2005; Handelman, 2008 in King, Watters & Mungre, 2011; Rugaas, 1997).

Os cães que mostram esses sinais comportamentais de tensão e que não conseguem recuperar, sofrendo de stress crónico, a longo prazo podem, portanto, adoecer. As doenças causadas por stress crónico são do foro cardiovascular, gastrointestinal, sistemas imunitário e urinário (Beerda *et al.*, 1997; Chrousos & Gold, 1992; Scholz & Von Reinhardt, 2007 in King, Watters & Mungre, 2011). Estes estudos são baseados em observações do comportamento e em marcadores bioquímicos para o stress (Beerda *et al.*, 1998; Clark *et al.*, 1997; Dreschel & Granger, 2009 in King, Watters & Mungre, 2011; Haubenhofner & Kirchengast, 2007).

4. INTERVENÇÕES ASSISTIDAS POR ANIMAIS

Ao longo dos anos, foram utilizados vários termos para descrever as Intervenções Assistidas por Animais (IAA), ou seja, o ato de usar animais para assistir pessoas. No sentido de simplificar, a Delta Society, agora Pet Partners, dividiu esse tipo de atividades em três categorias: Terapia Assistida por Animais (TAA), Atividades Assistidas por Animais (AAA) (Shubert, 2012; Vaccari & Almeida, 2007) e Educação Assistida por Animais (EAA) (Pet Partners, 2012).

Os animais além de auxiliarem na comunicação, percepção corporal e controle da ansiedade, tornam os exercícios a realizar mais atrativos (Machado, Rocha, Santos & Piccinin, 2008).

A diferença entre as Atividades Assistidas por Animais e as Terapias Assistidas por Animais é que nas AAA o tratamento não tem objetivos específicos (Colosio, 2009; Mills & Yeager, s.d.). As AAA podem ser definidas pela promoção da motivação e bem-estar dos indivíduos, por profissionais especializados ou voluntários (Shubert, 2012) com formação no campo das IAA. As AAA englobam as situações de visitação, recreação e distração (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011).

Exemplos de AAA:

- Um clube de obediência canina realiza uma demonstração de obediência com cães numa residência de adolescentes com comportamentos de delinquência (Pet Partners, 2012);

- Um voluntário visita uma instituição de acolhimento de crianças com o seu cão para "brincar" com os moradores. Embora os educadores se envolvam na atividade, não há objetivos definidos nem são registados resultados (Pet Partners, 2012).

A EAA é uma atividade dirigida aos alunos que decorre em ambientes educativos como Escolas ou outras Entidades como a APPCDM. Estas atividades caracterizam-se por interações que ocorrerem na sala de aula e o professor deve compreender o comportamento quer das crianças como do animal, além de que poderá / deverá trabalhar com um profissional de IAA (Animal Behavior Institute, 2013).

Exemplo de EAA:

- É desenhada uma atividade para desenvolver uma determinada competência. Nesse âmbito, um voluntário faz-se acompanhar de um cão de atividades à escola e a professora convida dois alunos a interagirem com o animal. De seguida, é-lhes solicitado que descrevam esta experiência através de um desenho. Com este exercício pretende-se desenvolver as competências de saber intervir na sua vez, de se expressar com clareza e ilustrar de forma pessoal (Mascarenhas, 2010).
- Na presença de um cão de AAA, a professora lê um conto sobre um cão aos alunos. De seguida, o cão escolhe os alunos que deverão responder às questões que são colocadas pela professora, dirigindo-se e interagindo com eles. O objetivo desta atividade é desenvolver a escuta ativa, fomentar o gosto pela leitura, expressar-se de modo claro e na sua vez (Mascarenhas, 2010).

De acordo com Correia (2008, p. 23) “os professores sentem dificuldades em fazer adaptações curriculares, em lidar com algumas necessidades médicas e físicas dos alunos e dos procedimentos a seguir em caso de emergência”. Porém, de um modo geral, estas dificuldades são ultrapassadas uma vez que os professores têm oportunidades de trabalhar com outros profissionais, aliviando assim as suas preocupações (Correia, 2008). Conforme Clement *et al.* (1995, citados por Salend, 1998) “este trabalho de colaboração/cooperação permite, ainda, a partilha de estratégias de ensino, uma maior monitorização dos progressos dos alunos, o combate aos problemas de comportamento e o aumento da comunicação com outros profissionais de educação e com os pais.”

O trabalho cooperativo favorece a entajuda onde a confiança e o respeito mútuos estão presentes entre os alunos e todos aprendem com todos González (2003). Assim, desenvolvem-se relações de partilha e solidariedade entre todos (Leitão, 2000). A aprendizagem cooperativa é um aprender em grupo e com o grupo, tornado o aluno responsável e responsabilizante, “com o trabalho cooperativo, da competição passa-se à cooperação, privilegiando o incentivo do grupo em vez do incentivo individual, aumenta-se o desempenho escolar, a interação dos alunos e as competências sociais” (Sanches, 2001).

Também através da aprendizagem cooperativa os docentes concebem condições para que os seus alunos respeitem o trabalho realizado e desenvolvam estratégias próprias de resolução de problemas, recorrendo à ajuda dos seus pares (Crespo *et al.*, 2008).

Para Sanches (2001), o professor ao promover “aprendizagem cooperativa e a sucessiva autonomização dos alunos” terá mais tempo para dar aos alunos, considerados com NEE, repostas mais adequadas às suas reais necessidades, com esta forma de

ensino-aprendizagem o professor empregará mais tempo a planificar, sendo esta, segundo Correia (2008), “uma etapa de preparação para a intervenção onde se analisa a informação recolhida sobre o aluno e sobre os seus ambientes de aprendizagem”.

Desta forma, pode afirmar-se que promover uma maior gestão cooperativa da sala de aula poderá ser realmente uma experiência positiva para os alunos pois esta estratégia deverá criar “um clima de aula estimulante numa perspetiva de desenvolvimento de autonomia, da responsabilidade, da iniciativa... construindo ou ajudando a construir elementos dinamizadores do seu projeto de vida e atuantes no projeto de construção da comunidade em que se inserem” (Sanches, 2001, p. 184).

Algumas experiências mostram que a introdução de animais no ensino obrigatório melhorou o nível de atenção e de rendimento dos alunos, reduzindo o abandono escolar (Vivaldini, 2011).

Assim, defende-se a implementação nas escolas regulares deste tipo de modelos de enriquecimento escolar, entre outros, para que haja continuidade de apoios.

Este estudo não incidu na EAA para não se restringir às atividades que são desenvolvidas pelos indivíduos com NEE apenas nas escolas, o que faria da investigação mais restrita uma vez que a EAA ainda é pouco utilizada em contexto escolar. A TAA é mais abrangente, no sentido em que o seu acesso é mais facilitado a um indivíduo com PD e existe um plano de intervenção individual e diferenciado, sendo os exercícios direcionados para o indivíduo, procurando desenvolver as suas necessidades específicas.

5. DEFINIÇÃO DE TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS

A TAA difere da interação comum com animais de companhia porque a TAA é uma técnica com objetivos claros e dirigidos que envolve um Profissional de Saúde (PS) especializado e um animal especificamente treinado para ajudar o paciente a alcançar esses objetivos (Barker, 1998 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009; Colosio, 2009; Fine, 2000; King, Watters & Mungre, 2011; Mills & Yeager, s.d.; Vaccari & Almeida, 2007; Vivaldini, 2011). O animal é introduzido num plano de tratamento individualizado, projetado para pacientes com disfunção física, social, emocional e / ou cognitiva, sendo os resultados documentados (Mills & Yeager, s.d.) e devendo ser realizada uma avaliação periódica (Dotti, 2005 in Martins Fosco et al., 2009).

O animal é um agente facilitador para a terapia, na medida em que ao criar uma atmosfera segura e acolhedora pode ser considerado uma ponte de comunicação entre o paciente e o terapeuta, além de que dá eco a sentimentos e facilita a sua exteriorização, sendo muitas vezes necessário que se estabeleça primeiramente uma ligação entre o indivíduo e o animal (Mallon, 1994). Na TAA a criança pode brincar, experimentar e explorar toda a sua espontaneidade criativa (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011; Vivaldini, 2011), o que permite à criança desenvolver a parte cognitiva, imaginando, construindo regras e encontrando soluções, além de que desenvolve o senso do “eu”, empatia e moralidade (Endenburg & Lith, 2011; Martins Fosco *et al.*, 2009; Solomon, 2010).

Este método tem um carácter multidisciplinar porque reúne profissionais de diferentes áreas, como psicólogos, médicos veterinários, médicos, terapeutas da fala,

fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e enfermeiros que avaliam a terapia assim como o animal que é utilizado (Martins Fosco *et al.*, 2009). Este tipo de terapia é realizado em sessões agendadas e com intervalos regulares (Mills & Yeager, s.d.).

Geralmente os animais utilizados nas TAA são cães e gatos mas também podem ser aves, porquinhos-da-Índia, peixes, cavalos, golfinhos, entre outros. O objetivo é fazer coincidir as necessidades do paciente com o que o animal pode oferecer (Chandler, 2001; Hooker, 2002 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009). Do ponto de vista ético a relação não deve terminar quando o processo terapêutico é concluído (Heimlich, 2001).

Exemplos de TAA:

- Um voluntário faz-se acompanhar do seu gato a um centro de reabilitação para trabalhar com um terapeuta ocupacional e com uma criança que tem dificuldades ao nível da motricidade fina. Para desenvolver essas competências, o terapeuta pede à criança que manipule a fivela da coleira, o mosquetão da trela e os fechos da transportadora do animal. É-lhe também pedido que abra recipientes de guloseimas para o gato e que o alimente (Pet Partners, 2012);
- Um fisioterapeuta recorre à presença de um cão para motivar uma mulher que se encontra a recuperar de um acidente vascular cerebral e que tem limitações em andar ou manter-se de pé. Para tal, coloca o cão numa mesa elevada e pede à mulher que acaricie ou escove as costas do animal e cabeça. De forma a melhorar a capacidade de locomoção, o terapeuta

pede à utente que passeie o cão em torno dos obstáculos das instalações
(Pet Partners, 2012)

6. EFEITOS DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS

O senso comum sempre levou as pessoas a usarem animais para promover o seu bem-estar, no entanto, e tal como foi dito anteriormente, só recentemente é que a ciência investiga os efeitos terapêuticos dos animais (Nimer & Lundahl, 2007). Há um crescente interesse em demonstrar a eficácia da TAA nas últimas décadas, através da investigação dos seus benefícios para a saúde e bem-estar do ser humano (Berger Faraco *et al.*, 2009; Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009; Nimer & Lundahl, 2007) e embora haja controvérsia na investigação que sustenta os benefícios ganhos pelas pessoas que realizam terapia assistida por cães, são muitos os estudos que documentam esses efeitos benéficos (Kaminski, Pellino & Wish, 2010; King, Watters & Mungre, 2011).

Os benefícios da TAA podem atuar ao nível físico, social e psíquico (Hart, 2001; Nimer & Lundahl, 2007; Serpell, 2000). São benefícios da TAA a melhoria de humor, a diminuição de sintomas de depressão e ou ansiedade, a diminuição de sentimentos de raiva, a diminuição da impulsividade e o aumento da Auto estima. (Allen *et al.*, 2002; Arkow, 2004; Barba, 1995; Barker, Knisely, McCain, Schubert, & Pandurangi, 2010; Chandler, 2005 in King, Watters & Mungre, 2011; Endenburg & Lith, 2011; Friedmann *et al.*, 2000 Walsh *et al.*, 1995). Em estudos com adultos, observou-se uma redução

significativa da ansiedade, agitação e medo. Em crianças, observou-se que a terapia assistida por cães diminui a angústia em procedimentos médicos dolorosos (Wells, 1998 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009), aumenta a calma nos casos de doenças pós-traumáticas (Eggiman, 2006 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009), promove o aumento da atenção e os comportamentos positivos em crianças com deficiência, e a melhoria das habilidades linguísticas em crianças com autismo (Martin & Farnum, 2002 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009; Solomon, 2010). No artigo “Finding my son at the zoo”, de Thomas Fields-Meyer (2007), é descrito que uma criança autista que se encontra constantemente excitada, ao visitar o zoo regularmente denota calma e felicidade, conseguindo também manter uma conversa enquanto observa os animais (Solomon, 2010). O impacto da TAA e das AAA é portanto ao nível fisiológico e psicossocial (Knisely, Barker & Barker, s.d.). Num estudo com adolescentes com Síndrome de Down, a TAA com cães permitiu o desenvolvimento da linguagem e da motricidade, visto que os pacientes tinham de ajustar a sua força para conduzir o animal (Althausen, 2006 in Capote, 2009). Numa outra obra estudada, “Terapia Assistida por Animais (TAA) e Deficiência Mental: análise do desenvolvimento psicomotor”, foram uma vez mais observados benefícios da intervenção com animais no desenvolvimento psicomotor de crianças com deficiência mental (Capote, 2009).

Assim, a TAA tem sido aplicada a uma grande variedade de problemas clínicos, nomeadamente, sintomas do espectro do autismo (Redefer & Goodman, 1989 in Nimer & Lundahl, 2007; Vivaldini, 2011), condições médicas (Havenar *et al.*, 2001 in Nimer & Lundahl, 2007), comprometimento das funções mentais (Kanamori *et al.*, 2001 in Nimer & Lundahl, 2007), problemas do foro emocional (Barker & Dawson, 1998 in Nimer & Lundahl, 2007; Endenburg & Lith, 2011), comportamentos indesejáveis

(Nagengast *et al.*, 1997 in Nimer & Lundahl, 2007), e problemas físicos (Nathanson *et al.*, 1997 in Nimer & Lundahl, 2007). No caso de pacientes com graves distúrbios da esfera afetivo-relacional, como o autismo, há relatos de que o cão enquanto co-terapeuta tem permitido frequentemente grandes progressos clínicos (Caetano, 2010; Goodman & Redeker, 1989; Oliveira, 2010; Vivaldini, 2011). O mamífero doméstico suscita na criança com essa perturbação do desenvolvimento estímulos através do estabelecimento de uma comunicação não-verbal entre os dois, semelhantes aos que existem entre mãe e recém-nascido. O animal adquire o papel de "sujeito transacional" entre o mundo interior e exterior da criança com perturbação do desenvolvimento, restabelecendo a homeostasia de relação gravemente comprometida pela psicose (Capote, 2009; Mallon, 1994; Vivaldini, 2011). Importa ainda referir que um animal não realiza juízos de valor, contrariamente aos seres humanos, o que promove também a interação entre essas duas espécies (Mallon, 1994).

Além disso, a TAA tem sido usada com indivíduos de todas as idades, nomeadamente crianças, adolescentes, adultos e idosos. A terapia pode também ser realizada em grupo (Chandler, 2001; Guerra Zago, Varela Finger & Kintschener, 2011; Nimer & Lundahl, 2007) ou com outros tipos de terapia (Nimer & Lundahl, 2007), existindo pois, uma variedade na forma como a TAA é implementada.

Importa referir que as crianças que crescem sem contato com os animais, são frequentemente mais suscetíveis à zoofobia, zoomania, ansiedade e insegurança (Vivaldini, 2011).

Também os contextos em que a TAA é aplicada são variados, desde ambientes de cuidados de saúde até ao seu recurso na educação (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011; Nimer & Lundahl, 2007; Vivaldini, 2011). Por exemplo, a TAA tem

vido utilizada como adjuvante à terapia física através de exercícios como o paciente andar com o cão, ou escovar o gato, ou jogar com o cão, etc. Neste contexto, as atividades são projetadas para aumentar a força muscular e melhorar o controle de habilidades motoras finas. Aqui, as interações com o animal podem ser utilizadas para servir objetivos físicos específicos e aumentar o interesse nas atividades e o funcionamento da saúde mental (Chandler, 2005 in Nimer & Lundahl, 2007; Vivaldini, 2011). O brincar com o animal e o ter que cuidar dele favorecem também uma espontânea atividade motora (Vivaldini, 2011).

Nos casos em que a TAA é usada em contexto de saúde mental, a criança pode ser encorajada a falar com o animal e a tocar-lhe adequadamente, reduzindo a ansiedade, aumentando o sentido de interação com um ser vivo, reduzindo a solidão e desenvolvendo uma série de habilidades (Chandler, 2005; Delta Society, 2006 in Nimer & Lundahl, 2007) pois os laços que se estabelecem entre as pessoas e os animais parecem ocorrer espontaneamente (Heredia Vivaldini & Barros de Oliveira, 2011; Nimer & Lundahl, 2007).

Um bom animal de terapia procura afeto e interação com o cliente. Além disso, os animais podem promover um ambiente acolhedor e seguro que pode ajudar os clientes a aceitarem as intervenções (Nimer & Lundahl, 2007).

Embora como vimos a TAA seja um recurso utilizado no tratamento de muitas de doenças do foro físico e psicológico (Fine, 2000), recorre-se sobretudo a esta terapêutica nos casos de pessoas com carências de atenção, necessidades estas relacionadas com as situações em que se encontram, como sejam as pessoas física e / ou mentalmente deficientes, pessoas socialmente mal adaptadas, pessoas com doenças

crónicas, pessoas emocionalmente perturbadas, reclusos, toxicodependentes, idosos e crianças (Odendaal, 2000).

Uma vez que o animal usado em TAA é um animal certificado, e, como tal, cumpre as normas de higiene e segurança, os riscos inerentes ao uso do cão em TAA, que estão restritos ao contágio de zoonoses ou a uma reação inesperada do cão (Heimlich, 2001; Kobayashi *et al.*, 2009), são mínimos, inferiores aos riscos que o meio ambiente comporta, como os transportes públicos, os colegas ou a própria casa. Ainda assim, são elaborados relatórios sempre que o paciente tem um contacto próximo com as secreções orais dos animais e é contagiado, encontrando-se, porém, documentados pouquíssimos casos, entre eles um menino de 16 anos com distrofia muscular de Duchene que foi lambido pelo cão (Brodie, Biley & Shewring, 2002; Brodie, Biley & Shewring, 2002 in Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009). Como foi referido anteriormente, e visto que os cães de terapia passam por rigorosos exames, entre os quais, estudos físicos, a sua presença é permitida inclusive em hospitais, a fim de auxiliar pacientes, pelos seus efeitos benéficos. A título de exemplo, veja-se o caso de uma mulher grávida, no Reino Unido, a quem a Administração do Hospital de Bristol permitiu que se fizesse acompanhar do seu cão de terapia na sala de partos (Green Savers, 2013).

São portanto muitos os benefícios da TAA e superam em muito os riscos, praticamente inexistentes (Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009).

7. CARACTERÍSTICAS DO CÃO NA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS

O cão é um dos animais mais utilizados na TAA (Brodie, Biley & Shewring, 2002; Mills & Yeager, s.d.) talvez porque é o animal que pode fornecer uma experiência de vínculo mais íntimo e eficaz com o ser humano (Mills & Yeager, s.d.), por se tratar de um animal facilmente treinável (Nimer & Lundahl, 2007) e ainda por se entusiasmar com muitas das atividades desenvolvidas. Além disso, devido à sua natureza interativa, e afetuosa, este animal é um catalisador social (Endenburg & Lith, 2011; Mallon, 1994; Serpell, 2000; Vivaldini, 2011).

O cão que é utilizado na TAA designa-se cão de terapia (Associação Vinculum Animal, 2012).

Os animais utilizados nas TAA podem ser animais doados ou resgatados (Shubert, 2012), podem ser de qualquer raça, tamanho, idade ou sexo (Cheyenne in King, Watters & Mungre, 2011).

De acordo com a Pet Partners (2012), qualquer cão pode ser um cão de terapia desde que cumpra os seguintes requisitos:

- Ter pelo menos um ano de idade;
- Ser amigável, não agressivo, controlável, previsível, confiável, obediente e sociável, lidando bem com grupos de pessoas;
- Não se distrair;

- Gostar de ser tocado, mesmo que desajeitadamente;
- Ter capacidade de iniciar contacto, permitir contacto visual e cujos comportamentos possam ser redirecionados;
- Ter capacidade de respeitar os limites pessoais (por exemplo, não saltando para as pessoas);
- Ser capaz de lidar com situações stressantes;
- Não ter um historial com episódios de mordeduras, mesmo tratando-se de animais de proteção ou de caça;
- Interagir saudavelmente com os outros animais;
- Sentir-se confortável próximo de equipamentos de saúde;
- Não fazer uma alimentação à base de proteína bruta para minimizar os riscos do animal ser portador de patogéneses;
- Passar num rigoroso exame físico veterinário;
- Ter a vacinação em dia e realizar a desparasitação regular;
- Ter um historial de patologias que será avaliado.

Os cães passam, portanto, por um rigoroso processo de seleção, um teste de temperamento, passando ainda por um treino especializado (Cheyenne in King, Watters & Mungre, 2011; Davis, 1992; TDI, 2010 in King, Watters & Mungre, 2011).

8. FUNÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E TREINADOR NA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS

Qualquer pessoa que tenha um cão que obedeça aos requisitos anteriormente descritos pode levar o seu cão para que este seja treinado e seja utilizado em TAA mesmo que seja para ajudar outras pessoas. O companheiro humano, PS ou treinador deverá conhecer o animal há pelo menos 6 meses (Pet Partners, 2012).

Além disso, e conforme a Pet Partners (2012), é também necessário que este:

- Seja amigável e estabeleça contacto visual;
- Seja defensor pró-ativo do animal;
- Seja um líder atencioso e carinhoso;
- Saiba desenvolver um relacionamento com o animal que reflita uma parceria afetuosa;
- Saiba comunicar com o animal;
- Saiba controlar o animal;
- Não comprometa as necessidades comportamentais do animal;
- Considere os processos de desenvolvimento animal;
- Se prepare e ao animal para cada visita;

- Saiba como promover as competências do seu animal para o utente com que irá estar;
- Realize treinos adequados;
- Avalie a visita antes, durante e depois;
- Tenha expectativas reais do animal;
- Utilize equipamento e instalações adequadas para o animal.

É necessário ter estes cuidados específicos com os cães de TAA, pois realizam determinados exercícios, interagem com estranhos e realizam atividades desconhecidas. Assim, há outras normas que devem ser cumpridas na realização da TAA como o descanso adequado do animal (Beck & Katcher, 2003; Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009; Haubenhofner & Kirchengast, 2007; Heimlich, 2001), as pausas durante as sessões (Beck & Katcher, 2003; Heimlich, 2001; King, Watters & Mungre, 2011), o manuseio e os exercícios adequados, preservando a sua liberdade de expressão de comportamento incluindo a socialização com a sua própria espécie, e uma alimentação correta, além de todas as outras necessidades básicas do cão que devem estar também sempre asseguradas (Brodie, Biley & Shewring, 2002; Shubert, 2012).

Esse conhecimento é adquirido na formação especializada do profissional ou voluntário, sendo também necessário que compreenda as necessidades específicas do animal (Pet Partners, 2012).

Além disso, há medidas calmantes que podem ser aplicadas ao cão para reduzir o stress após as sessões como as massagens (Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009).

Treinadores e Profissionais de Saúde devem ser capazes de reconhecer os sinais de stress no cão (Beck & Katcher, 2003; Heimlich, 2001; Shubert, 2012) e se a linguagem corporal do cão for monitorizada, o treinador consegue aperceber-se se o cão mostra sinais de stress e consequentemente intervir mais cedo (Beck & Katcher, 2003; Heimlich, 2001; King, Watters & Mungre, 2011).

É ainda importante que os treinadores se mantenham informados junto, por exemplo, dos portais da Pet Partners, da Therapy Dogs International, Associação Projeto de Apoio a Vítimas Indefesas, Associação Portuguesa para a Intervenção com Animais de Ajuda Social, etc. ou através de manuais de treino para que adquiram novas perspetivas e para que se mantenham a par das questões atuais (Heimlich, 2001; King, Watters & Mungre, 2011; Shubert, 2012;). Importa referir que existem normas publicadas para o recurso a animais de terapia em qualquer sector de saúde (Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009).

Alguns investigadores incluem ainda o papel do médico veterinário para ajudar a garantir o bem-estar dos cães de TAA, AAA e EAA (Shubert, 2012).

Prevenir conflitos de interesses entre os cães e os seus diversos papéis na assistência de seres humanos requer, portanto, esforços a vários níveis (Shubert, 2012).

O trabalho dos cães da TAA é de extrema importância e quanto melhor os tratarmos, melhor nos tratam (King, Watters & Mungre, 2011).

Nos Países mais evoluídos existe a conceção ética do animal, enquanto ser capaz de sentir prazer e dor, noção a partir da qual foi criada uma legislação de tutela dos animais (Beck & Katcher, 2003).

Note-se que os cursos tanto para as pessoas como para o cão são de baixo custo (Pet Partners, 2012). PS, treinador ou animal devem ainda interessar-se pelas pessoas e sentirem-se confortáveis em ambientes de visita (Pet Partners, 2012).

9. APLICAÇÃO DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS

9.1. Terapia Assistida por Animais aplicada à Educação Especial

Visto que a TAA consiste num método terapêutico que utiliza um animal no seu contexto clínico, a TAA, nomeadamente numa instituição de EE, será eficaz se alcançar a melhoria dos indivíduos envolvidos no processo. Além disso, a TAA proporciona um espaço de confiança, e, uma melhora da autoestima que favorece, por sua vez, a sua inclusão social.

9.2. Autismo

As Desordens do espectro do autismo são diagnósticos de natureza comportamental baseados na presença de dificuldades na reciprocidade social, na comunicação e em comportamentos e interesses restritos e obsessivos (American Psychiatric Association, 1994; Fleisher, 2006; Pérez, González, Comi & Nieto, 2007; Volkmar, 2005).

O transtorno do espectro do autismo mais comumente estudado e compreendido implica que o indivíduo apresente um desenvolvimento anormal ou deficiente antes dos três anos de idade (American Psychiatric Association, 1994; Fleisher, 2006; Pérez, González, Comi & Nieto, 2007; Volkmar, 2005).

Há um crescente corpo de literatura sobre o impacto fisiológico e psicológico da TAA e AAA em várias populações de pacientes com esta perturbação do desenvolvimento e outras, nomeadamente, paralisia cerebral, síndrome de Down, etc. (Knisely, Barker & Barker, s.d.).

O reconhecimento dos benefícios desta terapia ao nível da comunicação em indivíduos com autismo tem cerca de 50 anos (Solomon, 2011) e embora a Terapia Assistida por Cães seja cada vez mais utilizada para ajudar crianças autistas, há ainda relativamente poucos estudos nesta área e são limitados (Silva, Correia, Lima, Magalhães & de Sousa, 2011).

Redefer e Goodman (1989) mostraram que a TAA em crianças com autismo promove a sua interação social e diminuí a Auto absorção e os comportamentos estereotipados. Martin Farnum observou ainda que estas crianças apresentam maior contentamento, concentração e consciência dos seus ambientes sociais (Martin & Farnum, 2002 in Silva, Correia, Lima, Magalhães & de Sousa, 2011).

Como na Perturbação do Espectro do Autismo existe uma grande diversidade fenotípica, é necessário que sejam realizados mais estudos para a caracterização das diferenças individuais que existem nas crianças com esta perturbação do desenvolvimento, em resposta à terapia assistida por cães. Assim, seria possível delinear

métodos mais eficazes para servir as necessidades específicas desses indivíduos (Silva, Correia, Lima, Magalhães & de Sousa, 2011).

Além disso, a revisão sistemática de catorze artigos com arbitragem científica indica que embora os resultados sejam positivos, a maioria dos estudos apresenta fraquezas na metodologia, o que aponta para a necessidade de mais estudos e mais rigorosos (O'Haire, 2012).

9.3. Paralisia Cerebral

O conceito Paralisia Cerebral (PC) está relacionado com a incapacidade de movimento no que se refere ao cérebro. Assim, PC é um tipo de paralisia que resulta de danos no cérebro. É uma desordem persistente mas não imutável do movimento e postura, devido a danos feitos no cérebro imaturo, ou seja, uma desordem não progressiva do cérebro aquando dos 2 anos de idade, aproximadamente (Hinchcliffe, 2007; George Henderson, 2011).

Num estudo realizado com uma criança com diplegia espástica observou-se que a TAA estimula a realização de movimentos funcionais e a propriocepção (Cindy & Dennis, 1998 in Guerra Zago, Varela Finger & Kintschener, 2011) necessários a esses indivíduos.

Veja-se também o exemplo do caso de uma menina que sentia dor ao abrir e fechar a mão, chegando mesmo a chorar, e que ao realizar o exercício de lançar uma bola ao cão nas sessões de terapia passou a realizar o movimento sem sofrimento, porque passou a realizar esse movimento sem perceber e porque esse movimento

envolvia afetividade. Também nesse caso, a menina ganhou controle da motricidade ao segurar a trela do cão e escovando-o, desenvolvendo portanto também a capacidade de percepção pelo toque ao animal (Colosio, 2009).

Noutro estudo realizado em pacientes com PC observaram-se melhorias nas relações interpessoais, apresentando-se a comunicação de forma mais efetiva e determinada e ocorrendo a diminuição dos comportamentos de inibição (Vivaldini, 2011).

9.4. Síndrome de Asperger

O diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA) encontra-se incluído no grupo das Perturbações Globais do Desenvolvimento (Fontes, 2009; Hermandes, 2010; Martins, 2009; Mendes, 2011; Santos, s.d.). Segundo os critérios da mais recente edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV¹), o manual de diagnóstico mais utilizado pelos técnicos de saúde, as crianças com SA, apresentam (American Psychological Association, 2013):

- Um grave e persistente déficit de interação social;
- Aptidão para desenvolver padrões de comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas;
- Um déficit clinicamente significativo na atividade social, laboral e outras importantes áreas do funcionamento;

¹ À data a que o trabalho foi realizado era essa a edição mais recente do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Atualmente existe já uma nova edição – DSM-V e na qual a Síndrome de Asperger foi incluída numa entidade nosológica mais lata designada por Perturbações do Espectro do Autismo.

- Uma linguagem sem um atraso clinicamente significativo comparativamente às outras crianças (ditas “normais”);
- Um desenvolvimento cognitivo normal, assim como, aptidões de auto ajuda próprias para a idade e comportamento adaptativo na curiosidade do meio ambiente durante a infância.

Em muitos dos estudos sobre a TAA e o autismo, é referenciada a SA na obtenção de resultados positivos, nomeadamente na influência na sua vida social, ligações emocionais com o outro, comunicação e no dia-a-dia (Anderson & Olsonf, 2006; O’Haire, 2012; Solomonon, 2010).

9.5. Síndrome de Down

A Síndrome de Down (SD) é uma condição genética, reconhecida há mais de um século por John Langdon Down, existindo diferentes tipos de anomalias cromossômicas nesta Síndrome (Blascovi-Assis *et al.*, 2008; Pereira *et al.*, 2009; Rubim, 2009).

Uma das possíveis causas desta Síndrome é a idade dos progenitores, sobretudo a idade da progenitora (Blascovi-Assis *et al.*, 2008; Pereira *et al.*, 2009; Rubim, 2009).

Genericamente, as pessoas com SD são em termos de tamanho, menores e têm um desenvolvimento físico e mental mais lento do que os outros. A maior parte tem uma deficiência mental de leve a moderado, algumas não apresentam deficiência intelectual, e outros indivíduos podem ainda apresentar deficiência mental severa (Blascovi-Assis *et al.*, 2008; Pereira *et al.*, 2009; Rubim, 2009).

Existe uma grande variação na capacidade mental e no progresso de desenvolvimento das crianças com esta Síndrome. O desenvolvimento motor destas

crianças também é mais lento. Estas crianças geralmente aprendem a andar com 15 a 36 meses. O desenvolvimento da linguagem também é muito atrasado (Blascovi-Assis *et al.*, 2008; Pereira *et al.*, 2009; Rubim, 2009).

Outros problemas de saúde que podem surgir no portador da SD: cardiopatia congénita (40%); hipotonia (100%); problemas de audição (50 a 70%); de visão (15 a 50%); alterações na coluna cervical (1 a 10%); distúrbios da tiróide (15%); problemas neurológicos (5 a 10%); obesidade e envelhecimento precoce (Optiz, 1990 in Peixoto, 2008; Schwartzman (1999), Pueschel (2005) & Moreira, E-Hani & Gusmão (2000) in Prianti & Cabanas, s.d.).

Como um indivíduo com esta Síndrome apresenta uma deficiência mental, é muito importante que o trabalho de terapia seja realizado precocemente, o que irá influir em todo o desenvolvimento psicossocial da criança (Prianti & Cabanas, s.d.).

O cão é capaz de transmitir alegria e de cativar as pessoas, e, como tal, também no caso desta perturbação do desenvolvimento facilita a expressão dos sentimentos do paciente, ajudando a estabelecer uma ponte entre este e o PS (Folly & Rodrigues, 2010; Prianti & Cabanas, s.d.).

Implementado o plano terapêutico que é elaborado em virtude das necessidades do indivíduo, resultados de estudos demonstram que esta é uma intervenção de sucesso, com ganhos ao nível psíquico e motor nos quais se destacam: a cognição, a linguagem, aspetos psicofuncionais, a reintegração terapêutica, praxia fina, o equilíbrio (ao andar, pular, etc.), aumento da motivação e da atenção e progressos na socialização (Althausen, 2006 in Folly & Rodrigues, 2010; Kobayashi *et al.*, 2009; Prianti & Cabanas, s.d.), embora numas áreas se verifique que são alcançados mais benefícios que noutras (Prianti & Cabanas, s.d.).

10. EDUCAÇÃO ESPECIAL E A TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS

A sociedade percorreu, até aos dias de hoje, um grande caminho no que respeita à educação e em particular à educação especial. A forma como a sociedade foi tratando aqueles que considera diferentes no decurso da história da Humanidade, foi sendo alterada de acordo com mudanças conceptuais e alteração dos paradigmas em Educação.

A educação especial baseia-se numa perspetiva de educação inclusiva, na qual se pretende promover a igualdade de oportunidades e de participação, e, para todos os alunos. Deste modo, a preocupação em trazer os alunos com NEE para escolas regulares, leva à criação de escolas integradoras, o que conduziu à execução de uma série de mudanças físicas nas instalações, que capacitassem a escola enquanto espaço para receber alunos com determinadas NEE.

Em 1986, defensores dos direitos dos alunos com NEE forçaram a reestruturação do sistema educativo pois a Escola não desempenhava ainda o seu papel visto que não providenciava respostas educativas para todos os alunos. Assim, apelou-se à criação de condições que permitissem responder às necessidades educativas dos alunos com NEE nas escolas regulares das suas residências. Nascia, assim, um movimento chamado de Regular Education Initiative (Iniciativa da educação Regular ou Iniciativa Global de Educação), que pretendia encontrar formas de atender às necessidades do maior número de alunos com NEE na classe regular, propondo a adaptação dessa mesma classe, de forma a facilitar as aprendizagens dos alunos com NEE (Dias, Lopes, Silva, & Veiga, 2000).

Este movimento deu mais tarde lugar ao movimento da *inclusão*, onde foi questionado o papel dos vários agentes educativos (pais, professores do ensino regular e de educação especial, psicólogos, terapeutas, etc.) e a adequação do currículo às necessidades educativas dos alunos (Correia, 2005).

Pode dizer-se que a inclusão é sinónimo de igualdade, fraternidade, solidariedade e cooperação democrática, conceitos ambiciosos que colocam à escola novos desafios em termos organizacionais e a nível das suas práticas. Embora este movimento tenha surgido tendo como centro de operacionalização as crianças com deficiência, o seu maior desafio é a luta contra a exclusão. Uma escola inclusiva deve contemplar todos os jovens e crianças que tenham, ou não, de Necessidades Educativas Especiais.

A educação especial passa então de um lugar a um serviço, sendo reconhecido ao aluno com NEE o direito de frequentar a classe regular, possibilitando-lhe o acesso ao currículo comum através de um conjunto de apoios apropriados às suas características específicas, capacidade e necessidades. Nasceram, assim, as escolas inclusivas, embora a caminhada para que elas possam vir a responder às necessidades de todos os alunos tenha sido, e continue a ser, bastante árdua, uma vez que há a necessidade de se proceder a reestruturações acentuadas a todos os níveis, desde atitudes na comunidades educativa e dos pais até à reorganização da sala de aula em termos físicos e pedagógicos (Correia, 2005, p. 9). Muito há ainda para fazer, é urgente que se desarme o preconceito, a intolerância à diferença ou simplesmente, a indiferença.

É através da publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), em 1986, que para Correia (2005) começa a ser devidamente implementado o sistema de educação integrada, sendo também criadas as equipas de educação especial (EEE), que é todavia um serviço que não abrange o ensino superior. Em 1991 as escolas passam a ter uma legislação para se regerem no que diz respeito aos alunos com NEE. Esta

legislação além de decretar vários direitos aos alunos com necessidades educativas especiais, estabelece finalmente a descategorização, pela introdução do conceito de “necessidades educativas especiais” e declara “o direito a uma educação gratuita, igual e de qualidade, para os alunos com NEE, estabelecendo a individualização de intervenções educativas através de planos educativos individualizados (PEI) e de programas educativos (PE) com o objetivo de responder às necessidades educativas desses alunos. Introduce, ainda, o conceito de meio menos restritivo possível (MMRP), que se traduz na premissa de que a criança com NEE deve ser educada com a criança sem NEE e o seu afastamento dos ambientes educacionais regulares deve ocorrer somente quando a natureza ou a gravidade da problemática o proclame (Correia, 2005, p. 8).

Em Portugal, a Lei de LBSE, consolidada a 30 de agosto de 2005, Artigo 20º, n.º 3, define como seus objetivos, respeitantes à Educação Escolar:

“No âmbito dos objetivos do sistema educativo, em geral, assumem relevo na educação especial:

- a) O desenvolvimento das potencialidades físicas e intelectuais;*
- b) A ajuda na aquisição da estabilidade emocional;*
- c) O desenvolvimento das possibilidades de comunicação;*
- d) A redução das limitações provocadas pela deficiência;*
- f) O desenvolvimento da independência a todos os níveis em que se possa processar;*
- g) A preparação para uma adequada formação profissional e integração na vida ativa.”*

A LBSE, consolidada a 30 de agosto de 2005, Artigo 21º, n.º 6 refere ainda:

“As iniciativas de educação especial podem pertencer ao poder central, regional ou local ou a outras entidades coletivas, designadamente associações de pais e de

moradores, organizações cívicas e confessionais, organizações sindicais e de empresa e instituições de solidariedade social.”

Em 1994 é assinada a Declaração de Salamanca, inclusivamente por Portugal, que preconiza o ajustamento a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, económicas, linguísticas ou outras. Essa Declaração defende que as escolas devem ir ao encontro das necessidades dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, assegurando um bom nível de educação para todos (Dias et al, 2000).

A Declaração Universal dos Direitos humanos, no seu artigo nº26, documenta que “toda a pessoa tem direito à educação”, ou seja, todos têm direito à aprendizagem dentro do sistema nacional de educação. No sentido de consolidar uma política coerente de prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência e, para que seja possível fomentar a igualdade de oportunidades e melhor garantir os seus direitos, foi elaborada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta é uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde. A CIF acentua as capacidades das pessoas e os obstáculos que enfrentam, propondo que se trabalhe em simultâneo essas capacidades e as acessibilidades (em sentido amplo) aos recursos de instituições que deverão adaptar-se às necessidades dessas pessoas (Breia et al, 2008; CIF, 2004; Organização Mundial de Saúde, 2002).

Em Portugal, é publicado o Decreto-Lei n.º 3/2008 a fim de enquadrar legalmente “as respostas educativas a desenvolver no âmbito da adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente e das quais resultam

dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social” (Breia et al, 2008).

Esse documento legislativo pressupõe a referenciação das crianças e jovens que possam vir a necessitar de intervenções educativas no âmbito da educação especial (Breia et al, 2008; Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro).

A referenciação “consiste na comunicação / formalização de situações que possam indiciar a existência de necessidades educativas especiais de carácter permanente” (Breia et al, 2008). A referenciação deve ocorrer o mais precocemente possível, assinalando as limitações e os fatores de risco (Breia et al, 2008; Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro).

Em termos gerais, a referenciação deve refletir as preocupações referentes à criança ou jovem referenciado (Breia et al, 2008; Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro).

A referenciação deve ser efetuada quando existem fortes indicadores de que uma criança ou jovem necessita de uma resposta educativa no âmbito da educação especial (Breia et al, 2008; Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro).

Importa ressaltar a importância que se tem vindo a dar às reais necessidades e potencialidades da criança, sem nunca esquecer o papel da família e a delineação de planos com objectivos que deiam resposta a essas necessidades. Conforme Correia (2008, p.9):

“(…) a criança com necessidades educativas especiais real não se alimenta de sonhos, mas sim, de práticas educativas eficazes que têm sempre em linha de conta as suas capacidades e necessidades. É o conhecimento real que nos faz distinguir entre o que faz sentido e o que não faz, que nos faz sentir a verdadeira aceção dos termos necessidades educativas especiais.”

E como foi já referido anteriormente, NEE nem sempre significa deficiência física ou intelectual, afectando apenas os indivíduos até agora considerados casos típicos de Educação Especial. Qualquer pessoa pode necessitar de apoio suplementar para ultrapassar dificuldades na aprendizagem.

A EE baseia-se, pois, numa perspetiva de educação inclusiva, na qual se pretende promover a igualdade de oportunidades e de participação, para todos.

A EE não é um lugar mas um serviço, em que é reconhecido ao aluno com NEE o direito de usufruir de um conjunto de apoios apropriados às suas características e necessidades.

Assim, nos projetos educativos da escola devem constar as respostas específicas a implementar, as acessibilidades a efetuar mas também as parcerias a estabelecer para que a participação de todos os alunos com NEE esteja assegurada (Crespo *et al.*, 2008). A Terapia Assistida por Animais apresenta-se como uma estratégia de intervenção que, como vimos, beneficia o indivíduo com PD nos vários domínios (físico, psíquico social), desenvolvendo não só potências aos vários níveis como também restabelecendo funções do indivíduo. A TAA desenvolve as competências necessárias a aprendizagens, à adaptação ao contexto escolar e ao desenvolvimento intelectual do indivíduo que o prepara para a inclusão na sociedade. Como foi também referido, é por diversos factores, inclusivamente por existirem elementos sempre presentes neste tipo de terapia, como a motivação do utente e a interação com o profissional de saúde, que os objetivos são facilmente alcançados. Esta intervenção terapêutica pode ser realizada noutra local que não a escola, permitindo o estabelecimento de parcerias com outras Instituições.

No âmbito da EE, a articulação das escolas com instituições particulares de solidariedade social e centros de recursos especializados assume também extrema importância numa ótica de rentabilização de recursos (Crespo *et al.*, 2008).

Estes processos de cooperação e de parceria possibilitam aos agrupamentos de escolas uma maior qualidade e eficiência no que se refere às respostas a desenvolver para os alunos com NEE de carácter permanente desde o momento da referenciação até à conclusão da escolaridade ou à sua integração em áreas relacionadas com o emprego ou atividades ocupacionais. Estas parcerias facilitarão também a implementação de estratégias de suporte à família (Crespo *et al.*, 2008).

Atendendo a que cada indivíduo tem características distintas, devemos considerar que essas características se refletem na forma de aprendizagem, ou seja, cada aluno tem o seu próprio estilo de aprendizagem e, por isso, cada sala de aula terá uma diversidade própria. Por isso, podemos pensar num conceito mais alargado como o de necessidades educativas individuais.

Para Vygotsky, existe uma relação entre o desenvolvimento e a aprendizagem. O indivíduo vivencia um conjunto de experiências e opera sobre todo o material a que tem acesso. Deste modo, não apenas em contexto escolar, há uma construção de uma série de conhecimentos do mundo que o rodeia (Rego, 1999).

Deve apelar-se e valorizar-se o conhecimento de todos e de cada um, incentivando as suas contribuições para que a aprendizagem seja um processo social e dinâmico.

A EE procura formar personalidades emocionalmente estáveis, capazes de alcançar melhor qualidade de vida, não subjacente aos cuidados de terceiros. Estes alunos necessitam de apoio educativo diferenciado, com o objectivo de serem ajudados

no seu desenvolvimento e na sua aprendizagem, utilizando todo o seu potencial, para que possam viver como cidadãos ativos. Portanto, alunos com estes tipos de necessidades são susceptíveis de beneficiar de outros serviços educacionais e diferentes abordagens para o ensino.

A Alteração ao Decreto-Lei n.º 3/2008 institui que a EE tem por objetivos “a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional” (Assembleia da República, 2008).

Ora, a TAA pretende ser uma forma de atender às necessidades do maior número de indivíduos com NEE, desenvolvendo as suas capacidades cognitivas, sociais e físicas, contribuindo portanto para a sua e inclusão educativa e social e promovendo a saúde e bem-estar.

CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

1.1. Definição dos objetivos

Para compor o repertório desta investigação e exprimi-la de forma consistente e restrita, formularam-se objetivos de investigação.

Com este Projeto pretende-se estudar as seguintes dimensões:

- Estrutura e Organização das sessões terapêuticas (espaços, duração e intervalos);
- Competências desenvolvidas;
- Estratégias de intervenção utilizadas;
- Exercícios que os Profissionais de Saúde e os cuidadores considerem ser mais eficazes;
- Motivação para este tipo de terapia;
- Apoio financeiro a esta intervenção;
- Grau de satisfação;
- Ligação a outras Organizações.

Assim, será analisado de que forma a TAA pode contribuir para dinamizar áreas de competências associadas à comunicabilidade, capacidade relacional, aquisição de conhecimentos e imaginação de indivíduos com NEE.

1.2. Participantes

Pretendia-se que este estudo fosse realizado sobre a população de Organizações Privadas e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual em TAA em Portugal e por cuidadores de indivíduos que recorrem a essas terapias. Ou seja, solicitou-se que por cada Organização e / ou Profissional de Saúde que trabalha a nível individual fosse respondido um inquérito para o PS e um inquérito do Cuidador. Porém, nem todas / os responderam aos inquéritos.

Assim, a amostra de estudo foi constituída por cinco Profissionais de Saúde e dois cuidadores, um PS por cada uma das Organizações Privadas e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual, num universo que se calcula contar com sete Profissionais de Saúde que trabalham a título individual e / ou Organizações Privadas que recorrem a este método terapêutico no nosso País. Da mesma forma, os cuidadores inquiridos correspondem pois a diferentes Organizações Privadas e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual.

As Organizações e / ou Profissionais de Saúde que se teve conhecimento que trabalham em Terapias Assistidas por Cães em Portugal foram encontradas através de uma pesquisa exaustiva realizada via internet, visando os trabalhos académicos realizados no nosso País sobre esta temática, Escolas, portais de Associações de Perturbações do Desenvolvimento e através de redes sociais, contactos cedidos pelas Organizações Privadas e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual já conhecidas, etc.

1.3. Instrumentos

Para alcançar os objetivos pretendidos foram aplicados inquéritos, através de questões de resposta maioritariamente fechada, para que as respostas fossem mais objetivas e fosse mais fácil realizar o tratamento de dados.

Os inquéritos foram realizados pela mestranda e com pareceres consubstanciados das orientadoras, uma das quais realizando investigação e atuando em Terapia Assistida por Cães, não se tratando de uma PS. Os mesmos não foram submetidos à aprovação de uma Entidade uma vez que no nosso País as TAA não são reconhecidas cientificamente e não há nenhuma legislação que as regule.

Para a elaboração dos inquéritos baseou-se nas Perturbações do Desenvolvimento (PD) em estudo – Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Down e Paralisia Cerebral. Estas foram as PD escolhidas porque dentro das NEE, estas são algumas das mais comuns em Portugal.

O inquérito para os Profissionais de Saúde é constituído por 49 questões que pretende:

- Conhecer e compreender a estrutura das sessões de terapia;
- Conhecer e compreender as estratégias de intervenção que os Profissionais de Saúde desenvolvem;
- Conhecer a organização das sessões terapêuticas;
- Conhecer as competências a desenvolver;
- Avaliar a motivação;

- Identificar os condicionantes de acesso à terapia;
- Descrever a importância da terapia;
- Identificar a ligação a outras organizações;
- Identificar o grau de satisfação.

Dessas 49 questões, 17 são tópicos que irão ser avaliados numa escala Tipo Likert (1 a 5).

O inquérito para os cuidadores é constituído por 32 questões e objetiva:

- Conhecer a motivação;
- Conhecer as competências a desenvolver;
- Conhecer a organização das sessões terapêuticas;
- Identificar os condicionantes de acesso à terapia;
- Descrever a importância da terapia;
- Identificar o grau de satisfação.

Dessas 32 questões, 2 são tópicos que irão ser avaliados numa escala Tipo Likert, (1 a 5).

O inquérito a aplicar aos Profissionais de Saúde é distinto do inquérito a aplicar aos Cuidadores uma vez que as suas competências são também diferentes. Os questionários encontram-se em anexo.

1.4. Procedimentos

Foi realizada uma pesquisa documental referentes aos Profissionais de Saúde que trabalham a título individual e / ou Organizações Privadas para recolher dados sobre a sua natureza, objetivos, atividades e exercícios que praticam, de modo a conhecer o modo como atuam e há quanto tempo. Além disso, parte dos contactos com as Organizações Privadas e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual foram feitos telefonicamente ou via e-mail de forma a serem colocadas algumas questões referentes a aspetos que não eram conhecidos dessas Organizações e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual.

A recolha de informação sobre as práticas de cada um dos Profissionais de Saúde da amostra foi feita através da aplicação de um inquérito, praticamente apenas com componente de questões de resposta fechada, de modo que as respostas fossem objetivas. Do mesmo modo e pelas mesmas razões, foram aplicados inquéritos aos cuidadores.

O contacto com as Organizações e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual no sentido de colaborarem com o estudo, respondendo aos inquéritos, foi estabelecido primeiramente por telefone (nos casos em que foi possível), tendo sido enviada posteriormente uma exposição escrita através de e-mail, com os inquéritos anexos. As Organizações e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual serviram também de ponte de contacto para os cuidadores. As respostas aos inquéritos foram enviadas para a mestrandia também via e-mail.

Importa referir que não houve um incentivo para que os Profissionais de Saúde e os cuidadores respondessem aos inquéritos.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta é uma investigação descritiva pela exposição que é feita do trabalho que é realizado nesta área em Portugal, apresentando também uma componente quantitativa de tratamento de dados.

Relativamente aos inquéritos aos cuidadores, uma vez que apenas dois indivíduos responderam, os dados serão tratados de forma apenas qualitativa.

O Profissional de Saúde identificado como Profissional de Saúde 1 não respondeu às questões referentes às PD Autismo, Síndrome de Down e Síndrome de Asperger porque não tem experiência de trabalho com as mesmas.

Os Profissionais de Saúde 2 e 3 não responderam às questões 30, 31, 32 e 33, que eram as questões relativas ao número de casos a que se referem nas suas respostas aos inquéritos.

O Profissional de Saúde 3 não respondeu também à questão sobre o tipo de trabalho desenvolvido em articulação com outras Entidades.

O Profissional de Saúde 3 não respondeu ainda às questões de Likert que agrupam os resultados por perturbação do desenvolvimento porque considera que os resultados devem ser vistos caso a caso, ou seja, por indivíduo. Porém respondeu às outras questões que agrupam também os resultados por perturbação do desenvolvimento mas deixando a mesma observação. Pela mesma razão, o Profissional de Saúde 5 não respondeu às questões que agrupam os resultados por perturbação do desenvolvimento.

O Profissional de Saúde 2 não respondeu à questão 47.5 e o Profissional de Saúde 4 não respondeu à questão 44.4.

Nas questões referentes ao preço desta terapia (questões 23 e 24), o Profissional de Saúde 3 fez a observação de que depende dos profissionais envolvidos e da perturbação do desenvolvimento. Também na questão 23, o Profissional de Saúde 5 assinalou que se forem sessões particulares o valor é 5 euros mas se for para indivíduos provenientes de entidades de cariz social ou escolas é gratuito.

Todas estas notas foram tidas em consideração no estudo estatístico.

No caso da perturbação do desenvolvimento da Paralisia Cerebral, o número de sessões previstos pelos Profissionais de Saúde foi em 50 % dos casos “mais de 30”. Para as outras PD, o número de sessões previsto pelos Profissionais de Saúde foi em 66,7 % dos casos “entre 10 e 30”. Nenhum Profissional de Saúde indicou a opção “menos de 30”.

Na tabela seguinte são apresentados os resultados referentes aos exercícios desenvolvidos pelos profissionais de saúde em cada Perturbação do Desenvolvimento por percentagem, arredondada à unidade.

ATIVIDADE	(%)			
	Paralisia Cerebral	Autismo	Síndrome de Down	Síndrome de Asperger
Fazer festas ao cão	100	100	100	100
Escovar o cão	100	100	100	100
Alimentar o cão	75	100	100	100
Brincar com o cão	100	100	100	100
Andar com o cão	75	100	100	100
Correr com o cão	0	67	33	100
Dar ordens ao cão	50	67	67	100
Passear o cão	75	100	100	67
Elevar um membro para o cão passar por baixo	50	33	0	33
Outro(s)	75	33	67	33

Quadro 1: Exercícios desenvolvidos pelos profissionais de saúde em cada Perturbação do Desenvolvimento.

Em todas as PD, todos os Profissionais de Saúde consideram que o exercício mais eficaz é “fazer festas ao cão”. Na perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger consideram-se igualmente os exercícios “brincar com o cão” e “dar ordens ao cão”. Na perturbação do desenvolvimento Autismo, em 66,7% dos casos foram apontados também esses últimos exercícios.

No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, os exercícios que não são nomeados como mais eficazes são “correr com o cão” e “dar ordens ao cão”.

No que se refere à perturbação do desenvolvimento Autismo, os exercícios que não são nomeados como mais eficazes são “alimentar o cão”, “andar com o cão”, “correr com o cão”, “elevar um membro para o cão passar por baixo” e “outro(s)”.

No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, os exercícios que não são nomeados como mais eficazes são “correr o cão”, “elevar um membro para o cão passar por baixo” e “outro(s)”.

Para a perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, os exercícios que não são nomeados como mais eficazes são “andar com o cão”, “correr o com o cão” e “elevar um membro para o cão passar por baixo”.

Independentemente da perturbação do desenvolvimento, em média a duração das sessões é “menos de 60 minutos”. Apenas um dos Profissionais de Saúde aponta para uma duração diferente, “entre 60 e 90 minutos”.

Também apenas um Profissional de Saúde realiza intervalos nas sessões. Todos os outros nunca realizam intervalos.

Os Profissionais de Saúde efetuam sempre intervalos regulares entre as visitas, à exceção de um Profissional de Saúde que realiza por vezes.

Todos os Profissionais de Saúde executam as sessões “no interior, num espaço amplo” e “no exterior”. Apenas um profissional identificou a opção “no interior, num gabinete” e nenhum dos profissionais a opção “outro(s)”.

No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, 75% das respostas indicam que nem sempre é visível a preocupação com o bem-estar do animal, e, 66,7% das respostas para o Autismo, fornecem a mesma informação. Já no caso das PD Síndrome de Down e Síndrome de Asperger, 66,7% e 75% das respostas indicam que é visível essa preocupação.

Quanto ao apoio financeiro, 80% das Organizações e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual não usufruem de qualquer apoio e 20% sim. Embora apenas 1 Profissional de Saúde tenha assinalado que recebe apoio, foram dois os profissionais que designaram o tipo de apoio, que se traduz em um dos casos na ajuda de sócios e voluntários e no outro caso na cedência de instalações camarárias.

No que se refere ao custo de uma sessão, 2 Profissionais de Saúde indicaram que é entre 35,00€ e 50,00€ e 1 Profissional de Saúde declarou ser menos de 35,00€. No total, um acompanhamento desta natureza fica entre 250,00€ e 750,00€, de acordo com todos os Profissionais de Saúde.

A amostra foi unanime em responder que este é um tratamento que tem vindo a adquirir credibilidade na comunidade científica, embora um indivíduo tenha também respondido que é um tratamento com resultados reconhecidos. Relativamente à população em geral, 80% dos profissionais respondeu que é um tratamento que tem vindo a adquirir credibilidade e 20% respondeu que é um tratamento com resultados reconhecidos.

Na escala de utilizada (de 1 a 5), os Profissionais de Saúde classificaram com $M=4,80$ a satisfação com os resultados deste método terapêutico.

Relativamente à pergunta acerca do trabalho em articulação com outras Entidades que desenvolvem este tipo de terapia, as respostas foram muito dispersas: 1 não colabora com outras Entidades, 2 não colaboram mas tencionam, 2 colaboram por vezes e nenhuma colabora muitas vezes com outra Entidade. Quanto à forma como é efetuado esse trabalho, 20% respondeu “em parcerias e formações” e outros 20% responderam “na área de formação”.

33,3% da amostra trabalhou com 6 indivíduos com PC, 33,3% com 30 e 33,3% com 35 utentes com esta perturbação do desenvolvimento.

50% da amostra trabalhou com 2 indivíduos com Autismo e os outros 50% com 30.

50% da amostra trabalhou com 2 indivíduos com Síndrome de Down e os outros 15% com 30.

50% da amostra trabalhou com 1 indivíduo com Síndrome de Asperger e os outros 50% com 2.

No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, os profissionais classificaram com $M=4,70$, na escala de 1 a 5, o empenho que geralmente ocorre na realização das atividades e com $M=4,00$; $DP=0,00$ a evolução que ocorre ao nível do contacto com os profissionais ao longo do estudo.

No que se refere à perturbação do desenvolvimento Autismo, os profissionais classificaram com $M=4,00$, na escala de 1 a 5; $DP=0,00$ o empenho que geralmente ocorre na realização das atividades e com $M=4,00$; $DP=0,00$ a evolução que ocorre ao nível do contacto com os profissionais ao longo do estudo.

Relativamente às PD Síndrome de Down e Síndrome de Asperger, os profissionais classificaram com M=4,50, na escala de 1 a 5, tanto o empenho que geralmente ocorre na realização das atividades como a evolução que ocorre ao nível do contacto com os profissionais ao longo do estudo.

Na tabela seguinte são apresentadas as classificações atribuídas pelos profissionais de saúde no que concerne ao desenvolvimento que consideram que geralmente ocorre ao nível das competências dos indivíduos, para cada uma das PD. A classificação foi feita na escala de Likert, de 1 a 5 e os resultados foram arredondados à centena.

ATIVIDADE	Paralisia Cerebral		Autismo		Síndrome de Down		Síndrome de Asperger	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Realizar atividades de forma autónoma	3,00	1,73	4,00	0,00	4,50	0,71	4,50	0,71
Realizar atividades de forma responsável	4,00	1,00	3,50	0,71	4,50	0,71	3,50	0,71
Realizar atividades de forma criativa	3,33	0,58	4,00	1,41	4,50	0,71	3,50	0,71
Cooperar com os outros em tarefas comuns	4,33	0,58	4,00	0,00	5,00	0,00	4,00	0,00
Relacionar-se com o outro	4,67	0,58	4,50	0,71	5,00	0,00	4,50	0,71
Relacionar o corpo com o espaço	4,33	0,58	4,50	0,71	4,50	0,71	4,50	0,71

Quadro 2: Classificações atribuídas pelos profissionais de saúde relativamente ao desenvolvimento que ocorre em cada Perturbação do Desenvolvimento.

Na seguinte tabela são apresentadas as classificações atribuídas pelos profissionais de saúde relativamente à evolução que geralmente ocorre para cada uma das PD. A classificação foi feita na escala de Likert, de 1 a 5 e os resultados foram arredondados à centena. Note-se que no que se refere à Perturbação do Desenvolvimento SA, não há alterações a nível do foro cognitivo devido a esta ser uma perturbação que não verifica desordens a este nível.

TIPO DE EVOLUÇÃO	Paralisia Cerebral		Autismo		Síndrome de Down		Síndrome de Asperger	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Evolução do foro cognitivo	3,67	0,58	4,00	0,00	4,50	0,00		
Evolução do foro emocional	4,67	0,58	5,00	0,00	5,00	0,71	5,00	0,00
Evolução do foro social	5,00	0,00	5,00	0,00	5,00	0,00	5,00	0,00
Evolução da comunicação / linguagens	4,33	0,58	5,00	0,00	5,00	0,00	5,00	0,00
Evolução ao nível da motricidade global	4,67	0,58	4,00	0,00	4,00	0,00	4,50	0,71

Quadro 3: Classificações atribuídas pelos profissionais de saúde relativamente à evolução que ocorre em cada Perturbação do Desenvolvimento.

Responderam aos inquéritos para os Cuidadores, os Cuidadores de dois meninos com menos de 12 anos, ambos com Síndrome de Asperger.

Ambos os cuidadores responderam que o cão fazer parte da terapia foi um motivo que os levou a recorrer a este tipo de terapia. Outro motivo apontado por um dos cuidadores foi o insucesso com outros métodos terapêuticos. Na escala de Likert, de 1 a 5, ambos os cuidadores classificaram com 5 a motivação das crianças para participar nas sessões.

Os cuidadores responderam que tiveram conhecimento da TAA através de um familiar e / ou conhecido. Um dos cuidadores teve conhecimento deste tipo de terapia também através da internet.

As crianças mostravam sempre alegria e prazer ao realizar as atividades de TAA e fora das sessões de terapia as crianças mostravam sempre interesse em ver e estar com o cão. Fora das sessões de terapia as crianças mostravam-se por vezes preocupadas com o animal.

As dificuldades que essas crianças apresentavam e que se pretendiam ver minoradas eram a vários níveis:

	Domínio afetivo	Domínio cognitivo	Domínio Social	Domínio Psicomotor	Ao nível da motricidade global	Ao nível da linguagem / fala
Criança 1	X	X	X	X		X
Criança 2	X	X	X		X	X

Quadro 4: Dificuldades apresentadas pelas crianças e que se pretendiam ver minoradas.

Os exercícios que os cuidadores consideram que foram mais eficazes para as crianças foram os seguintes:

	Fazer festas ao cão	Escovar o cão	Alimentar o cão	Brincar com o cão	Andar com o cão	Correr com o cão	Dar ordens ao cão	Passear o cão	Outro(s)
Criança 1	X		X	X			X		
Criança 2	X		X	X	X		X		

Quadro 5: Exercícios mais eficazes para as crianças.

Os materiais necessários ao desenvolvimento destes exercícios estavam sempre disponíveis e era facultada aos cuidadores a possibilidade de assistirem sempre às sessões terapêuticas.

No quadro seguinte podemos visualizar as sessões a que era permitido os cuidadores assistirem e a quais efetivamente assistiram.

	CUIDADOR 1		CUIDADOR 2	
	Tipo de sessão a que o cuidador pôde assistir	Tipo de sessão a que o cuidador assistiu	Tipo de sessão a que o cuidador pôde assistir	Tipo de sessão a que o cuidador assistiu
Aquelas que são realizadas apenas com o profissional de saúde, sem o cão e sem a realização de exercícios físicos			X	X
Aquelas que são realizadas apenas com o profissional de saúde, sem o cão e com a realização de exercícios físicos	X	X	X	X
Aquelas que são realizadas com o profissional de saúde e com o cão			X	X

Quadro 6: Sessões permitidas aos cuidadores assistir e sessões frequentadas.

Na altura da aplicação do inquérito apenas uma das crianças se encontrava a realizar este tipo de terapia. A razão que o cuidador apontou para este trabalho não se encontrar a ser continuado foi “outra(s) razão(ões) de ordem pessoal”.

Não houve qualquer condicionamento ao recurso a esta terapia por parte do utente, não tendo existido qualquer tipo de apoio financeiro num dos casos e no outro caso tendo a Associação oferecido as terapias (utente 1). Aos cuidadores não foi dado qualquer tipo de apoio.

Ambos os cuidadores declararam terem ocorrido melhoras notórias nas competências das crianças, tendo sido identificado os domínios:

Nível	CRIANÇA 1	CRIANÇA 2
Habilidade de Comunicar	X	X
Motricidade Global	X	
Desenvolvimento Cognitivo	X	X
Outro(s)	X	

Quadro 7: Níveis de competências onde ocorreram melhoras notórias.

Um dos cuidadores voltaria a recorrer a este método terapêutico e o outro cuidador talvez. Porém, ambos aconselhariam este tipo de terapia. Também os dois cuidadores conversaram com a família e / ou amigos sobre esta terapia.

Na opinião dos cuidadores, as atividades desenvolvidas foram benéficas porque houve desenvolvimento de competências nas crianças a vários níveis:

Motivo	CRIANÇA 1	CRIANÇA 2
As competências sociais foram desenvolvidas	X	X
As competências físicas foram desenvolvidas	X	
As competências cognitivas foram desenvolvidas	X	X
Outras competências foram desenvolvidas		
Nenhumas competências foram desenvolvidas		

Quadro 8: Motivos apresentados referentes à satisfação dos cuidadores.

Ambos os cuidadores são da opinião que este é um método que tem vindo a adquirir credibilidade na comunidade científica. Já no que se refere à população em geral, um cuidador aponta para ser um tratamento com resultados reconhecidos (cuidador 1) e o outro cuidador para “um tratamento que tem vindo a adquirir credibilidade”.

No que concerne ao grau de satisfação com os resultados deste método terapêutico, na escala de Likert, um dos cuidadores classificou 5 e o outro cuidador 4.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Profissional de Saúde que aponta para uma duração das sessões entre 60 e 90 minutos, indica que não são realizados intervalos nas sessões, pelo que, à luz do que foi visto na revisão bibliográfica, o animal pode experimentar stress e o seu trabalho pode tornar-se desgastante (Beck & Katcher, 2003; Braun, Stangle, Narveson & Pettingell, 2009; Cheyenne in King, Watters & Mungre, 2011), comprometendo também a terapia, uma vez que não estão a ser cumpridas as regras internacionais sobre o uso de animais em TAA por este PS. Como este método não é muito conhecido em Portugal e como não há uma legislação que o regule, este tipo de situação é proporcionado.

Em caso algum os Profissionais de Saúde responderam não ser visível a preocupação do utente com o bem-estar do animal, o que poderá denotar a empatia

criança-cão referenciada na literatura, além de que essa relação se estabelece espontaneamente, como foi também visto.

20% das Entidades inquiridas, o que se traduz em apenas 1, usufruem de apoio financeiro no nosso País, o que reflete o seu desconhecimento em Portugal. Ora, o facto de não existirem incentivos financeiros para o crescimento desta área no nosso País, não estimula o seu desenvolvimento.

Porém, este tipo de terapia, e, de acordo com os resultados, começa a ser visto com credibilidade, quer pela comunidade científica, quer pela população em geral, e os profissionais encontram-se satisfeitos com os resultados, o que é uma fonte de motivação à continuação do trabalho dos profissionais de saúde e investigadores que se encontram a trabalhar em TAA.

Por outro lado, se as Organizações e / ou Profissionais de Saúde que trabalham a título individual colaborassem mais uns com os outros, talvez a investigação nas TAA já tivesse evoluído mais, à semelhança do que tem vindo a acontecer noutros Países como é o caso de Espanha e Brasil.

O número de utentes que realizaram terapia assistida pelo cão com estes Profissionais de Saúde sugere que este é um método que começa a ser utilizado no nosso País.

A classificação atribuída pelos Profissionais de Saúde no empenho das atividades por parte dos indivíduos, independentemente da perturbação do desenvolvimento, mostra que estes se encontram motivados, e, a classificação atribuída à evolução que ocorre ao nível do contacto entre os profissionais e os utentes, demonstra que o animal é um excelente mediador, como tinha já sido referenciado na

literatura. Ou seja, a relação entre o indivíduo e o cão é criada espontaneamente, a presença do cão faz com que o indivíduo seja um participante voluntário no processo e auxilia a estabelecer uma relação com o profissional de saúde.

No que concerne ao desenvolvimento que os Profissionais de Saúde consideram que geralmente ocorre ao nível das competências dos utentes, os resultados são muito positivos, à exceção do caso da PD Paralisia Cerebral, em que não se denota que este tipo de terapia contribua de forma efetiva para a realização de atividades de forma autónoma ou para a realização de atividades de forma criativa.

Relativamente à evolução que os Profissionais de Saúde consideram que ocorre nas várias PD em estudo, os resultados foram excelentes, na medida em que de uma forma geral os resultados andaram à volta da classificação máxima, merecendo este método terapêutico o seu reconhecimento.

Estes dados corroboram a revisão bibliográfica, visto que verificam que ocorre um desenvolvimento de competências nos níveis físico, psíquico e social, em todas as perturbações do desenvolvimento. Os resultados indicam que houve melhorias ao nível da comunicação, mobilidade e autonomia, desenvolvendo as suas habilidades de aprendizagem, o que vai de encontro aos objetivos da EE. Neste estudo observa-se ainda que a TAA desenvolve as capacidades de participação social e as competências de relacionamento interpessoal.

No que se refere ao inquérito do cuidador, não se obteve o número de respostas pretendidas, e ainda assim foi muito difícil conseguir as respostas aos inquéritos. Não foram apontadas razões, pelo que se depreende estar relacionado com o mesmo motivo

pelo qual de um modo geral foi também muito difícil conseguir as respostas dos Profissionais de Saúde, ou seja, falta de disponibilidade de tempo.

Na opinião dos dois cuidadores, as crianças estavam muito motivadas para participar nas sessões de terapia, tendo ambos atribuído a classificação máxima da escala de Likert. De acordo com a literatura, o cão é um elemento que confere às sessões de terapia um ambiente lúdico, o que poderá explicar a motivação das crianças para este tipo de terapia.

O facto de ambos os cuidadores terem tido conhecimento da TAA através de um familiar e / ou conhecido mostra que este tipo de terapia começa já a ser conhecido no nosso País.

Como as crianças mostravam sempre alegria e prazer ao realizar as atividades de TAA e fora das sessões de terapia manifestavam interesse em ver e estar com o cão, denota-se que as crianças estavam motivadas para este tipo de terapia, corroborando o que foi referenciado.

As crianças manifestarem por vezes a sua preocupação com o animal fora das sessões de terapia, indica que se criaram laços entre a criança e o animal e que a TAA desenvolve o sentido de responsabilidade, como foi também visto na revisão bibliográfica.

Uma vez que era permitido aos cuidadores destas crianças estarem presentes nas sessões, este poderá ter sido mais um fator que facilitou as crianças sentirem-se confortáveis. Também o facto dos cuidadores terem assistido às sessões mostra o seu envolvimento neste tipo de terapia o que é também coadjuvante para que as crianças obtenham bons resultados.

Visto que na altura da resposta do inquérito do cuidador uma das crianças ainda se encontrava a frequentar a terapia assistida por cães e que a razão apontada para a outra criança na altura já não se encontrar a frequentar este tipo de terapia não estar relacionada com uma insatisfação no que se refere aos resultados da terapia, conclui-se que os cuidadores estão satisfeitos com este método terapêutico.

O facto de nenhum dos cuidadores ter apresentado qualquer condicionamento à realização da terapia, denota que não houve dificuldade em realizar as sessões e mais uma vez que as crianças estavam motivadas.

Os cuidadores apontam melhoras notórias nas competências das crianças, a mais do que um nível. Como foi visto anteriormente, este tipo de intervenção com o cão desenvolve as habilidades motoras dos indivíduos através dos exercícios especificamente desenhados para cada um e é uma fonte de inspiração para o indivíduo, ajudando-o a solucionar problemas do quotidiano.

Os cuidadores justificaram ainda ser da opinião de que este tipo de terapia é benéfico através da identificação de mais de um nível de desenvolvimento de competências, aconselhando ambos este método de terapia.

Ambos os cuidadores mostraram-se satisfeitos no que concerne ao contentamento com os resultados deste método de intervenção.

Podia ter sido mais particular no estudo das competências desenvolvidas mas sendo complicado agrupar os resultados da terapia por PD porque cada caso é um caso, sobretudo na perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral em que existem vários graus de severidade, não foram especificadas outras competências.

O possível impacto deste estudo poderá ter influenciado as respostas relacionadas com o sucesso deste método terapêutico, uma vez que este é um tema ainda pouco estudado e reconhecido no nosso País.

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje reconhece-se e aceita-se que a criança deficiente, assim como qualquer outra criança, tem todo o direito de se sentir física, social e emocionalmente como parte do seu contexto, mesmo porque cada um, fruto da sua unicidade e das suas características pessoais, tem necessidades e potencialidades que, num ou noutro momento o podem favorecer ou limitar em qualquer situação ou realidade.

Defendendo um ensino inclusivo, é extremamente importante que a comunidade educativa esteja preparada para receber e trabalhar com crianças ditas “diferentes”. Assim, apela-se à sensibilização da sociedade em geral para esta realidade, à formação dos profissionais da comunidade educativa e ao estudo e integração de novos métodos que possam servir esses alunos, como a TAA.

Do ponto de vista médico, quanto mais precocemente for feito o diagnóstico, melhor o prognóstico em termos evolutivos, e nem todas as limitações são em muitos casos definitivas ou irreversíveis, pelo que se deve atuar o quanto antes.

Os resultados apontam para a TAA como um método que promove a qualidade de vida desses indivíduos, com melhorias na sociabilização e humor, aumento da motivação, autonomia, determinação e desenvolvimento da sua organização cognitiva temporal e da fala, capaz de atender às suas necessidades e demandas específicas. Observou-se que a TAA estimula e promove a aprendizagem e a participação de indivíduos com NEE.

A educação deve ser vista como um processo contínuo e global que necessita de diversas formas de estudo para o seu aperfeiçoamento.

O facto das TAA integrarem uma componente lúdica e o cão evocar emoções, possibilita mais facilmente o alcance dos objetivos definidos, visto que o indivíduo está à partida mais motivado e atento, e há uma maior interação com o terapeuta (Vivaldini, 2011).

Este estudo qualitativo consiste num esforço para prover um formato objetivo na avaliação da terapia assistida por cães uma vez que esta é uma área do conhecimento pouco explorada em Portugal e com benefícios reconhecidos em muitos outros Países. Além disso, estudos sugerem que este tipo de terapia pode ser visto como uma estratégia privilegiada do desenvolvimento de competências sociais e controle saudável afetivo-social.

Claramente recorreremos cada vez mais ao cão e para atender as mais variadas necessidades do ser humano. Esta técnica só acarreta efeitos nefastos para o animal se não forem cumpridas as regras para utilização de um cão de terapia, já referidas anteriormente, como a realização de pausas regulares nas sessões, o cuidado para que estes não sofram maus tratos, assim como todas as necessidades básicas do animal devem estar garantidas, inclusivamente a socialização com outros cães. Porém, como foi visto na revisão bibliográfica, existem vários estudos onde os cães são prejudicados por serem usados nas TAA, o que poderá estar ainda relacionado com o facto de não existir em muitos Países um reconhecimento científico desta técnica de intervenção e como tal não existirem normas legisladas. Note-se que também não é universal a terminologia usada nas IAA, o que pode dificultar a perceção de alguns critérios.

É importante salientar que este método terapêutico é aceite por pessoas de todas as idades e para diversos fins, o que lhe confere uma ampla aplicação.

A TAA não pretende substituir a fisioterapia convencional, a terapia da fala ou a psicoterapia mas sim ser uma outra ferramenta de trabalho para os profissionais que exercem essas atividades na área da saúde.

É necessário que seja realizada mais investigação para alcançar o escopo dos benefícios deste tipo de terapia e também para que sejam reconhecidos os seus resultados. Para tal, deve ocorrer uma aproximação entre profissionais de várias áreas como veterinários, biólogos, psicólogos, treinadores e Profissionais de Saúde. É ainda importante referir a fundamental colaboração que deve existir entre profissionais, cuidadores e cientistas para que os planos de ação elaborados sejam os melhores para o desenvolvimento das capacidades dos indivíduos. É essencial implementar um trabalho de cooperação e colaboração dos profissionais de educação para que se consiga dar uma resposta mais eficaz às necessidades educativas de todos num contexto de educação inclusiva e portanto em conjunto com outras entidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, K. L., & Olsonf, M. R. (2006). The value of a dog in a classroom of children with severe emotional disorders. *Anthrozoos*, 19(1).
- American Psychological Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*.
- Assembleia da República. (14 de outubro de 1986). Lei n.º 46/86. *Lei de Bases do Sistema Educativo*.
- Assembleia da República. (30 de agosto de 2005). Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto. *Lei de Bases do Sistema Educativo*.
- Assembleia da República. (12 de maio de 2008). Lei n.º 21/2008.
- Barker, S. B., Knisely, J. S., McCain, N. L., Schubert, C. M., & Pandurangi, A. K. (2010). Exploratory Study of Stress-Buffering Response Patterns from Interaction with a Therapy Dog. *Anthrozoös*. VOLUME 23, ISSUE 1. PP. 79–91. UK : ISAZ.
- Beck, A. M., & Katcher, A. H. (2003). *Future Directions in Human-Animal Bond Research*.
- Beck, A., & Katcher, A. (1996). *Between Pets and People: The Importance of Animal Companionship*. West Lafayette. Purdue University Press.
- Berger Faraco, C., Pizzinato, A., Casser Csordas, M., Calesso Moreira, M., Scherer Zavaschi, M. L., Santos, T., . . . Moraes Menti, L. d. (2009). *Terapia mediada por animais e saúde mental: um programa no Centro de Atenção Psicossocial da*

Infância e Adolescência em Porto Alegre - TAA Parte III. Redalyc. Saúde Coletiva. Brasil: Editorial Bolina.

Blascovi-Assis, S. M. (2008). Avaliação do equilíbrio estático de crianças e adolescentes com síndrome de Down. Static balance assessment among children and adolescents with Down syndrome.

Braun, C., Stangle, T., Narveson, J., & Pettingell, S. (2009). Animal-assisted therapy as a pain relief intervention for children. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 105 - 109. Elsevier Lda.

Breia, G., Cavaca, F., Correia, C., Crespo, A., Croca, F., & Micaelo, M. (2008). Educação Especial. Manual de Apoio à Prática. Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.

Brodie, S. J., Biley, F. C., & Shewring, M. (2002). An exploration of the potential risks associated with using pet therapy in healthcare settings. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 444–456. Blackwell Science Lda.

Caetano, E. C. (junho de 2010). As contribuições da TAA – Terapia Assistida por Animais à Psicologia. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel, no curso de Psicologia. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma.

Capote, P. (2009). Terapia Assistida por Animais (TAA) e Deficiência Mental: Análise do Desenvolvimento Psicomotor. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial.

- Chandler, C. (2001). *Animal-Assisted Therapy in Counseling and School Settings*.
ERIC Digest.
- Colosio, S. A. (2009). *Avaliação de alterações de comportamento em crianças de uma creche após uso da Terapia Assistida por Animais*. Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Título de Psicólogo. Faculdades Integradas Fafibe. Bebedouro.
- Correia, L. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais*. Porto Editora.
- Correia, L. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: um guia para educadores e professores*. 2ª Edição: revista e ampliada. Porto: Porto Editora.
- Crawford, E. K., Worsham, N. L., & Swinehart, E. R. (2006). Benefits derived from companion animals, and the use of the term “attachment”. *Anthrozoös*, 19(2).
- Crespo, A., Correia, C., Cavaca, F., Croca, F., Breia, G., & Micaelo, M. (2008). *Educação Especial - Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. (10 de dezembro de 1948).
- Dias, H. L. (2000). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Plátano Edições Técnicas.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- Dissertações. *Distúrb Comun*, pp. 239-245. (agosto de 2011).

- Endenburg, N., & Lith, H. A. (2011). The influence of animals on the development of children. *The Veterinary Journal* 190, 208–214. Elsevier.
- Fine, A. H. (2000). *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. Elsevier.
- Fleisher, M. (2006). *Survival Strategies for People on the Autism Spectrum*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Folly, D. S., & Rodrigues, M. d. (2010). O fazer do psicólogo e a Síndrome de Down: uma revisão de literatura. *Psicologia da Educação*, pp. 9-23. São Paulo.
- Fontes, R. M. (julho de 2009). Aspectos da pragmática da comunicação em crianças com Síndrome de Asperger. Tese de Mestrado em Educação. Área de especialização em Formação Psicológica de Professores. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.
- Fred R. Volkmar, R. P. (2005). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Wiley.
- George Henderson, W. V. (2011). *Psychosocial Aspects of Disability*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher, Ltd.
- González, M. (2003). Educação Inclusiva: uma escola para todos. Em L. Correia (2003). *Educação Especial e Inclusão: quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto: Porto Editora.
- Guerra Zago, L., Varela Finger, A., & Kintschener, F. M. (Julho de 2011). A influência da terapia assistida por animais na funcionalidade de uma criança com diplegia espástica: um estudo de caso. São Paulo, Brasil. Redalyc.

- Hart, L. A. (2011). *Applied Animal Behaviour Science* 129, 57-58. California, United States: Elsevier.
- Haubenhofner, D. K., & Kirchengast, S. (2007). Dog Handler' and Dogs' Emotional and Cortisol Secretion Responses Associated with Animal-Assisted Therapy Session. In *Society and Animals* (pp. 127 - 150).
- Haubenhofner, D. K., & Kirchengast, S. (2010). Physiological Arousal for Companion Dogs Working With Their Owners in Animal-Assisted Activities and Animal-Assisted Therapy. *Journal of Applied Animal Welfare Science*.
- Heimlich, K. (2001). Animal-Assisted Therapy and the Severely Disabled Child: A Quantitative Study. *Journal of Rehabilitation*.
- Heredia Vivaldini, V., & Barros de Oliveira, V. (Julho - Dezembro de 2011). Terapia assistida por animais em reabilitação clínica de pessoas com deficiência intelectual. São Paulo, Brasil.
- Hermendes, R. S. (2010). Um indivíduo com Síndrome Asperger. Estudo de caso a partir de análise das produções de actividades expressivas pelas trilhas associativas.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinchcliffe, A. (2007). *Children with Cerebral Palsy*. New Delhi, Thousand Oaks, London: SAGE Publications.
- Johns, R. (2010). Likert Items and Scales . University of Strathclyde.

- Kaminski, M., Pellino, T., & Wish, J. (2010). Play and Pets: The Physical and Emotional Impact of Child-Life and Pet Therapy on Hospitalized Children. *Children's Health Care*, 31(4), 321–335.
- King, C., Watters, J., & Mungre, S. (2011). Effect os a time-out session with working animal-assisted therapy dogs. *Journal of Veterinary Behavior*, 232 - 238.
- Knisely, J. S., Barker, S. B., & Barker, R. T. (s.d.). Research on Bnefits of Canine-Assisted Therapy for Adults in Nonmilitary Settings.
- Kobayashi, C. T., Ushiyama, S. T., Fakh, F. T., Robles, R. A., Carneiro, I. A., & Carmagnani, M. I. (jul-ago de 2009). Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário. Development and implementation of Animals-Assisted Therapy in a university hospital. Desarrollo y aplicación de la Terapia Asistida por Animales en el hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEEn*. 62(4). 632-6. Brasília .
- Leitão, F. (2000). Aprendizagem cooperativa e inclusão. Em A. Estrela e J. Ferreira (2000). *Diversidade e diferenciação pedagógica*. Lisboa: AFIRSE.
- Levinson, B. M. (1965). Pet Psychotherapy: Use of Household Pets in the Treatment of Behavior Disorder in Childhood.
- Levinson, B. M. (1971). Household Pets in Trainig Schools Serving Delinquent Children.
- Lima, M., & de Sousa, L. (2004). A Influência Positiva dos Animais de Ajuda Social. *Interacções* nº6. pp.156-174.

- Lima, M., Silva, K., Magalhães, A., Amaral, I., & Sousa, d. L. (2011). Are dogs stimulant? Looking for effective sensory inputs for children with intellectual and multiple disabilities. *Journal of Veterinary Behaviour*.
- Machado, J. D., Rocha, J. R., Santos, L. M., & Piccinin, A. (2008). Terapia Assistida por Animais (TAA). Revista científica eletrônica de medicina veterinária. Ano VI. Número 10. Editora FAEF.
- Mallon, G. P. (abril de 1994). Some of Our Best Therapists Are Dogs. *Child & Youth Care Forum*, 23(2). New York: Human Sciences Press, Inc.
- Martins Fosco, M., Rodrigues Ribeiro, P., Henriques de Almeida Ferraz, F., Freitas Junior, R. d., Martin, D. W., Sotello Raymundo, C., & Dinola Pereira, C. A. (2009). Aplicação da terapia assistida (TAA) por animais no tratamento de crianças portadoras de paralisia cerebral - TAA - Parte I. Brasil: Editorial Bolina.
- Martins, S. d. (2009). Interação Social em Jovens com Síndrome de Asperger. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Pós-Graduação em Educação Especial.
- Mascarenhas, Â. M. (setembro de 2010). Educação Assistida por Animais - Intervenção em crianças com alterações de comportamento. Porto.
- Mendes, A. R. (2011). Aplicação da CCC-P (Checklist da Comunicação da Criança) em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.
- Mills, J. T., & Yeager, M. A. (s.d.). Definitions of Animals Used in Healthcare Settings.
- Ministério da Educação. (23 de agosto de 1991). Decreto-Lei n.º 319/91.

- Ministério da Educação. (7 de janeiro de 2008). Decreto-Lei n.º 3/2008.
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Anthrozoös*. Volume 20, ISSUE 3. PP 225 – 238. UK: ISAZ.
- O’Haire, M. E. (2012). Animal-Assisted Intervention for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Literature Review. *J Autism Dev Disord*. 43:1606–1622. Australia.
- Odendaal, J. S. (2000). Animal-assisted therapy - magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 275 - 280. Elsevier.
- Odendaal, J. S., & Meintjes, R. A. (2003). Neurophysiological Correlates of Affiliative Behavior between Humans and Dogs. *The Veterinary Journal*, 165. 296 - 301.
- Oliveira, G. R. (2010). A interação fonoaudiólogo paciente-cão: efeitos na comunicação de pacientes idosos. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Fonoaudiologia.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Beginner’s Guide – Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF*.
- Peixoto, T. C. (2008). Efeitos de um programa de Actividade Física na Composição Corporal, Perfil Lipídico e Tensão Arterial em indivíduos com Síndrome de Down. Universidade do Porto. Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre.
- Pereira, M. M. (2009). Habilidade Pragmática e Síndrome de Down. Pragmatic ability and Down’s syndrome.
- Pérez, J. M., González, P. M., Comi, M. L., & Nieto, C. (2007). *New Developments in Autism*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Redefer, L. A., & Goodman, J. F. (1989). Brief Report: Pet-Facilitated Therapy With Autistic Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 19, No. 3, 461-467. Plenum Publishing Corporation.

Rego, T. C. (1999). *Uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Editora Vozes.

Rubim, D. (2009). Pais de alunos com Síndrome de Down: Significados atribuídos à Inclusão Escolar e Expectativa de Escolarização.

Sanches, I. (2005). Comportamentos e estratégias de atuação de atuação na sala de aula. Porto: Porto Editora.

Santos, F. &. (s.d.). A Linguagem no Síndrome de Asperger.

Serpell, J. A. (2000). *Animal Companions and Human Well-Being: An Historical Exploration of Value of Human-Animal Relationship*. Academic Press.

Shubert, J. (April - June de 2012). Dogs and Human Health/Mental Health: From the Pleasure of Their Company To the Benefits of Their Assistance.

Silva, K., Correia, R., Lima, M., Magalhães, A., & de Sousa, L. (2011). Can Dogs Prime Autistic Children for Therapy? Evidence from a Single Case Study? *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 655 - 659. Volume 17, Number 7, pp. 655-659.

Solomonon, O. (2010). What a Dog Can Do: Children with Autism and Therapy Dogs in Social Interaction. *Journal of the Society for Psychological Anthropology*, Vol. 38, Issue 1, pp. 143–166. ETHOS.

Sônia Maria Prianti, A. C. (s.d.). A Psicomotricidade Utilizando a Terapia Assistida por Animais como Recurso em Adolescente Down: Um Estudo de Caso. XI

Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba.

Vaccari, A. M., & Almeida, F. d. (2007). The importance of pets' visit in recovery of hospitalized children. 5(2):111-116. einstein.

Villalta-Gil, V., Roca, M., Gonzalez, N., Domènec, E., Cuca, Escanilla, A., . . . group, S.-C. (2009). Dog-Assisted Therapy in the Treatment of Chronic Schizophrenia Inpatients. *Anthrozoos*. Volume 22, ISSUE 2. PP. 149-159. UK: ISAZ.

Vivaldini, V. H. (2011). *Terapia Assistida por Animais: Uma Abordagem Lúdica Em Reabilitação Clínica De Pessoas Com Deficiência Intelectual*. Dissertação para obtenção do título de Grau de Mestre em Psicologia da Saúde .

Vormbrock, J. K., & Grossberg, J. M. (1988). Cardiovascular Effects of Human-Pet Dog Interactions. *Journal of Behavioral Medicine, Vol. 11, No. 5*, Vol. 11, No. 5. Plenum Publishing Corporation.

Animal Behavior Intitute. (2013). Retirado de <http://www.animaledu.com/>

Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual. (2012). Retirado de <http://www.aepccc.es/>

Associação Cães Amigos. (2013). Retirado de <http://caesamigos.com/>

Associação de Pais e Encarregados de Educação de Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo. (2013). Retirado de <http://www.apeeautismo.org.pt/>

Associação Portuguesa para a Intervenção com Animais de Ajuda Social. (s.d). Retirado de <http://www.animaspt.org/>

Associação Vinculum Animal. (2012). Retirado de <http://www.vinculumanimal.com/>

Bocalán. (2013). Retirado de <http://www.bocalan.es/>

Centro Doggy Club. (2013). Retirado de <http://www.doggyclub.com/>

Centro de Terapia Assistida com Animales TAA. (s.d.). Retirado de <http://www.bocalangolondrinas.org/>

Centre de Teràpies Assistides amb Cans. (2010). Retirado de <http://www.ctac.cat/portal/>

Federation of European Companion Animal Veterinary Associations. (2011) Retirado de <http://www.fecava.org/>

Fundación Affinity. (2009). Retirado de <http://www.terapiaconanimales.com/>

Green Savers. (2013). Retirado de <http://greensavers.sapo.pt/>

Institut de Zoothérapie du Québec. (2013). Retirado de <http://www.institutdezootherapie.qc.ca/quebec/>

Instituto Nacional para a Reabilitação. (s.d.). Retirado de <http://www.inr.pt/>

Instituto para Atividades, Terapias e Educação Assistida por Animais de Campinas. (2012). Retirado de <http://ateac.org.br/>

International Association of Human-Animal Interactions. (2013). Retirado de <http://www.iahaio.org/>

International Society for Animal-Assisted Therapy. (2010). Retirado de <http://www.aat-isaat.org/>

MSD Saúde Animal. (2009). Retirado de <http://www.msd-saude-animal.com.br/>

Pet Partners. (2012). Retirado de <http://www.petpartners.org/>

Projecto de Apoio a Vítimas Indefesas. (s.d.). Retirado de <http://pravi.org/>

Rede Nacional de Atividade, Terapia e Educação Assistida por Animais. (2013).
Retirado de <http://www.reataa.com.br/>

Therapy Dogs International. (2013). Retirado de <http://www.tdi-dog.org/>

Universidad Buenos Aires. (s.d). Retirado de <http://www.fvet.uba.ar/#>

II Simpósio Internacional de Atividade, Terapia e Educação Assistida por Animais
(2013). Retirado de <http://www.sintaa.com.br/>

ANEXO I – INQUÉRITO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

INQUÉRITO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Pedimos a sua colaboração para o preenchimento de um inquérito que se insere num estudo realizado no âmbito do Mestrado em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor, da Universidade de Évora, com vista à obtenção do Grau de Mestre.

Este inquérito pretende estudar as terapias com recurso ao cão como estratégia de intervenção em pessoas com necessidades educativas especiais. **Assim, gostaríamos que respondesse tendo apenas em atenção esses casos.** Ao longo do inquérito serão realizadas questões relacionadas com várias perturbações do desenvolvimento. **Por favor responda apenas às questões referentes às perturbações do desenvolvimento dos utentes com quem trabalhou.**

Serão realizados inquéritos em várias organizações portuguesas que realizam terapias com pessoas com necessidades educativas especiais, recorrendo ao cão. **As respostas serão anónimas e os resultados serão apresentados apenas de forma agregada na dissertação de mestrado.**

O preenchimento do inquérito demora cerca de 10 minutos e a sua colaboração é fundamental.

Se tiver dúvida(s) relacionada(s) com o preenchimento do inquérito, pode contactar-me através do e-mail anaritabgsf@gmail.com.

Agradecemos desde já o seu precioso contributo.

I - ESTRATÉGIAS E ESTRUTURAÇÃO DAS SESSÕES TERAPÊUTICAS

1. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, indique o número de sessões previsto.

1.1. Menos de 10.

1.2. Entre 10 e 30.

1.3. Mais de 30.

2. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, indique o número de sessões previsto.

2.1. Menos de 10.

2.2. Entre 10 e 30.

2.3. Mais de 30.

3. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, indique o número de sessões previsto.

3.1. Menos de 10.

3.2. Entre 10 e 30.

3.3. Mais de 30.

4. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, indique o número de sessões previsto.

4.1. Menos de 10.

4.2. Entre 10 e 30.

4.3. Mais de 30.

5. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, identifique os exercícios que desenvolve.

5.1. Fazer festas ao cão.

5.2. Escovar o cão.

5.3. Alimentar o cão.

5.4. Brincar com o cão.

5.5. Andar com o cão.

5.6. Correr com o cão.

5.7. Dar ordens ao cão.

5.8. Passear o cão.

5.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

5.10. Outro(s).

6. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, identifique os exercícios que desenvolve.

6.1. Fazer festas ao cão.

6.2. Escovar o cão.

6.3. Alimentar o cão.

6.4. Brincar com o cão.

6.5. Andar com o cão.

6.6. Correr com o cão.

6.7. Dar ordens ao cão.

6.8. Passear o cão.

6.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

6.10. Outro(s).

7. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, identifique os exercícios que desenvolve.

7.1. Fazer festas ao cão.

7.2. Escovar o cão.

7.3. Alimentar o cão.

7.4. Brincar com o cão.

7.5. Andar com o cão.

7.6. Correr com o cão.

7.7. Dar ordens ao cão.

7.8. Passear o cão.

7.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

7.10. Outro(s).

8. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, identifique os exercícios que desenvolve.

8.1. Fazer festas ao cão.

8.2. Escovar o cão.

8.3. Alimentar o cão.

8.4. Brincar com o cão.

8.5. Andar com o cão.

8.6. Correr com o cão.

8.7. Dar ordens ao cão.

8.8. Passear o cão.

8.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

8.10. Outro(s).

9. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, identifique o(s) exercício(s) que considera ser(em) mais eficaz(es).

9.1. Fazer festas ao cão.

9.2. Escovar o cão.

9.3. Alimentar o cão.

9.4. Brincar com o cão.

9.5. Andar com o cão.

9.6. Correr com o cão.

9.7. Dar ordens ao cão.

9.8. Passear o cão.

9.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

9.10. Outro(s).

10. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, identifique o(s) exercício(s) que considera ser(em) mais eficaz(es).

10.1. Fazer festas ao cão.

10.2. Escovar o cão.

10.3. Alimentar o cão.

10.4. Brincar com o cão.

10.5. Andar com o cão.

10.6. Correr com o cão.

10.7. Dar ordens ao cão.

10.8. Passear o cão.

10.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

10.10. Outro(s).

11. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, identifique o(s) exercício(s) que considera ser(em) mais eficaz(es).

11.1. Fazer festas ao cão.

11.2. Escovar o cão.

11.3. Alimentar o cão.

11.4. Brincar com o cão.

11.5. Andar com o cão.

11.6. Correr com o cão.

11.7. Dar ordens ao cão.

11.8. Passear o cão.

11.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

11.10. Outro(s).

12. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, identifique o(s) exercício(s) que considera ser(em) mais eficaz(es).

12.1. Fazer festas ao cão.

12.2. Escovar o cão.

12.3. Alimentar o cão.

12.4. Brincar com o cão.

12.5. Andar com o cão.

12.6. Correr com o cão.

12.7. Dar ordens ao cão.

12.8. Passear o cão.

12.9. Elevar um membro para o cão passar por baixo.

12.10. Outro(s).

II - ORGANIZAÇÃO DAS SESSÕES TERAPÊUTICAS

13. Em média, qual a duração dessas sessões?

13.1. Menos de 60 minutos.

13.2. Entre 60 e 90 minutos.

13.3. Mais de 90 minutos.

14. As sessões têm intervalos?

14.1. Não.

14.2. Por vezes.

14.3. Sim.

15. O intervalo entre as visitas é regular?

15.1. Não.

15.2. Por vezes.

15.3. Sim.

16. Por favor indique em que local(is) são realizadas as sessões de terapia. Pode seleccionar mais do que uma opção.

16.1. No interior, num gabinete.

16.2. No interior, num espaço amplo.

16.3. No exterior.

16.4. Outro(s).

III - MOTIVAÇÃO

17. Por norma, no caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, é visível a preocupação com o bem-estar do animal?

17.1 Não.

17.2 Por vezes.

17.3 Sim.

18. Por norma, no caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, é visível a preocupação com o bem-estar do animal?

18.1 Não.

18.2 Por vezes.

18.3 Sim.

19. Por norma, no caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, é visível a preocupação com o bem-estar do animal?

19.1 Não.

19.2 Por vezes.

19.3 Sim.

20. Por norma, no caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, é visível a preocupação com o bem estar do animal?

20.1 Não.

20.2 Por vezes.

20.3 Sim.

IV – ACESSO À TERAPIA

21. A Vossa Organização usufruiu de algum tipo de apoio financeiro?

21.1. Não.

21.2. Sim.

22. Se respondeu sim na questão anterior, por favor identifique qual(is).

22.1. Apoio financeiro de um familiar / amigo.

22.2. Apoio financeiro de uma Organização privada.

22.3. Apoio financeiro do Estado.

23. Em média, qual o valor de uma sessão de terapia?

23.1. Sem custos.

23.2. Menos de 35,00 €.

23.3. Entre 35,00 e 50,00 €.

23.4. Mais de 50,00 €.

24. Em média, em que valor fica um acompanhamento terapêutico desta natureza?

24.1. Menos de 250,00 €.

24.2. Entre 250,00 e 750,00 €.

24.3. Mais de 750,00 €.

V – IMPORTÂNCIA DA TERAPIA

25. Na sua opinião, e de um modo geral, como é encarado este tipo de terapia pela comunidade científica?

25.1. Como um tratamento com resultados reconhecidos.

25.2. Como um tratamento que tem vindo a adquirir credibilidade.

25.3. Como um tratamento sem credibilidade.

26. Na sua opinião, e de um modo geral, como é encarado este tipo de terapia pela população em geral?

26.1. Como um tratamento com resultados reconhecidos.

26.2. Como um tratamento que tem vindo a adquirir credibilidade.

26.3. Como um tratamento sem credibilidade.

VI - GRAU DE SATISFAÇÃO

27. Está satisfeito(a) com os resultados deste método terapêutico? Por favor classifique de 1 a 5, sendo 1 insatisfeito(a), 2 pouco satisfeito(a), 3 nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a), 4 satisfeito(a), 5 muito satisfeito(a).

VII - LIGAÇÃO A OUTRAS INSTITUIÇÕES

28. A Vossa Organização trabalha em articulação com outras instituições que também desenvolvem este tipo de terapia?

28.1. Não.

28.2. Não mas tencionamos.

28.3. Por vezes.

28.4. Muitas vezes.

29. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, por favor indique de que forma.

VIII - OUTROS

30. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, por favor indique o número de utentes a que se refere.
31. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, por favor indique o número de utentes a que se refere.
32. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, por favor indique o número de utentes a que se refere.
33. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, por favor indique o número de utentes a que se refere.

I - ESTRATÉGIAS E ESTRUTURAÇÃO DAS SESSÕES TERAPÊUTICAS

34. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, por favor classifique de 1 a 5 o empenho que considera que geralmente ocorre na realização das atividades, sendo 1 não se empenha, 2 empenha-se pouco, 3 nem se empenha nem não se empenha, 4 empenha-se, 5 empenha-se muito.
35. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, por favor classifique de 1 a 5 o empenho que considera que geralmente ocorre na realização das atividades, sendo 1 não se empenha, 2 empenha-se pouco, 3 nem se empenha nem não se empenha, 4 empenha-se, 5 empenha-se muito.
36. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, por favor classifique de 1 a 5 o empenho que considera que geralmente ocorre na realização das atividades, sendo 1 não se empenha, 2 empenha-se pouco, 3 nem se empenha nem não se empenha, 4 empenha-se, 5 empenha-se muito.
37. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, por favor classifique de 1 a 5 o empenho que considera que geralmente ocorre na realização das atividades, sendo 1 não se empenha, 2 empenha-se pouco, 3 nem se empenha nem não se empenha, 4 empenha-se, 5 empenha-se muito.

38. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre ao nível do contacto com os profissionais ao longo do estudo, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.
39. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre ao nível do contacto com os profissionais ao longo do estudo, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.
40. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, Por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre ao nível do contacto com os profissionais ao longo do estudo, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.
41. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre ao nível do contacto com os profissionais ao longo do estudo, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.

IX – CARACTERIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

42. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, por favor classifique de 1 a 5 o desenvolvimento que considera que geralmente ocorre ao nível das competências dos utentes, sendo 1 competência não desenvolvida, 2 competência pouco desenvolvida, 3 nem competência desenvolvida nem competência não desenvolvida, 4 competência desenvolvida, 5 competência muito desenvolvida.

	1	2	3	4	5
42.1. Realizar atividades de forma autónoma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.2. Realizar atividades de forma responsável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.3. Realizar atividades de forma criativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.4. Cooperar com os outros em tarefas comuns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42.5. Relacionar-se com o outro.

42.6. Relacionar o corpo com o espaço.

43. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, por favor classifique de 1 a 5 o desenvolvimento que considera que geralmente ocorre ao nível das competências dos utentes, sendo 1 competência não desenvolvida, 2 competência pouco desenvolvida, 3 nem competência desenvolvida nem competência não desenvolvida, 4 competência desenvolvida, 5 competência muito desenvolvida.

1 2 3 4 5

43.1. Realizar atividades de forma autónoma.

43.2. Realizar atividades de forma responsável.

43.3. Realizar atividades de forma criativa.

43.4. Cooperar com os outros em tarefas comuns.

43.5. Relacionar-se com o outro.

43.6. Relacionar o corpo com o espaço.

44. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, por favor classifique de 1 a 5 o desenvolvimento que considera que geralmente ocorre ao nível das competências dos utentes, sendo 1 competência não desenvolvida, 2 competência pouco desenvolvida, 3 nem competência desenvolvida nem competência não desenvolvida, 4 competência desenvolvida, 5 competência muito desenvolvida.

1 2 3 4 5

44.1. Realizar atividades de forma autónoma.

44.2. Realizar atividades de forma responsável.

44.3. Realizar atividades de forma criativa.

44.4. Cooperar com os outros em tarefas comuns.

44.5. Relacionar-se com o outro.

44.6. Relacionar o corpo com o espaço.

45. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, por favor classifique de 1 a 5 o desenvolvimento que considera que geralmente ocorre ao nível das competências dos utentes, sendo 1 competência não desenvolvida, 2 competência pouco desenvolvida, 3 nem competência desenvolvida nem competência não desenvolvida, 4 competência desenvolvida, 5 competência muito desenvolvida.

1 2 3 4 5

45.1. Realizar atividades de forma autónoma.

45.2. Realizar atividades de forma responsável.

45.3. Realizar atividades de forma criativa.

45.4. Cooperar com os outros em tarefas comuns.

45.5. Relacionar-se com o outro.

45.6. Relacionar o corpo com o espaço.

V - IMPORTÂNCIA DA TERAPIA

46. No caso da perturbação do desenvolvimento Paralisia Cerebral, por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre para cada um dos casos indicados nas alíneas desta questão, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.

1 2 3 4 5

46.1. Evolução do foro cognitivo do utente.

46.2. Evolução do foro emocional.

46.3. Evolução do foro social.

46.4. Evolução da comunicação / linguagens.

46.5. Evolução ao nível da motricidade global.

47. No caso da perturbação do desenvolvimento Autismo, por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre para cada um dos casos indicados nas alíneas desta questão, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.

1 2 3 4 5

47.1. Evolução do foro cognitivo do utente.

47.2. Evolução do foro emocional.

47.3. Evolução do foro social.

47.4. Evolução da comunicação / linguagens.

47.5. Evolução ao nível da motricidade global.

48. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Down, por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre para cada um dos casos indicados nas alíneas desta questão, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.

1 2 3 4 5

48.1. Evolução do foro cognitivo do utente.

48.2. Evolução do foro emocional.

48.3. Evolução do foro social.

48.4. Evolução da comunicação / linguagens.

48.5. Evolução ao nível da motricidade global.

49. No caso da perturbação do desenvolvimento Síndrome de Asperger, por favor classifique de 1 a 5 a evolução que considera que geralmente ocorre para cada um dos casos indicados nas alíneas desta questão, sendo 1 não evolui, 2 evolui pouco, 3 nem evolui nem não evolui, 4 evolui, 5 evolui muito.

1 2 3 4 5

49.1. Evolução do foro emocional.

49.2. Evolução do foro social.

49.3. Evolução da comunicação / linguagens.

49.4. Evolução ao nível da motricidade global.

ANEXO II – INQUÉRITO AO CUIDADOR

INQUÉRITO PARA O CUIDADOR

Pedimos a sua colaboração para o preenchimento de um inquérito que se insere num estudo realizado no âmbito do Mestrado em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor, da Universidade de Évora, com vista à obtenção do Grau de Mestre.

Este inquérito pretende estudar as terapias com recurso ao cão como estratégia de intervenção em pessoas com necessidades educativas especiais.

Serão realizados inquéritos em várias organizações portuguesas que realizam terapias com pessoas com necessidades educativas especiais, recorrendo ao cão. **As respostas serão anónimas e os resultados serão apresentados apenas de forma agregada na dissertação de mestrado.**

O preenchimento do inquérito demora cerca de 10 minutos e a sua colaboração é fundamental.

Se tiver dúvida(s) relacionada(s) com o preenchimento do inquérito, pode contactar-me através do e-mail anaritabgsf@gmail.com.

Agradecemos desde já o seu precioso contributo.

I - MOTIVAÇÃO

1. O que o levou a recorrer a este tipo de terapia? Pode seleccionar mais do que uma opção.
 - 1.1. Insucesso com outros tipos de terapia.
 - 1.2. O cão fazer parte da terapia.
 - 1.3. Outro(s) motivo(s) de ordem pessoal.

2. Como teve conhecimento deste tipo de terapia? Pode seleccionar mais do que uma opção.
 - 2.1. Através de um familiar e / ou conhecido.
 - 2.2. Através da televisão.

- 2.3. Através da internet.
- 2.4. Outro(s).
3. O utente mostra(va) alegria e prazer ao realizar as atividades?
- 3.1. Não.
- 3.2. Por vezes.
- 3.3. Sim.
4. Fora das sessões de terapia, o utente mostra(va) interesse em ver e estar com o cão?
- 4.1. Não.
- 4.2. Por vezes.
- 4.3. Sim.
5. Fora das sessões de terapia, o utente mostra(va) preocupação com o animal?
- 5.1. Não.
- 5.2. Por vezes.
- 5.3. Sim.

II – CARACTERIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

6. Qual a perturbação do desenvolvimento do utente?
- 6.1. Paralisia Cerebral.
- 6.2. Autismo.
- 6.3. Síndrome de Down.
- 6.4. Síndrome de Asperger.
7. Qual a idade do utente?
- 7.1. Até 12 anos.

7.2. Entre 13 e 18 anos.

7.3. Mais de 18 anos.

8. Por favor identifique a(s) área(s) em que o utente apresenta(va) dificuldades que se pretende(ia) serem minoradas. Pode seleccionar mais do que uma opção.

8.1. No domínio afetivo.

8.2. No domínio cognitivo.

8.3. No domínio social.

8.4. No domínio psicomotor.

8.5. Ao nível da motricidade global.

8.6. Ao nível da linguagem / fala.

9. Dos exercícios que se seguem, daqueles que são ou foram realizados nas sessões de terapia, qual(is) o(s) que considera ser(em) mais eficaz(es)?

9.1. Fazer festas ao cão.

9.2. Escovar o cão.

9.3. Alimentar o cão.

9.4. Brincar com o cão.

9.5. Andar com o cão.

9.6. Correr com o cão.

9.7. Dar ordens ao cão.

9.8. Passear o cão.

9.9. Outro(s).

III – ORGANIZAÇÃO DAS SESSÕES TERAPÊUTICAS

10. Os materiais e equipamentos necessários às atividades estão(avam) disponíveis?

10.1. Nunca.

10.2. Por vezes.

10.3. Sempre.

11. Pode assistir às sessões terapêuticas?

11.1. Nunca.

11.2. Por vezes.

11.3. Sempre.

12. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, por favor, identifique quais. Pode selecionar mais do que uma opção.

12.1. Aquelas que são realizadas apenas com o profissional de saúde, sem o cão e sem a realização de exercícios físicos.

12.2. Aquelas que são realizadas apenas com o profissional de saúde, sem o cão e com a realização de exercícios físicos.

12.3. Aquelas que são realizadas com o profissional de saúde e o cão.

13. Se respondeu afirmativamente à questão 6., identifique aquelas a que costuma(va) assistir. Pode selecionar mais do que uma opção.

13.1. Aquelas que são realizadas apenas com o profissional de saúde, sem o cão e sem a realização de exercícios físicos.

- 13.2. Aquelas que são realizadas apenas com o profissional de saúde, sem o cão e com a realização de exercícios físicos.
- 13.3. Aquelas que são realizadas com o profissional de saúde e o cão.
- 13.4. Nunca assisti.

IV – ACESSO À TERAPIA

14. O utente encontra-se presentemente a realizar este tipo de terapia?
- 14.1. Não.
- 14.2. Sim.
15. Caso tenha respondido não à questão anterior, por favor justifique. Pode selecionar mais do que uma opção.
- 15.1. Insatisfação no que se refere aos resultados da terapia.
- 15.2. Falta de apoio financeiro.
- 15.3. Outra(s) razão(ões) de ordem pessoal.
16. Houve algum condicionamento ao recurso a esta terapia da parte do utente?
- 16.1. Não.
- 16.2. Sim.
17. Se respondeu sim à questão anterior, por favor identifique qual(is).
- 17.1. Falta de motivação para este tipo de terapia.
- 17.2. Falta de motivação para qualquer tipo de terapia.

17.3. Dificuldade em realizar este tipo de terapia.

17.4. Falta de condições financeiras.

17.5. Outra(s) razão(ões) de ordem pessoal.

18. O utente teve algum tipo de apoio financeiro?

18.1. Não.

18.2. Sim.

19. Se respondeu sim na questão anterior, por favor identifique qual(is).

19.1. Apoio financeiro de um familiar / amigo.

19.2. Apoio financeiro de uma Organização privada.

19.3. Apoio financeiro do Estado.

20. Como cuidador, teve algum tipo de apoio financeiro?

20.1. Não.

20.2. Sim.

21. Se respondeu sim na questão anterior, por favor identifique qual(is).

21.1. Apoio financeiro de um familiar / amigo.

21.2. Apoio financeiro de uma Organização privada.

21.3. Apoio financeiro do Estado.

V - IMPORTÂNCIA DA TERAPIA

22. Houve melhoras notórias nas competências do individuo após a terapia?

22.1. Não.

22.2. Sim.

23. Se respondeu sim na questão anterior, por favor identifique a que nível(is). Pode seleccionar mais do que uma opção.

23.1. Habilidade de comunicar.

23.2. Motricidade global.

23.3. Desenvolvimento cognitivo.

23.4. Outro(s).

24. Voltaria a recorrer a este método terapêutico?

24.1. Não.

24.2. Talvez.

24.3. Sim.

25. Aconselharia este tipo de terapia?

25.1. Não.

25.2. Talvez.

25.3. Sim.

26. Conversou sobre a terapia com a família e / ou amigos?

26.1. Não.

26.2. Sim.

27. Na sua opinião as atividades de terapia foram benéficas?

27.1. Não.

27.2. Talvez.

27.3. Sim.

28. Por favor justifique a resposta à questão anterior. Pode selecionar mais do que uma opção.

28.1. As competências sociais foram desenvolvidas.

28.2. As competências físicas foram desenvolvidas.

28.3. As competências cognitivas foram desenvolvidas.

28.4. Outras competências foram desenvolvidas.

28.5. Nenhuma competência foi desenvolvida.

29. Na sua opinião, e de um modo geral, como é encarado este tipo de terapia pela comunidade científica?

29.1. Como um tratamento com resultados reconhecidos.

29.2. Como um tratamento que tem vindo a adquirir credibilidade.

29.3. Como um tratamento sem credibilidade.

30. Na sua opinião, e de um modo geral, como é encarado este tipo de terapia pela população em geral?

30.1. Como um tratamento com resultados reconhecidos.

30.2. Como um tratamento que tem vindo a adquirir credibilidade.

30.3. Como um tratamento sem credibilidade.

I - MOTIVAÇÃO

31. Na sua opinião, o utente encontrava-se motivado para participar nas sessões de terapia? Por favor classifique de 1 a 5, sendo 1 desmotivado, 2 pouco motivado, 3 nem motivado nem não motivado, 4 motivado, 5 muito motivado.

VI - GRAU DE SATISFAÇÃO

32. Está satisfeito(a) com os resultados deste método terapêutico? Por favor classifique de 1 a 5, sendo 1 insatisfeito(a), 2 pouco satisfeito(a), 3 nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a), 4 satisfeito(a), 5 muito satisfeito(a).

**ANEXO III – TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS –
PESQUISAS E ORGANIZAÇÕES**

São já muitas as entidades de referência a nível mundial que tiveram e / ou têm vindo a desempenhar um papel fulcral no desenvolvimento da TAA.

A nível internacional, podemos destacar as seguintes entidades:

- International Association of Human-Animal Interactions, associação que resultou do trabalho de anos de cooperação de diversas organizações espalhadas pelo mundo que formalizaram uma ONG sem fins lucrativos em 1992 (International Association of Human-Animal Interactions, 2013);
- Bocalán, organização espanhola, uma das entidades mais conhecidas internacionalmente. As suas duas principais áreas são: Formação de Profissionais em Intervenções com Animais e o desenvolvimento de programas dedicados à integração de pessoas com deficiência através do cão de assistência e das TAA (Bocalán, 2013);
- Fundación Affinity, Fundação pioneira em Espanha, criada desde 1987, atua nas áreas da TAA e bem-estar animal (Fundación Affinity, 2009);
- Society for the Prevention of Cruelty to Animals, que realiza desde 1981 cerca de 20.000 programas por ano. Em 1993 tinha cerca de 7.000 cães que realizavam TAA (Domingues, 2007);
- Centre de Teràpies Assistides amb Cans, empresa espanhola existente desde 1999 que forma profissionais em TAA, desenvolve programas de TAA inclusivamente no Autismo, promove a sensibilização nesta área e oferece cursos / seminários em IAA (Centre de Teràpies Assistides amb Cans, 2010);

- Animal Behavior Institute, que promove cursos e fornece informação sobre as IAA (Animal Behavior Institute, 2013);
- Instituto Nacional de Ações e Terapias Assistidas por Animais, entidade brasileira que desenvolve atividades em TAA e AAA (Instituto Nacional de Ações e Terapias Assistidas por Animais, 2009);
- Rede Nacional de Atividade, Terapia e Educação Assistida por Animais, que pretende integrar os diversos profissionais brasileiros que atuam nessa área de forma a reunir esforços para que os benefícios da interação para o ser humano sejam reconhecidos, assim como disseminar o uso dessas técnicas como um método terapêutico e pedagógico seguro e eficaz (Rede Nacional de Atividade, Terapia e Educação Assistida por Animais, 2013);
- International Society for Animal-Assisted Therapy, que estabelece padrões para programas de educação (International Society for Animal-Assisted Therapy, 2010);
- Facultad de Ciencias Veterinarias, Faculdade Argentina que criou em 2005 um Centro de Investigação e Educação na área das TAA. Trabalha em parceria com outras Entidades, entre as quais um Hospital com o qual desenvolve atividades na Unidade de Cuidados Paliativos (Universidad Buenos Aires, s.d.);
- Institut de Zoothérapie du Québec, que desenvolve projetos em TAA e AAA em França (Institut de Zoothérapie du Québec, 2013).
- Instituto para Atividades, Terapias e Educação Assistida por Animais de Campinas, ONG que realiza nessa região brasileira, atividades nessa área desde 2004 (Instituto para Atividades, Terapias e Educação Assistida por Animais de Campinas, 2012);

- MSD Saúde Animal, empresa com Projetos em IAA em vários Estados do Brasil (MSD Saúde Animal, 2009);
- Pet Partners (a anteriormente designada Delta Society, e, como tal, já acima descrita).

É importante referir que há muitas outras associações, empresas e fundações assim como Profissionais de Saúde que atuam a título individual por todo o mundo, como Espanha, França, Itália, Inglaterra, Áustria, EUA, Chile, Colômbia, Venezuela, Canadá e Japão, em muitos casos trabalhando em colaboração com outras Entidades. Temos o exemplo da Fundação Bocalán, já anteriormente mencionada, com a Fundación Las Golondrinas de Colombia que juntas criaram o Centro de Terapia Assistida Com Animals TAA (Centro de Terapia Assistida Com Animals TAA, s.d.). Há também já muitas Universidades dispendo de planos de estudos e integrando Cátedras em TAA, como é o caso da Universidade de Cambridge (Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual, 2012).

Note-se a importante contribuição que o Brasil tem dado nesta área de investigação, uma vez que nos últimos quinze anos houve um aumento expressivo de Universidades Brasileiras a investirem em estudos em IAA, designadamente investigações com indivíduos com NEE, idosos, pacientes com Alzheimer ou outras patologias e envolvendo outras instituições como escolas e hospitais, entre outras (Domingues, 2007).

Este ano será realizado nesse País o II Simpósio Internacional de Atividade, Terapia e Educação Assistida por Animais, onde decorrerá também o I Encontro da Rede Nacional Brasileira de TAA/AAA/EAA (II Simpósio Internacional de Atividade, Terapia e Educação Assistida por Animais, 2013). Em 2012 foi realizado o 6th International TAT-Symposium – “Professionalization in animal-assisted therapy”,

organizado pela Federation of European Companion Animal Veterinary Associations (Federation of European Companion Animal Veterinary Associations, 2011).

Já em Portugal, são poucos os investigadores que se têm debruçado sobre esta matéria.

Atualmente existem diversos grupos a trabalhar em TAA no nosso País, nomeadamente:

- Projecto de Apoio a Vítimas Indefesas, Associação de Solidariedade Social que desenvolve um programa de Terapia Assistida com Animais a Crianças e Idosos (Projecto de Apoio a Vítimas Indefesas, s.d.).
- Associação Portuguesa para a Intervenção com Animais de Ajuda Social. Esta é uma Associação relativamente recente sem fins lucrativos (IPSS) que visa ceder de forma gratuita cães de serviço, cães para surdos, promover programas de IAA e realizar ações de formação (Associação Portuguesa para a Intervenção com Animais de Ajuda Social, s.d.);
- Centro Doggy Club que, entre outras atividades, trabalha no campo das Terapias Assistidas por Animais (Centro Doggy Club, 2013);
- Associação Vinculum Animal que visa a promoção da relação Homem-Animal, tendo como uma das principais áreas de atuação as Terapias Assistidas por Animais (Associação Vinculum Animal, 2012);
- Associação Cães Amigos, associação sem fins lucrativos, voltada para a prestação de serviços de elaboração, execução e gestão de projetos sociais nas áreas de saúde humana, educação e inclusão social (Associação Cães Amigos, 2013).

Importa referir que no portal da Associação de Pais e Encarregados de Educação de Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo são referidas as TAA e os seus

benefícios terapêuticos (Associação de Pais e Encarregados de Educação de Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo, 2013).