



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

**Equitação Terapêutica e Hipoterapia em necessidades
educativas: um estudo nas regiões do Alentejo e do Algarve**

Catarina Vieira Assis

Orientador(es) | Maria da Graça Santos

Évora 2021





Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

**Equitação Terapêutica e Hipoterapia em necessidades
educativas: um estudo nas regiões do Alentejo e do Algarve**

Catarina Vieira Assis

Orientador(es) | Maria da Graça Santos

Évora 2021





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Rita Matias (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Graça Santos (Universidade de Évora) (Orientador)

“Se tiver milhares de motivos para desistir, arranje milhões para seguir em frente!”

(Chorão)

Agradecimentos

À Professora Doutora Graça Santos, por me ter ensinado, ajudado e orientado ao longo de todo o percurso desta dissertação, e pela força que sempre me deu.

Aos meus pais, os meus pilares, que sempre me deram amor e força para lutar pelos meus objetivos. Ao meu irmão João, por ser um exemplo de dedicação e trabalho. Ao meu irmão Alexandre, pelo seu doce sorriso. Aos meus queridos avós, os meus tesourinhos, que sempre me ajudaram e deram colo. Aos meus padrinhos, aos meus primos, à Madalena e ao Henrique, por me terem sempre acompanhado e por todo o carinho que me deram e continuam a dar. A toda a minha família que, ao longo deste percurso foi crescendo, e por quem eu sou grata por dela fazer e ser parte!

Ao Gabriel, por tornar tão especiais os momentos em que estamos juntos. À mãe dele, à Telma, por ser uma amiga a quem chamo de irmã.

Às amigas de uma vida: Pipa, Rebeca, Bila, Santos e Lima.

À Vargas, ao André, ao Diogo, à Tânia, à Bia, à Janine, à Mariana, à Inês e ao Rodas, a família que as chaves de sol do meu coração escolheram. Em todas as ruas da amizade serão meus e eu serei deles.

A todas as pessoas que conheci em Évora, pois hoje, sou um bocadinho do que cada uma delas me deu. Em especial às minhas companheiras de guerra: Sara, Catarina, Lúcia, Marisa, Flávia, Carla, Rita, Marta, Adriana, Mariana, Raimundo e Carlos. À Maria, pela companhia nos intervalos de trabalho.

À Flores, por toda a sua disponibilidade e ajuda.

Às entidades/instituições que colaboraram na minha investigação. A todos os técnicos, pela disponibilidade e pela partilha da sua experiência, que contribuiu para a construção do meu conhecimento. Às pessoas com quem contactei e que, através da partilha do seu conhecimento, me ajudaram a perceber melhor certos conceitos e contribuíram assim para o rigor desta investigação.

Ao João, por ser a pessoa magnífica que é. Por ter feito magia na minha vida. Por me ter ajudado a encontrar-me e por os nossos corações se terem cruzado... “Afinal anjos não voam”.

Obrigada a todos, esta conquista é nossa!

Resumo

O presente estudo pretende caracterizar e compreender as práticas e os efeitos da equitação terapêutica e hipoterapia nas regiões do Alentejo e Algarve, através do olhar dos técnicos envolvidos nas mesmas.

É um estudo que, paralelamente, visa contribuir para a melhor compreensão dos conceitos utilizados em Portugal, em consonância com os utilizados pelas organizações de referência a nível mundial. E pretende ainda contribuir para o conhecimento empírico no âmbito desta área.

Foram realizadas vinte e sete entrevistas semiestruturadas a técnicos de áreas variadas com experiência nestas intervenções, com idades compreendidas entre os vinte e dois e os sessenta e quatro anos.

As entrevistas foram transcritas e, posteriormente, analisadas através da análise de conteúdo.

Os resultados indicam que a interação do cavalo com indivíduos com necessidades educativas especiais é benéfica a vários níveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar destes indivíduos.

Palavras-chave: Terapia assistida por cavalos; Necessidades de saúde especiais; Equipa multidisciplinar; Papel do(a) psicólogo(a).

Abstract

This study aims to characterize and understand the practices and effects of therapeutic riding and hippotherapy in the regions of Alentejo and Algarve, through the eyes of the technicians involved in these practices.

It is a study that, at the same time, aims to contribute to a better understanding of the concepts used in Portugal, in line with those used by those that are considered as a world reference associations. And it also intends to contribute to the empirical knowledge within this area.

Twenty-seven semi-structured interviews were applied to technicians from varied areas with interventions experience, aged between twenty-two and sixty-four years.

The statements were transcribed and subsequently analysed through content analysis.

The results indicate that an interaction between the horse and individuals with special educational needs is beneficial at several levels, contributing to an improvement in the quality of life and well-being of these individuals.

Key-words: Horse-assisted therapy; Special health needs; Multidisciplinary team; Role of the psychologist.

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Índice de Tabelas	viii
Índice de Figuras	ix
Índice de Anexos	x
Abreviaturas.....	xi
Introdução.....	12
Parte 1 Enquadramento Teórico	15
1.1 Equitação terapêutica e hipoterapia	15
1.1.1 <i>Aspetos históricos</i>	15
1.1.2 <i>Conceitos de equitação terapêutica e hipoterapia</i>	18
1.1.3 <i>Contextos de intervenção em diferentes populações</i>	20
1.2 Intervenção em necessidades educativas especiais.....	23
1.2.1 <i>Modelos e práticas</i>	23
1.2.2 <i>Conceito de necessidades educativas especiais</i>	28
1.2.3 <i>Necessidades educativas e inclusão: que respostas?</i>	30
1.3 Equitação terapêutica e hipoterapia em populações específicas com NEE	32
1.3.1 <i>Síndrome de Down</i>	32
1.3.2 <i>Perturbações do espectro do autismo</i>	33
1.3.3 <i>Paralisia cerebral</i>	37
1.3.4 <i>Perturbação de hiperatividade/défice de atenção</i>	39
1.4 Investigação em equitação terapêutica e hipoterapia.....	42
Parte 2 Método	46
2.1 Objetivos do estudo	46
2.2 Participantes.....	46
2.3 Instrumento	49
2.4 Procedimento	54
2.4.1 <i>Recolha de dados</i>	54
2.4.2 <i>Análise de dados</i>	56
Parte 3 Apresentação e Análise de Resultados	59
3.1 Temática I – Valências de intervenção	61
3.2 Temática II – População e problemáticas	62

3.3 Temática III – Elementos envolvidos	69
3.4. Temática IV – Objetivos e plano da intervenção.....	72
3.5 Temática V – Avaliação	78
3.6 Temática VI – Estrutura e organização das sessões.....	81
3.7 Temática VII – Estratégias de intervenção utilizadas.....	86
3.8 Temática VIII – Efeitos das intervenções.....	92
3.9 Temática IX – Papel do/a psicólogo/a	96
3.10 Nuvens de palavras	97
Parte 4 Discussão de Resultados	100
4.1 Temática I	101
4.2 Temática II.....	102
4.3 Temática III.....	106
4.4 Temática IV	109
4.5 Temática V.....	110
4.6 Temática VI	111
4.7 Temática VII.....	113
4.8 Temática VIII.....	115
4.9 Temática IX	117
4.10 Nuvens de palavras	119
Limitações do Estudo	120
Implicações para a Prática e para Investigação Futura.....	120
Conclusão	121
Referências Bibliográficas.....	125
Anexos	134

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização dos participantes	49
Tabela 2: Objetivos do estudo e questões da entrevista	52
Tabela 3: Categorias da temática I	62
Tabela 4: Categorias e subcategorias da temática II.....	67
Tabela 5: Categorias e subcategorias da temática III	71
Tabela 6: Categorias e subcategorias da temática IV	76
Tabela 7: Categorias e subcategorias da temática V	80
Tabela 8: Categorias e subcategorias da temática VI.....	84
Tabela 9: Categorias e subcategorias da temática VII.....	90
Tabela 10: Categorias e subcategorias da temática VIII	95
Tabela 11: Categorias e subcategorias da temática IX	97

Índice de Figuras

Figura 1. Nuvem de palavras: técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica.....	98
Figura 2. Nuvem de palavras: técnicos envolvidos apenas na hipoterapia	98

Índice de Anexos

Anexo 1 – Guião da entrevista direcionada aos técnicos	134
Anexo 2 – Pedido de autorização formal para a recolha de dados dos técnicos	136
Anexo 3 – Tabela com as categorias da temática I.....	137
Anexo 4 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática II.....	137
Anexo 5 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática III	138
Anexo 6 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática IV	138
Anexo 7 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática V	139
Anexo 8 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática VI	139
Anexo 9 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática VII.....	140
Anexo 10 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática VIII	140
Anexo 11 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática IX	141
Anexo 12 – Relação entre as áreas de formação dos participantes e as intervenções em que estão envolvidos	141
Anexo 13 – Tabela com as categorias e os exemplos de frases da temática I.....	142
Anexo 14 – Tabela com as categorias, subcategorias e os exemplos de frases da temática II.....	143
Anexo 15 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática III.....	145
Anexo 16 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática IV.....	146
Anexo 17 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática V	147
Anexo 18 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática VI.....	149
Anexo 19 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática VII	151
Anexo 20 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática VIII.....	153
Anexo 21 – Tabela com as categorias e exemplos de frases da temática IX	154

Abreviaturas

a.C. – Antes de Cristo

AHA – American Hippotherapy Association, Inc.

ANDE – Associação Nacional de Equoterapia do Brasil

APA – American Psychological Association

AVD – Atividades da vida diária

CanTRA – Canadian Therapeutic Riding Association

CEF – Cursos de Educação e Formação

COPEX – Comité provincial de l'enfance inadaptée

DGEsTE – Direção-geral dos estabelecimentos escolares

DKTHR – Deutsches Kuratorium fur Therapeutisches Reiten

EAGALA – Equine Assisted Growth and Learning Association

EUA – Estados Unidos da América

FRDI – Federation of Riding for the Disabled International

GNR – Guarda Nacional Republicana

HETI – The Federation of Horses in Education and Therapy International AISBL

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

IP – Intervenção precoce

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NARHA – North American Riding for the Handicapped Association, Inc.

NEE – Necessidades educativas especiais

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke

PATH Intl. – Professional Association of Therapeutic Horsemanship International

PEA – Perturbações do espectro do autismo

PEI – Plano educativo individual

PHDA – Perturbação de hiperatividade/défice de atenção

SHP – Sociedade Hípica Portuguesa

TAAE – Terapias e atividades assistidas por equídeos

TAC – Terapia assistida por cavalos

Introdução

Nos dias de hoje cada vez mais se incorporam animais nas terapias e nas atividades com vista à melhoria do bem-estar do indivíduo. O cavalo é um desses animais, sendo utilizado como elemento facilitador na reabilitação e habilitação de indivíduos com incapacidades (Janiro, 2015; Roa & Rodríguez, 2015).

Roa e Rodríguez (2015) fizeram um levantamento de estudos que evidenciam que nesta abordagem os indivíduos tiram partido do movimento tridimensional do cavalo, que por sua vez pode promover a melhoria do equilíbrio e da postura (Fleck, 1997), a autonomia para andar (Wingate, 1982), o aumento da velocidade da marcha (Beinotti, Correia, Christofolletti & Borges, 2010; Lee, Kim & Yong, 2014), podendo favorecer a simetria dos músculos, a normalização do tónus muscular e a melhoria da coordenação motora (Herrero, García, Cantera, Blázquez, Trullén & Molina, 2012; Slim, Lebib, Dziri, Salah & Hammadi, 2007).

Com este levantamento de estudos, Roa e Rodríguez (2015) mostram que a interação com o cavalo pode promover também melhorias aos níveis social, cognitivo e emocional. Além disto, demonstram também que esta interação pode permitir desenvolver capacidades como a empatia, a responsabilidade, a comunicação, e possibilitar, através da participação do indivíduo nas atividades, que este se sinta querido, compreendido e útil (Gomez, 2006, como citado em Roa & Rodríguez, 2015).

A abordagem com recurso ao cavalo é de cariz multidisciplinar, dado que vários são os técnicos que podem estar envolvidos, entre os quais o psicólogo (Janiro, 2015).

Do ponto de vista da psicologia, a prática desta abordagem é fundamental, na medida em que, utilizando o cavalo como agente facilitador, possibilita o desencadeamento de diversos comportamentos e sentimentos do indivíduo, com os quais o psicólogo vai trabalhar (Janiro, 2015).

É no século XIX, época em que a psicologia surge como disciplina científica, que o cavalo ingressa no mundo desta área como agente facilitador, pois Freud recomendava o cavalo para o tratamento de casos de histeria e insónia (porque o movimento do cavalo se assemelha ao movimento do útero materno). Jung apoiava a interação Homem-cavalo, porque o cavalo transmite uma ideia de poder, força e autoridade, transmitindo a sensação de controlo e domínio a quem o monta. Também Winnicott acreditava que o cavalo era

um agente facilitador de novas experiências, sendo que a relação que o indivíduo estabelecia com o cavalo, seria uma relação de troca, nomeadamente na formação do vínculo afetivo (Janiro, 2015).

Na terapia com recurso ao cavalo, e no que concerne ao indivíduo que usufrui desta, o psicólogo prioriza a vertente emocional, tendo em consideração aspetos como a frustração, a autoestima, a rejeição, a carência afetiva, a criatividade, a noção de espaço (no que toca à descoberta do próprio “eu” e do seu espaço no mundo) e a consciência corporal (Janiro, 2015).

Com a família, este técnico pode trabalhar sentimentos como a superproteção, a rejeição e a negação, resultantes do facto de haver, na família, um indivíduo com NEE (Janiro, 2015).

Relativamente à equipa envolvida na intervenção, o papel do psicólogo é traduzir para os outros profissionais o padrão de funcionamento mental do indivíduo e as suas implicações nos âmbitos social, familiar e pessoal. É também sua função participar na elaboração do plano de intervenção do indivíduo, destacando as emoções do mesmo (Janiro, 2015).

Em Portugal já são várias as entidades/instituições que incluem esta abordagem de intervenção, sendo isto frequentemente possível através de parcerias com os centros hípicas locais ou com a GNR local, os quais disponibilizam os espaços para a realização das sessões.

A escolha deste tema deve-se ao gosto e interesse pessoais da autora pelo cavalo, e à vontade de querer saber mais sobre o efeito que a interação com este animal pode ter na vida de indivíduos com NEE, sendo que esta população é outro interesse da autora.

O que pode esta investigação trazer de diferente, em comparação com os estudos referenciados no enquadramento teórico? O facto de ser uma investigação de cariz descritivo, na qual é apresentado o trabalho que é, atualmente, realizado no âmbito destas intervenções, em dois sítios específicos, onde a amostra é recolhida: no Alentejo e no Algarve, duas regiões vizinhas de fácil alcance para a autora. Com esta investigação é também pretendido verificar se há, e se sim quais, as diferenças entre a equitação terapêutica e a hipoterapia, em função das áreas dos técnicos envolvidos. Além disso, durante o desenvolvimento desta investigação, houve a preocupação de conhecer e esclarecer os conceitos utilizados em torno desta abordagem, na tentativa de

contribuir para a melhor compreensão destes em Portugal e, conseqüentemente, relação dos mesmos.

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar e compreender as práticas e efeitos da equitação com fins terapêuticos em indivíduos com NEE, nomeadamente a equitação terapêutica e a hipoterapia, nas regiões do Alentejo e Algarve, de modo a contribuir para o conhecimento empírico no âmbito desta área, que por sua vez pode permitir o aumento destas práticas com este tipo de população, bem como a colaborar na atribuição do mérito que este animal acarreta para uma abordagem terapêutica direcionada a indivíduos com NEE. É esperado também contribuir para o desenvolvimento da investigação no âmbito da psicologia, que pode contribuir e muito para a evolução desta abordagem, envolvendo cada vez mais técnicos desta área, tornando-se assim uma intervenção mais holística.

Para o efeito, esta investigação encontra-se dividida em duas partes: a primeira aborda as componentes teóricas do estudo, na qual se analisam e descrevem os principais conceitos, assim como os modelos seguidos e os estudos realizados neste âmbito; a segunda é dedicada ao estudo empírico. É ainda na segunda parte, que é enunciada a metodologia empregue na investigação, incluindo também a apresentação e a análise dos resultados, assim como a discussão dos mesmos.

Considera-se importante conhecer as intervenções existentes, através da revisão teórica, que têm vindo a ser feitas neste âmbito, dentro e fora de Portugal. É com os resultados destas que se consegue tirar conclusões acerca dos benefícios que podem ter estas abordagens, nos diferentes campos de ação para contribuir para uma maior resposta aos indivíduos.

Por último, esta investigação contém tópicos acerca dos limites que a autora identificou ao longo de todo o processo da sua realização, das implicações para a prática e investigação futura, e das conclusões tiradas.

Parte 1 Enquadramento Teórico

1.1 Equitação terapêutica e hipoterapia

1.1.1 Aspetos históricos

A interação com os cavalos tem desempenhado, desde os primórdios da História, um papel bastante importante na relação com o Homem (Sevestre & Rosier, 1983, como citado em Leitão, 2008).

Alguns estudos mostram que vários são os autores que ao longo do tempo viram benefícios nesta relação. Desde Hipócrates, na Antiguidade Clássica, “Pai da Medicina Ocidental” (458 a.C. – 370 a.C.), que recomendava a equitação para a regeneração da saúde, do bem-estar, para o tratamento da insónia e para preservar o corpo humano de doenças; Asclepiades de Prusia (124 a.C.), médico grego, que aconselhava a equitação para o tratamento de vários tipos de paralisia. Na Idade Média, Cesare Borgia, acreditava que o andar a cavalo promovia a boa forma física e já na Idade Moderna, entre 1600 e 1800, a equitação era considerada benéfica no alívio “da gota”, assim como no tratamento da tuberculose (ANDE, s.d.; DKTHR, s.d.; Erik, 2002; Freire, 1999, como citado em Leitão, 2008). Em meados de 1704, Fuller publicou o livro “De Medical Gymnástica”, no qual mencionou os efeitos benéficos da equitação no corpo e na psique, principalmente em indivíduos que sofriam de hipocondria (Medeiros & Dias, 2008).

Os cavalos desempenharam também um papel fundamental nas guerras (Filipe, 2018), pois representavam uma das principais formas de movimento em combate (Leal, 2014).

Eram também os cavalos que, antigamente, possibilitavam o contacto entre os diferentes povos, pois levavam mensagens e transportavam armas e o que era preciso para colmatar as necessidades dos indivíduos (Leal, 2014).

Segundo o levantamento de estudos realizado por Leitão (2008), a Dinamarca, entre outros países escandinavos e anglo-saxónicos, começou a desenvolver estudos sobre a equitação com fins terapêuticos apoiados na vertente desportiva após a história de Lis Hartel.

Pioneira na modalidade de *dressage* (ensino), Lis foi vítima de um surto de poliomielite (causada por um vírus através da ingestão de substâncias contaminadas),

ficando com os membros superiores afetados e paralisada dos joelhos para baixo. Após um processo de reabilitação, Lis conseguiu voltar a montar a cavalo, desenvolvendo estratégias que permitissem contornar as suas dificuldades (Silva, 2020). No ano de 1952, participou nos jogos olímpicos de Helsínquia, os quais foram os primeiros a permitir a participação de mulheres nas provas equestres, e conquistou uma medalha de prata. A sua história suscitou o interesse dos profissionais de saúde sobre o impacto do cavalo nos níveis físico-motor e psicológico dos indivíduos (Silva, 2020).

Apesar das evidências, foi a partir do ano de 1960, que a ideia de que a interação com o cavalo tem propriedades terapêuticas ganhou força (Copeland-Fitzpatrick & Tebay, 1998, como citado em Leitão, 2008; FRDI, s.d.).

Foi a partir deste ano que, na Europa, começou a haver um maior investimento científico em torno da equitação na sua suposta vertente curativa (Freire, 1999, como citado em Leitão, 2008).

Na Alemanha, no ano de 1970, foram realizadas experiências médicas que revelaram que os indivíduos com problemas físicos beneficiavam de uma abordagem, na qual utilizava o passo do cavalo como função de terapia e que, mesmo os indivíduos que não tinham essa necessidade, poderiam obter benefícios, mesmo que a outros níveis. Estas constatações levaram à origem do modelo alemão, mais tarde aprovado, que contempla três áreas distintas (hipoterapia, equitação psicoeducacional e equitação desportiva/recreativa adaptada). Estas ideias foram atraindo cada vez mais profissionais interessados, sendo que se estenderam a outros países da Europa, EUA e Canadá, conduzindo a novas perspetivas, como é o caso dos modelos americano e brasileiro (Klüwer, 1994; 2001, como citado em Leitão, 2008; Schulz, 1997, como citado em Leitão, 2008; Spink, 2000, como citado em Leitão, 2008)

Com o intuito de divulgar os estudos realizados e levar à adesão de um número crescente de profissionais interessados nesta abordagem, surgiram então os congressos internacionais. Estes aconteceram, por norma, de três em três anos e em diferentes países. Foi no segundo congresso, que ocorreu na Suíça em 1976, que apareceram pela primeira vez os conceitos de hipoterapia (associado aos problemas médicos) e de equitação terapêutica (para descrever todos os possíveis usos terapêuticos do cavalo) (Copeland-Fitzpatrick & Tebay, 1998, como citado em Leitão, 2008; FRDI, s.d.; Klüwer, 1994; 2001, como citado em Leitão, 2008).

Foi no quarto congresso, que se realizou na Alemanha, em 1982, em que o foco principal foi obter uma visão geral da situação da equitação terapêutica, a nível internacional, através dos temas abordados nos congressos anteriores, que foi aprovado o modelo alemão, ainda hoje adotado (Kluwer, 1994; 2001, como citado em Leitão, 2008).

Com os resultados mais estruturados, surgiram os primeiros planos para a criação de uma federação internacional, que aconteceu no congresso seguinte, em 1985, em Itália. Esta federação, registada na Bélgica, intitulava-se *Federation of Riding for the Disabled International* (FRDI, s.d.; Leitão 2008). Mais tarde, a sua designação alterou, dando lugar a *Federation of Horses in Education and Therapy International*, que se mantém até aos dias de hoje (FRDI, s.d.).

Os congressos continuaram a acontecer e as intervenções com base nos modelos propostos aumentaram (Leitão, 2008).

Em simultâneo, foram surgindo associações em vários pontos do mundo, com destaque para os EUA, onde é de salientar a, atualmente, designada *Professional Association of Therapeutic Horsemanship International* e a *American Hippotherapy Association*. Estas associações/organizações foram criadas com o objetivo de promover a equitação como forma de reabilitação e habilitação direcionada para os indivíduos com doença mental e/ou deficiência, em dois formatos: desenvolvimento de atividades e terapias assistidas por cavalos e certificação neste âmbito, direcionada para profissionais de saúde e de educação, assim como para profissionais de equitação, como é o caso dos monitores e instrutores, por exemplo (AHA, 2019; PATH Intl., s.d.).

Na Europa surgiu a *Riding for the Disabled Association*, mais concretamente no Reino Unido (RDA, s.d.) e em França, a *Association Nationale de Rééducation par l'Équitation* (s.d.), que, sete anos mais tarde, fundiu-se com uma outra associação, e ambas deram origem à *Fédération Nationale Handi Cheval* (s.d.).

Em Portugal, foi no Algarve onde foram dados os primeiros passos na equitação terapêutica, no ano de 1980, na sequência da articulação entre Beverly Gibbons (instrutora de equitação) e uma enfermeira. Juntas desenvolveram a Associação Hípica para deficientes de Faro, com o propósito de contribuir para o aumento das respostas com benefícios terapêuticos direcionadas para indivíduos com deficiência. Passados nove anos, na sequência das suas férias no Algarve, e depois de ter estado envolvida nesta abordagem, Katheryn Watson decide desenvolver uma associação semelhante em Lisboa

– a Associação Hípica para deficientes de Cascais – direcionada à população com paralisia cerebral (Lobo, 2003).

O interesse por esta abordagem tem sido crescente até aos dias de hoje, e este facto é visível através dos artigos e dos livros que vão sendo publicados, e das dissertações que vão sendo realizadas. Também se pode verificar que, cada vez mais, se consegue encontrar entidades que contemplam esta abordagem no âmbito das suas atividades terapêuticas, bem como entidades e universidades que tornam elegíveis os profissionais para desenvolver as mesmas, através da promoção de formação e treino especializados nesta área.

1.1.2 Conceitos de equitação terapêutica e hipoterapia

É na questão da terminologia que podem surgir algumas dúvidas, porém, de forma paralela, esta investigação pretende contribuir para o esclarecimento das mesmas.

É importante, a título introdutório, esclarecer que a equitação com fins terapêuticos, conceito este muitas vezes utilizado em Portugal, refere-se às intervenções que envolvem a colaboração do cavalo como meio facilitador, procurando melhorar e desenvolver as funcionais dos indivíduos. É, portanto, um conceito geral que inclui diferentes valências (SHP, s.d.).

Segundo o modelo alemão, posteriormente adotado pela HETI, existem três valências: a hipoterapia, a equitação psicoeducacional (também designada por equitação terapêutica) e a equitação desportiva/recreativa adaptada (Leitão, 2008). Importa referir ainda que este foi considerado o modelo europeu, pelo qual Portugal se rege. Esta investigação foca-se na equitação terapêutica e na hipoterapia.

A hipoterapia é uma especialização das terapias assistidas por cavalos. Denomina o método terapêutico que usa o movimento do cavalo como parte integrante do programa de intervenção para atingir os objetivos terapêuticos. E não pretende atingir objetivos equestres (Macauley & Gutierrez, 2004).

Os objetivos terapêuticos são delineados pelos técnicos de reabilitação, entre os quais o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o terapeuta da fala. São também estes técnicos que conduzem as sessões de hipoterapia, no âmbito do exercício da sua área de formação, com o apoio do monitor ou instrutor de equitação (AHA, 2019; SHP, s.d.). Os

objetivos terapêuticos são neuromotores (SHP, s.d.), mas podem ser também cognitivos, comportamentais, entre outros. Dependem da avaliação que é, inicialmente, efetuada por parte dos terapeutas (CanTRA, 2013).

Na hipoterapia, o cliente não tem qualquer influência sobre o cavalo, sendo o movimento do cavalo que influencia o cliente (Macauley & Gutierrez, 2004), uma vez que este permanece, ao longo de toda a sessão, sempre montado (AHA, 2019; Macauley & Gutierrez, 2004).

É indicada para indivíduos com perturbações mais profundas e que interagem menos com o meio em que estão envolvidos (CanTRA, 2013).

A equitação terapêutica designa as atividades que utilizam o cavalo para pessoas com necessidades especiais, atendendo às necessidades específicas de cada cliente (AHA, 2018; CanTRA, s.d.). Nesta valência os objetivos são de ordem psicomotora e educacional, e podem ser ensinadas competências de equitação (AHA, 2018; SHP, s.d.).

Esta valência pode ser desenvolvida por monitores ou instrutores de equitação que receberam formação e treino especializado (SHP, s.d.), muitas vezes certificados para trabalhar com indivíduos com deficiência (AHA, 2018). Também pode ser desenvolvida por técnicos de saúde ou de educação em estreita parceria com todos os intervenientes de reabilitação (educadores, psicólogos e terapeutas) (SHP, s.d.).

Em relação à terminologia utilizada, a AHA (2018) reconhece que a designação “equitação terapêutica” pode remeter para uma ideia de terapia, o que não vai ao encontro do que é pretendido. Assim sendo, esta associação recomenda que o conceito utilizado seja antes o de “equitação adaptativa”, para que os destinatários compreendam melhor o seu significado.

O cavalo possui diversas qualidades, o que permite estimular uma série de áreas. Independentemente da vertente, como o instrumento de trabalho é o mesmo, em ambas se trabalha aspetos semelhantes, entre os quais os domínios físico-motor, sensorial, cognitivo, entre outros (CanTRA, s.d.).

1.1.3 Contextos de intervenção em diferentes populações

A incorporação do cavalo tem vindo a revelar-se uma abordagem promissora na intervenção dirigida à população com deficiência física e/ou cognitiva (Borton & Ogburn, 2009; Roa & Rodríguez, 2015).

O cavalo pode ainda ser utilizado no âmbito da psicoterapia (Brinn, 2013; Lentini & Knox, 2009), em diferentes populações, como nos mostram os estudos seguintes.

Trotter, Chandler, Bond e Casey (2008) desenvolveram um estudo que teve como objetivo comparar o comportamento de crianças e adolescentes em risco académico ou com desajustes sociais, do terceiro ao oitavo ano de uma escola nos Estados Unidos, antes e depois de um programa de psicoterapia assistido por cavalos.

Este programa foi desenvolvido em várias sessões de duas horas, ao longo de doze semanas consecutivas, e incluiu vários tipos de atividade (Trotter et al., 2008).

Contou com a participação de cento e vinte e seis alunos, sendo que estes foram divididos em pequenos grupos, com indicação de problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem e de desajustes sociais. Os objetivos das atividades prendiam-se com a facilitação da comunicação, a assertividade, a liderança, a responsabilidade, a confiança, o trabalho em equipa e o relacionamento cooperativo (Trotter et al., 2008).

Após estas duas doze semanas de intervenção, foram verificadas melhorias no comportamento dos participantes, entre as quais a diminuição da ansiedade, de sintomatologia depressiva, de comportamentos agressivos, melhoria da autoestima, das competências adaptativas e da capacidade de liderança (Trotter et al., 2008).

Klontz, Bivens, Leinart e Klontz (2007) levaram a cabo um estudo que pretendia verificar a eficácia de um programa terapêutico, o qual combinou a colaboração do cavalo com a utilização de metáforas e a inversão de papéis, entre outras ferramentas.

Ainda que os autores não tenham especificado o diagnóstico apresentado pelos participantes, os resultados revelam a diminuição do seu sofrimento psicológico, tendo estes referido sentirem-se mais capazes de viver no momento presente e menos sobrecarregados com sentimentos negativos, como é o caso da culpa e do arrependimento. Esta evidência pode sugerir a utilização desta abordagem na intervenção com indivíduos que sofrem de *stress* psicológico (Klontz et al., 2007), depressão, ansiedade, traumas,

problemas de comportamento, podendo proporcionar a melhoria das relações entre indivíduos, da autoestima, autoconsciência, empatia, consciência emocional, autocontrole e a capacidade de o indivíduo permanecer no presente (Fleming, 2015). Pode também sugerir a sua utilização na intervenção com indivíduos que sofrem de *stress* pós-traumático (Cramer, 2014; Marchand et al., 2021). Ainda que, neste último caso, ainda não se possa retirar conclusões definitivas, as evidências sugerem, fortemente, a realização de mais estudos que as corroborem (Marchand et al., 2021).

Schultz, Remick-Barlow e Robbins (2007) também testaram a eficácia de um programa de psicoterapia assistido por cavalos, utilizando, também, as metáforas. No programa participou um grupo de crianças e jovens, entre os quatro e os dezasseis anos, que testemunharam violência familiar. Estas, por sua vez, podem ser propensas a problemas de comportamento, perturbações de saúde mental, inclusivamente, ansiedade, raiva, depressão, baixa autoestima, hiperatividade e défice de atenção.

Os resultados deste estudo revelam que os participantes apresentaram, no final do programa, melhorias ao nível da autoestima, da confiança pessoal, da comunicação, da eficácia interpessoal, da configuração de limites, bem como da coesão grupal (Schultz et al., 2007).

Francesca Del Rizzo (2017), tendo por base a abordagem terapêutica desenvolvida por EAGALA, começou a trabalhar com um modelo terapêutico próprio. Ao contrário do que acontece nas sessões da EAGALA, Rizzo prefere estar sozinha com os clientes no local onde são realizadas as sessões, apenas com um cavalo para garantir uma maior segurança. E tem em conta a abordagem das construções pessoais, em que a experiência deve ser o resultado dos esforços (até certa medida) do próprio indivíduo. De acordo com esta perspetiva, o papel da pessoa que conduz a sessão é ajudar a projetar e a implementar os pensamentos e as ideias de cada indivíduo, bem como ajudar na interpretação dos resultados e na elaboração de hipóteses comportamentais mais convincentes.

No seu artigo, Rizzo (2017) ilustra a intervenção que fez no âmbito do seu modelo, com uma mulher que começou a vivenciar sentimentos como a desconfiança e ciúmes, levando-a a ações que desagradaram o seu marido, motivo pelo qual a abandonou.

Após a separação, esta mulher viveu um momento de grande ansiedade, tendo inclusive pensado em suicídio. A determinada altura da terapia antidepressiva que estava

a conduzir, Rizzo (2017) propôs-lhe a realização das sessões seguintes no picadeiro, onde poderia interagir com um cavalo.

Depois da proposta aceite, seguiram-se duas sessões, nas quais Rizzo (2017) foi desenvolvendo algumas atividades com a sua cliente. Esta foi convidada a refletir sobre várias questões, entre as quais o ritmo do cavalo, as suas paragens, o seu comportamento quando a seguia por um caminho e não por outro, assim como as questões do relacionamento com o marido. Foi também convidada a refletir como é que as coisas negativas se poderiam transformar em coisas positivas.

Com a ajuda do cavalo, esta mulher chegou a diversas conclusões que a permitiram alcançar um maior nível de consciencialização. As novas construções do seu pensamento tornaram-se ferramentas que utilizou para compreender o comportamento do cavalo e, por conseguinte, começou a interpretar o comportamento, as palavras e as atitudes do marido de uma maneira diferente. Questões como, por exemplo, os ciúmes tornaram-se confiança e as noites que passava sozinha em casa, tornaram-se em noites que podia ver os seus amigos ou dedicar-se aos seus *hobbies*. Consequentemente, o casal decidiu viver novamente junto e desistiram da ideia do divórcio (Rizzo, 2017).

A autora defende que os cavalos utilizados em contexto terapêutico podem ser poderosos facilitadores de experiências e que todo o ambiente do picadeiro pode ser visto como uma metáfora e uma fonte potencial de novas metáforas para os indivíduos envolvidos. Segundo Miller Mair (1976, como citado em Rizzo, 2017), por meio de metáforas “novos significados poderiam ser explorados sem culpa ou ameaça esmagadora”.

Já Sexauer (2011) na sua dissertação de mestrado desenvolveu um estudo com o qual pretendia analisar o toque entre os humanos e cavalos em contexto terapêutico, da perspectiva dos profissionais que desenvolvem intervenções nas quais incorporam os cavalos. Uma das conclusões deste estudo é que, em vítimas de abuso, que foi a população que beneficiou das intervenções, o encontro com os cavalos, promoveu melhorias na confiança, autoestima, oportunidade de definir limites e uma experiência de toque que não era violenta nem sexual.

No entanto, da mesma maneira que se aconselha e sugere a prática da equitação terapêutica e hipoterapia para algumas populações, importa saber que é desaconselhada para outras. Nomeadamente, para indivíduos com medos e fobias num grau elevado, com

problemas de comportamento que possam pôr em risco o cavalo, o próprio ou terceiros, com problemas psiquiátricos graves e/ou que revelem uma forte rejeição ao cavalo (Janiro, 2015), assim como indivíduos com tendência a hemorroidas, epilepsia descontrolada e hemofilia (Granados & Agís, 2011). É ainda desaconselhada a indivíduos com alergias ao pelo do cavalo, que tenham comprometimentos físicos que os impeçam de se posicionar de forma correta sobre o animal, que tenham hérnia de disco, osteoporose, insuficiência respiratória ou problemas cardíacos (Medeiros & Dias, 2008).

1.2 Intervenção em necessidades educativas especiais

1.2.1 Modelos e práticas

A perspetiva em relação às pessoas com deficiência foi, ao longo do tempo, sofrendo algumas alterações a nível internacional, contradizendo-se dependendo da sociedade. Tomemos como exemplo, na Antiguidade Clássica, os bebés com deficiência eram eliminados à nascença (Madureira & Leite, 2003). Na Idade Média, os cegos eram considerados, numas sociedades, possuídos por espíritos malignos, ao passo que noutras, considerados divinos, acreditando-se que possuíam uma visão sobrenatural e que eram capazes de comunicar com os deuses (Fernandes, 2002).

É então que a Igreja se assume, baseada num modelo assistencial, como grande influência na proteção de indivíduos com deficiência, assim como de crianças órfãs e de idosos. A ideia de que tratar bem estas pessoas leva à obtenção das graças de Deus, conduziu à fundação de asilos e hospitais onde eram prestados os cuidados primários, como é o caso da alimentação, entre outros (Fernandes, 2002).

A partir do século XVI, a sociedade começou a querer compreender os indivíduos com deficiência com o intuito de suprir as suas necessidades. Este objetivo orientou a realização de algumas experiências e estudos levados a cabo por médicos, religiosos e estudiosos, que focalizaram o seu interesse na área da educação (Madureira & Leite, 2003).

De entre os trabalhos concretizados, pode-se destacar os trabalhos de L'Épée, que melhorando o trabalho de Jacob Rodrigues Pereira, desenvolveu um sistema codificado de gestos, que, mais tarde, deu origem à língua gestual francesa; e de Louis Braille, que desenvolveu o sistema de leitura para cegos (Madureira & Leite, 2003).

No século XVIII, alguns indivíduos cegos tornaram-se conhecidos no âmbito da música, da poesia e da matemática. E foi a partir do século XIX, que a prestação de cuidados primários deu lugar à educação das crianças e jovens, bem como à reabilitação dos adultos. Com esse propósito, os indivíduos cegos e surdos, e, posteriormente, os indivíduos com deficiência mental ingressaram em instituições específicas segregadas das comuns, com fins residenciais e educativos (Fernandes, 2002).

Derivados a alguns fracassos dos objetivos propostos nessa altura, a institucionalização passou a ser vista de duas maneiras. Por um lado, como um meio ao serviço da proteção do indivíduo com deficiência, por outro, um meio de proteção da sociedade. Como aconteceu nos séculos anteriores, os indivíduos com deficiência voltavam agora a representar uma ameaça ou perigo social (Fernandes, 2002).

Porém, foram realizados diversos estudos científicos, com o intuito de compreender mais e melhor estes indivíduos, diferenciar os tipos de deficiência, assim como os graus e as características das mesmas (Madureira & Leite, 2003). Os resultados destes estudos contribuíram para a reafirmação da institucionalização, como modelo de serviço educativo único para estes indivíduos. O que, por sua vez, potenciou o aumento da criação de instituições em vários países (Fernandes, 2002).

Dos teóricos envolvidos nestes estudos, pode-se destacar Pinel, que foi o primeiro a escrever sobre o atraso mental; Itard, que além de ter estudado as deficiências auditiva e mental, acompanhou de perto o caso do “menino selvagem” de Aveyron; Séguin, que estudou a deficiência mental e desenvolveu propostas de educação para esta população, com base no treino sensório-motor; Simon e Binet, que desenvolveram técnicas de avaliação da inteligência, que foram bastante utilizadas na classificação dos níveis de deficiência intelectual e, conseqüentemente, na possibilidade da educação ou treino destes alunos (Jiménez, 1997).

Começou-se, de forma progressiva, a iniciar e a estender a escola básica pública às sociedades ocidentais, de natureza obrigatória (Madureira & Leite, 2003), o que conduziu a um aumento exponencial de casos de dificuldades de aprendizagem (Fernandes, 2002). Por outro lado, contribuiu para um rastreio e identificação das problemáticas destes alunos (Madureira & Leite, 2003).

O foco era agora procurar as soluções terapêuticas e educativas que mais se adequassem aos alunos com deficiência, o que levou à criação de escolas ou de classes especiais, anexas às escolas regulares (Madureira & Leite, 2003).

Foi na década de 40, que em Portugal surgiu o primeiro centro de observação e diagnóstico médico-pedagógico para crianças que não se desenvolvessem de forma normal – Instituto António Aurélio da Costa Ferreira –, e as primeiras classes especiais anexas às escolas públicas do primeiro ciclo (Silva, 2009).

Os alunos eram avaliados com as técnicas de Simon e Binet, as quais permitiam identificar quais os alunos com atrasos mentais e que não se enquadravam no regime educativo normal. Estes eram então encaminhados para as classes anexas às escolas públicas (Madureira & Leite, 2003).

A par da criação de estruturas para receber os alunos com deficiência, emergia também a necessidade de formar professores especializados que pudessem assegurar o atendimento e a educação desta população (Madureira & Leite, 2003).

As perspetivas médicas e os avanços tecnológicos tornaram-se alicerces ao aparecimento de metodologias de ensino especiais, os quais objetivavam potencializar as capacidades dos alunos e que estes conseguissem superar algumas das suas dificuldades (Madureira & Leite, 2003).

Nas últimas décadas do século XX, verifica-se que se começa a tentar identificar as implicações e exigências que as características das diversas problemáticas dos alunos colocam à educação, com o intuito de as integrar na escola regular (Madureira & Leite, 2003).

A ideia de integrar os alunos com deficiências nas estruturas regulares de ensino sustenta-se no princípio da normalização, no sentido de aceitação de todos os indivíduos, independentemente das diferenças individuais, reconhecendo-lhes o direito de ter uma vida tão normal quanto possível (Silva, 2009).

Existem várias formas de integração escolar: a integração física (que se concretiza nos centros de educação especial situados perto das escolas regulares, em que alguns espaços são compartilhados, ainda que a organização pedagógica seja diferente); a integração funcional (em que os alunos com ou sem deficiência utilizam os mesmos recursos e espaços, em tempos sucessivos ou simultâneos, com ou sem objetivos comuns, dependendo das situações); a integração escolar (que consiste na inserção de alunos com

características diferentes em grupos ou turmas regulares); e a integração na comunidade (que prevê a continuação da integração na vida extraescolar, durante a infância, a juventude e a idade adulta) (Madureira & Leite, 2003).

A integração é, também, vista através de níveis que vão desde um ambiente escolar normal (apropriados para a maioria dos casos) a contextos mais restritivos (adequados para um número mínimo de casos), originando os “modelos em cascata” (Madureira & Leite, 2003).

Exemplo de um modelo em cascata é o que Reynolds apresentou (1962, como citado em Madureira & Leite, 2003). Este modelo contempla oito níveis educativos, desde o mais integrador ao mais segregacionista: classe regular; classe regular com apoio consultivo; classe regular com apoio de especialistas itinerantes; classe regular com classe de apoio; maior parte do tempo na classe especial e participação na sala regular; classe especial numa escola regular; escola especial; e escola interna. Estes últimos deveriam ser considerados apenas se os anteriores se revelassem impossíveis.

Nos EUA, no ano de 1975, surgiu uma lei que exigiu que, em todos os estados, as entidades educativas proporcionassem a todas as crianças e jovens com deficiência a educação adequada às necessidades de cada um, assim como a participação dos pais nas decisões educativas e o recurso à educação o menos restrita possível (Silva, 2009).

O que esta lei trouxe de novo foi o apelo à educação o menos restrita possível. Desta forma, os alunos com deficiência inserir-se-iam em contextos normais na medida do que as suas necessidades permitissem. Assim sendo, as escolas deveriam aceitar todas as crianças e procurar modelos de educação orientados para cada uma, tendo em conta as suas características. A perspetiva educacional revelou estar a mudar novamente. A integração dava lugar à inclusão, sendo este o paradigma pelo qual se regem os sistemas de educação nos dias de hoje (Madureira & Leite, 2003).

Em Portugal, a integração dos alunos com deficiência no ensino regular iniciou-se em 1977, depois da democratização da sociedade resultante da revolução de 25 de abril. Primeiro para o ensino básico e o ensino secundário. Depois para o ensino primário. Em último lugar, para os Jardins de Infância (Ferreira, 2002).

Na década de 90, a escolaridade obrigatória estendeu-se a todas as crianças e jovens, com ou sem deficiência. O que conduziu a uma adaptação, por parte das entidades escolares regulares, aos alunos com deficiência e às suas necessidades. Um exemplo dessa

adaptação foi a elaboração dos PEI, que definem, ainda hoje, as necessidades específicas destes alunos, assim como as respostas educativas mais adequadas (Madureira & Leite, 2003).

No ano de 1994 realizou-se a Conferência de Salamanca, na cidade espanhola de Salamanca. Representada por vários países do mundo, incluindo Portugal, nesta foi adotada a designação de escola inclusiva, sobre o compromisso de uma escola para todos, aceitando as diferenças de cada um. É responsabilidade destas instituições responder às necessidades individuais dos alunos, apoiando e promovendo a aprendizagem dos mesmos (Declaração de Salamanca, 1994).

Desta conferência resultou a Declaração de Salamanca, em que se inserem os princípios pelos quais a conferência se regeu e as práticas preconizadas na área das NEE, com o intuito de as levar a cabo. Este documento, entre outros, pretende ser um guia para os governos e as organizações dos diferentes países operacionalizarem o que foi apelado, de maneira a expandir o paradigma da inclusão (Declaração de Salamanca, 1994).

O tema da inclusão não é estático e o interesse em perceber o que funciona melhor, move aqueles que estão envolvidos no âmbito da educação. Neste sentido, os modelos de resposta aos alunos com e sem deficiência continuaram a surgir. Entre os quais o modelo de atendimento à diversidade (Correia, 2003), que surge com o objetivo de tentar dar resposta à diversidade de forma mais adequada. Este modelo assenta em quatro pressupostos: o conhecimento do aluno e dos contextos naturais onde está inserido; a planificação, que tem por base o currículo comum e é ajustada conforme o projeto educativo da escola, o ano que o aluno frequenta e o plano de ação inicial ou o PEI; a intervenção adequada, sustentada na informação obtida pelos pressupostos anteriores; e a reavaliação, que se refere ao conjunto de decisões referentes à adequação da programação delineada para o aluno.

Em Portugal foram surgindo ajustes à legislação nacional, o que pode ser ilustrado com o Despacho Conjunto n.º 105/97 de um de julho, o qual contribui para a igualdade de oportunidades de sucesso e qualidade educativa para todas as crianças e jovens, através da existência de condições para a integração socioeducativa dos alunos com NEE e da articulação com os recursos existentes noutras estruturas e serviços. Este despacho foi operacionalizado através da colocação, em escolas, de professores com formação especializada no apoio educativo e a identificação das necessidades dos alunos.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 6/2001 de dezoito de janeiro, a modalidade de educação especial é oferecida aos alunos com NEE de caráter permanente.

Com a Lei n.º 21/2008 de doze de maio, a educação especial passa a ter como objetivo a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida pós-laboral ou profissional destes alunos. A escola inclusiva deve ser integradora sempre que possível, desde que daqui não resulte qualquer tipo de segregação ou de exclusão da criança ou jovem com NEE. A menos que a aplicação das medidas se revele, comprovadamente, insuficientes devido ao tipo e o grau de deficiência do aluno, é que os intervenientes no processo de referenciação e de avaliação podem propor a frequência dos mesmos numa instituição de educação especial. Esta lei prevê que as instituições tenham como missão a escolarização obrigatória destes alunos, assim como a integração na vida ativa.

Estas leis são as que, nos dias de hoje, vigoram, sempre com o intuito de fazer mais e melhor por e para todos os alunos, reconhecendo o direito que os alunos com deficiência têm à educação o menos restrita possível.

1.2.2 Conceito de necessidades educativas especiais

A integração das crianças e jovens em escolas regulares, referida anteriormente, remete para a ideia de escola inclusiva (Sanches & Teodoro, 2006). A escola inclusiva pretende desenvolver uma pedagogia centrada nos alunos, tendo em conta as suas características e necessidades (Declaração de Salamanca, 1994). Uma vez que o intuito é obter o sucesso educativo de todos, torna-se essencial, sempre que possível, providenciar serviços e apoios adequados para os alunos com NEE (Correia, 1999).

Esta abordagem vai-se afirmando com os trabalhos científicos realizados nesta época, entre os quais o *Warnock Report*, que surgiu em 1978 e que introduz o conceito de NEE. É em 1981, contudo, com o *Education Act*, que o conceito de NEE é oficialmente definido, referindo-se às crianças em idade escolar que apresentam qualquer tipo de dificuldade de aprendizagem, e que por isso, necessitam da intervenção da educação especial individualizada (Sanches & Teodoro, 2006).

Brennan (1988, como citado em Madureira & Leite, 2003) considera que existe uma necessidade educativa especial quando uma deficiência, seja em que domínio for,

compromete a aquisição da aprendizagem do aluno, ao ponto de ser necessário a realização de um currículo diferente ou o beneficiar de condições de aprendizagem adaptadas, ambos ajustados às características do aluno. Esta necessidade pode manifestar-se em diferentes graus e pode ser de carácter permanente ou temporário.

Consegue-se perceber que estas duas definições têm entendimentos diferentes acerca das NEE. A primeira engloba nas NEE as crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem e a segunda inclui as crianças com deficiência. Pode-se colocar a hipótese de as dificuldades de aprendizagem serem consideradas consequência de uma deficiência, e no primeiro caso esta estar subentendida. Ambas as definições são consensuais no que toca ao apoio que os alunos devem ter. Esta interpretação pode ser corroborada com a definição do conceito de NEE, segundo a Declaração de Salamanca (1994, p. 6), em que as NEE englobam “todas as crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares. Muitas crianças apresentam dificuldades escolares e, conseqüentemente, têm necessidades educativas especiais, em determinado momento da sua escolaridade”.

Segundo Correia (1999), pode-se considerar as NEE como um grande grupo que abarca várias populações. As NEE podem ser classificadas como necessidades permanentes, como é o caso das necessidades de carácter sensorial (cegos, amblíopes, surdos e hipoacústicos), emocional (psicoses, problemas de comportamento e outros comportamentos graves), intelectual (deficiência mental nos vários graus e sobredotados), motor (paralisia cerebral, espinha bífida, distrofia muscular e outros problemas motores) ou processológico (dificuldades de aprendizagem), bem como o autismo, traumatismo craniano, ou outros problemas de saúde, como por exemplo epilepsia, entre outros; ou necessidades temporárias, como é o caso dos problemas ligeiros relacionados com a aprendizagem da leitura, da escrita e do cálculo, assim como dos problemas ligeiros ao nível do desenvolvimento das funções superiores. Com o Decreto-Lei n.º 54/2018 de seis de julho, o termo NEE deixa de existir, sendo substituído pelo termo necessidades de saúde especiais (NSE).

Segundo Correia (1999), as necessidades permanentes e as temporárias exigem diferentes medidas a adotar no âmbito da educação. Assim sendo, as NSE permanentes são aquelas que exigem adaptações generalizadas ao currículo do aluno, que se mantêm ao longo de todo o seu percurso escolar, ou na sua maioria. As NSE temporárias exigem

também adaptações ao currículo escolar, ainda que parciais, num determinado momento do seu desenvolvimento.

Nesta investigação a terminologia utilizada deve-se à opção de empregar o conceito de “necessidades educativas especiais” para abarcar um leque variado de problemáticas, mesmo depois do período escolar. Após o período escolar obrigatório, os indivíduos podem continuar a precisar de respostas adaptadas às suas necessidades. E são, também, essas respostas que são mencionadas no próximo tópico.

1.2.3 Necessidades educativas e inclusão: que respostas?

O caminho percorrido até se chegar ao paradigma da inclusão foi longo e progressivo (Madureira & Leite, 2003). Ainda hoje são feitos ajustes em direção a mais e melhores meios e ações de operacionalizar a inclusão no âmbito da identificação de problemáticas e consequente intervenção.

A resposta dada às crianças com deficiência na infância era reduzida e limitada, até meados de 1980, quando Joaquim Bairrão introduziu a noção de intervenção precoce (IP) em Portugal. A partir desta altura, alicerçados no modelo bioecológico de Bronfenbrenner, foram desenvolvidos programas que envolviam a família das crianças, tais como os de Bairrão (Pinto et al., 2009) e de Dunst (Rafael & Piscalho, 2016).

A deteção precoce de alterações no desenvolvimento de uma criança, assim como a atuação por parte de profissionais especializados combinada com a estimulação da própria família é fulcral. Pode atenuar ou até mesmo evitar determinadas incapacidades na vida futura da criança (Bairrão & Felgueiras, 1978).

Em 1999 foi publicado o Despacho Conjunto n.º 891/99 de dezanove de outubro, no qual são englobadas as orientações que a IP deve seguir, sendo direcionada a crianças até aos seis anos, especialmente dos zero aos três, e que apresentem deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento. E em 2009 é publicado o Decreto-Lei n.º 281/2009 de seis de outubro, que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce.

Em idade escolar, tendo em conta a obrigatoriedade do ensino, é crucial que existam respostas que apoiem a educação das crianças e jovens com NEE num contexto inclusivo. É, assim, necessário investir na formação de profissionais especializados em educação especial. É, igualmente, fundamental investir em psicólogos da educação para

que, em articulação com os professores e com as famílias, contribuam para o planeamento que melhor se adequa ao aluno. Importa também referir que se começou a elaborar o PEI, que tem por base a diferenciação pedagógica. Inclui, entre outras, a informação referente ao aluno e aos contextos de aprendizagem em que está inserido, assim como a sua avaliação nos parâmetros: cognição, comportamento adaptativo, linguagem e aproveitamento (Correia, 2008, como citado em Correia & Tonini, 2012).

De acordo com a Lei n.º 21/2008 de 12 de maio, existem também outras respostas que, em articulação com a escola e as famílias, podem contribuir para o desenvolvimento global destes alunos. É o caso de serviços de ambulatórios nas instituições, que oferecem consultas de avaliação e integração nas áreas terapêuticas disponíveis que sejam consideradas as mais adequadas. É aqui que a equitação terapêutica e a hipoterapia podem ser realizadas.

Existe ainda a possibilidade de encaminhamento para um percurso vocacional, para alunos a partir dos treze anos (DGEsTE, s.d.), ou, de acordo com o Decreto-Lei n.º 55/2018 de seis de julho, a implementação de um sistema modular, como é o caso dos CEF.

Para o caso destas medidas não se revelarem a melhor intervenção, dado o tipo e o grau de deficiência dos alunos, é então proposto, de acordo com a Lei n.º 21/2008 de doze de maio, o encaminhamento destes para instituições de educação especial, que podem ser públicas, particulares ou cooperativas.

É fundamental haver uma preparação da transição dos alunos com NEE para a vida pós-escolar. E é com esse objetivo que surgem, nos últimos anos de frequência escolar, e de acordo com a mesma lei, as estratégias e dinâmicas por parte das escolas.

Após o período escolar obrigatório, e tendo sempre em conta as características e as competências do indivíduo, podem ser consideradas várias possibilidades. Uma delas consiste em dar continuidade aos estudos ingressando na universidade (Santos, Gonçalves, Ramos, Castro & Lomeo, 2015). Outra passa pela qualificação e ativação de medidas de emprego apoiado (IEFP, s.d.). Em casos mais graves, e de acordo com a Portaria n.º 432/2006 de três de maio, existe a possibilidade de integração em centros de atividades ocupacionais.

Em qualquer um dos casos são promovidos o envolvimento e a articulação com a comunidade, para que esta possa responder melhor à diversidade humana. Pode ainda

existir o acompanhamento contínuo do indivíduo, para que as suas necessidades sejam, incessantemente, respondidas. É, então, deste modo, que a sociedade promove a estimulação, a qualidade de vida, o bem-estar e a concretização de sonhos e objetivos, consoante o caso, dos indivíduos com NEE.

1.3 Equitação terapêutica e hipoterapia em populações específicas com NEE

1.3.1 Síndrome de Down

A síndrome de Down, também denominada por trissomia 21, é causada por uma mutação no cromossoma 21. Por outras palavras, um indivíduo nesta condição não tem um par, mas sim um trio de cromossomas no cromossoma 21, e por isso, o indivíduo possui, no total, quarenta e sete cromossomas, e não quarenta e seis, como é geralmente composto o genoma humano (Posada, Palacio & Berbesi, 2012).

A alteração deste cromossoma específico faz com que os indivíduos nasçam com um conjunto de características físicas específicas, que por sua vez, torna estes indivíduos fisicamente semelhantes. Entre estas características pode-se salientar a fissura da pálpebra oblíqua e a cara achatada. Além disto, existem outros aspetos que caracterizam estes indivíduos, tais como defeitos cardíacos, hipotonia (tonicidade muscular abaixo da normal), alterações da linguagem, deficiências auditivas e problemas de comportamento e adaptação, entre outros (Posada et al., 2012).

As terapias com recurso ao cavalo são, também, utilizadas com esta população, pois além dos benefícios em relação ao comportamento do indivíduo, podem também promover a melhoria da postura, dos movimentos e do equilíbrio (Almeida, 2018; Posada et al., 2012).

Posada et al. (2012), desenvolveram um estudo descritivo, com o objetivo de compreender se a equitação terapêutica é uma boa alternativa para ser utilizada na intervenção com indivíduos com síndrome de Down, uma vez que estes devem ser estimulados desde bebés e ao longo de toda a sua vida.

A amostra deste estudo foi constituída por catorze indivíduos com síndrome de Down, com idades compreendidas entre os seis e os cinquenta e seis anos. Estes indivíduos frequentaram um programa de equitação terapêutica ao longo de seis meses (Posada et al., 2012).

Após estes seis meses de intervenção, várias foram as melhorias observadas. Os participantes deste estudo melhoraram a sua postura e flexibilidade, a sua destreza no maneio do cavalo, as capacidades sociais, de comunicação, as relações interpessoais, e a identificação e repetição de conceitos como cores, alfabeto e as formas geométricas. Além disto, foi verificado o aumento do seguimento das instruções, bem como do envolvimento nos jogos propostos (Posada et al., 2012).

Já Espindula et al. (2016) quiseram perceber quais os efeitos que a hipoterapia poderia ter na intervenção com esta população. Neste sentido, desenvolveram um estudo no qual participaram cinco indivíduos, que teve como objetivo avaliar a postura de indivíduos com síndrome de Down, antes e após a intervenção com recurso à hipoterapia.

Neste estudo, as sessões de hipoterapia perfizeram um total de vinte e sete sessões, com uma duração de trinta minutos, uma vez por semana (Espindula et al., 2016).

Este estudo revelou que a hipoterapia promove melhorias ao nível da postura, mostrando que é indicada para indivíduos com síndrome de Down. Foram então verificadas melhorias no alinhamento do ombro, da cabeça, da anca, dos membros inferiores, melhorias no equilíbrio e aumento do alcance de movimento, assim como a diminuição da cifose (desvio da coluna vertebral caracterizado por aumento da convexidade posterior) e da protrusão (acontece quando um órgão que, devido ao crescimento anormal, se encontra à frente de outro órgão que aquele, em circunstâncias normais, não ultrapassaria). Este estudo revelou que a hipoterapia promove ainda melhorias no desempenho motor, como a capacidade para correr, saltar e andar (Espindula et al., 2016).

Os estudos que têm vindo a ser realizados neste âmbito mostram que a equitação terapêutica e a hipoterapia podem contribuir para melhorar a funcionalidade do indivíduo com síndrome de Down, assim como as dificuldades que lhe são características, sendo por esse motivo, indicada para esta população (Almeida, 2018; Espindula et al., 2016).

1.3.2 Perturbações do espectro do autismo

As perturbações do espectro do autismo dizem respeito a um grupo de distúrbios do desenvolvimento neurológico, caracterizados por deficiências persistentes na

comunicação e interação social, e por padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades ou interesses, que podem ser caracterizados a vários níveis (APA, 2014).

Atualmente, neste grupo de distúrbios estão inseridos os antes denominados de autismo infantil precoce, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, perturbação desintegrativa da infância (também denominada Síndrome de Heller) e síndrome de Asperger (APA, 2014).

Os sintomas são reconhecidos, geralmente, durante o segundo ano de vida, no entanto, podem ser identificados antes dos doze meses ou após os vinte e quatro meses de idade (APA, 2014).

A abordagem terapêutica com recurso ao cavalo pode ser uma boa aposta na intervenção com esta população, uma vez que esta é capaz de facilitar a interação e o relacionamento social primeiramente com um outro ser vivo animal. Facilita a construção de amizades e promove o estabelecimento de uma relação, através das atividades realizadas, tais como o alimentar e o aparelhar o cavalo, por exemplo (Lermontov, 2004).

Um estudo levado a cabo por Leitão (2004) pretendeu constatar a influência de um programa de equitação terapêutica e validar a sua eficácia no desenvolvimento e no comportamento de crianças autistas.

Neste estudo participaram cinco crianças com idades compreendidas entre os cinco e os dez anos, sem qualquer experiência anterior com cavalos, ou terapias com outros animais (Leitão, 2004).

As sessões de equitação terapêutica decorreram uma vez por semana, ao longo de dezasseis semanas, com a participação do mesmo animal, um pônei. Estas sessões foram divididas em dois períodos, sendo que o primeiro integrou a adaptação, que diz respeito à tentativa de estabelecimento de um vínculo de confiança entre a criança, o cavalo e os técnicos envolvidos. Além disto, este primeiro período integrou também o *Backriding* (que é quando o terapeuta monta em simultâneo com o cliente, prestando-lhe apoio ao longo do andamento), que visa promover a independência e a segurança emocional de cada criança (Leitão, 2004).

O segundo período corresponde ao Nível I e ao Nível II, caracterizados por uma complexidade e duração superiores relativamente às sessões do primeiro período. Neste período as sessões foram divididas em duas partes: a individual (em que cada criança

permaneceu sozinha em cima do pônei) e a de emparelhamento (em que cada criança permaneceu em cima do pônei, acompanhada por um colega), nas quais utilizaram-se exercícios de equitação desportiva normal, tendo em conta as características de cada criança (Leitão, 2004).

Após a aplicação deste programa e tendo em conta três aspetos particulares (comportamental, cognitivo e socioafetivo), registaram-se algumas mudanças positivas nos participantes. De uma forma geral, os aspetos positivos remetem para o aumento da confiança das crianças nelas próprias, no animal e nos técnicos, da afetuosidade, da capacidade de expressão gestual, do equilíbrio e do gosto pela tarefa. Além disso, verificou-se também a melhoria da autonomia das crianças, da sua correção postural, da consciência da posição do seu corpo no espaço (sentido proprioceptivo), e a diminuição da agressividade (Leitão, 2004).

Foi ainda possível verificar alguns aspetos negativos, dos quais se podem destacar o agravamento da frequência e intensidade sonora (como gritos, por exemplo) e a atenção dispersa que foram verificados em alguns participantes. Foi ainda possível verificar a manutenção de outros aspetos, entre os quais a capacidade de expressão verbal nula e a capacidade de expressão gestual reduzida (Leitão, 2004).

Segundo este estudo, pode-se assumir que a equitação terapêutica é promotora do desenvolvimento, bem-estar e de comportamentos mais adequados numa criança autista. Além disto, este estudo revela ainda que a área do relacionamento e afeto é a mais favorecida neste tipo de abordagem (Leitão, 2004).

Já Holm et al. (2014) examinaram o impacto de três programas diferentes de equitação terapêutica (uma, três e cinco vezes por semana) em três comportamentos alvo de crianças com diagnóstico de autismo, os quais foram identificados pelos pais, em três ambientes diferentes: na sessão, em casa e na comunidade.

Neste estudo participaram três crianças, uma com oito anos e as restantes com seis. Os pais do participante A, o de oito anos, identificaram como comportamentos alvo: diminuição da tensão ou aperto dos músculos faciais, diminuição do estalo dos dedos e aumento da comunicação espontânea dos desejos e necessidades; os pais do participante B identificaram como comportamentos alvo: diminuição de golpes nas superfícies com a mão, diminuição do empurrão no nariz com as mãos e diminuição de aplausos; e os comportamentos alvo identificados pelos pais do participante C foram: diminuição das

ecolalias, diminuição da salivação e do ato de morder as mãos e os objetos não comestíveis, bem como o aumento das formas verbais usando três ou mais palavras (Holm et al., 2014).

A durabilidade total deste estudo foi de doze semanas (cerca de três meses) e incluiu três fases: ABA, sendo que cada fase teve uma duração de quatro semanas (Holm et al., 2014).

Na fase inicial (A), todos os participantes estavam numa condição de controlo, na medida em que todos eles participaram em sessões de equitação terapêutica, uma vez por semana cerca de trinta a quarenta e cinco minutos, tal como já participavam anteriormente. A fase de intervenção (B) remeteu para o efeito da frequência, na qual os participantes receberam programas diferentes de equitação terapêutica. Deste modo, o participante A recebeu o programa de uma vez por semana, o participante B tinha três vezes por semana e o participante C tinha cinco. Na última fase (A), todos os participantes voltaram a ter apenas uma sessão de equitação terapêutica por semana (Holm et al., 2014).

A recolha dos dados foi feita através do testemunho dos pais das crianças. Neste sentido, no final do estudo, os pais conseguiram identificar melhorias no comportamento dos filhos nos diferentes ambientes, tanto dos comportamentos alvo inicialmente identificados, como em outros comportamentos. Estas melhorias remeteram para o aumento da verbalização, aumento da capacidade de seguir instruções, melhoria da força física e coordenação, e maior capacidade de resposta ao ritmo dos movimentos dos cavalos (Holm et al., 2014).

Além das melhorias relatadas pelos pais, este estudo mostra que o aumento do número das sessões semanais não influenciou o número de mudanças comportamentais positivas (Holm et al., 2014).

Também Borgi et al. (2016) quiseram avaliar a eficácia da TAC na melhoria do funcionamento adaptativo e executivo de crianças com diagnóstico de autismo. Para o efeito, desenvolveram um estudo no âmbito de um programa de TAC, no qual participaram vinte e oito crianças, com idades compreendidas entre os seis e os doze anos. Estas crianças foram aleatoriamente distribuídas por dois grupos: o de controlo e o que utilizou a TAC como estratégia de intervenção.

As sessões de TAC foram realizadas uma vez por semana, durante seis meses, o que fez um total de vinte e cinco sessões para cada criança. Estas sessões tiveram uma

duração de sessenta a setenta minutos, e incluíram atividades comuns e atividades que foram introduzidas de forma gradual (Borgi et al., 2016).

As primeiras sessões tinham como objetivos específicos ensinar às crianças as regras básicas de segurança e melhorar os seus conhecimentos acerca do cavalo, passear com este com a mão, assim como o encorajamento para a alimentação destes animais e a comunicação com os mesmos. Além disto, as crianças estavam, simultaneamente, a seguir instruções e a interagir com o terapeuta e com o cavalo, de forma verbal e não-verbal. Gradualmente, deixaram de passear o cavalo à mão para passarem a montá-lo, a segurar as rédeas e a guiar o animal em torno dos objetos (Borgi et al., 2016).

Depois de participarem neste programa, as crianças inseridas no grupo da TAC, revelaram uma melhoria no funcionamento social e nas habilidades executivas. Assim sendo, este estudo mostra que as crianças com diagnóstico de autismo, uma vez integradas num programa que utiliza o cavalo como agente terapêutico, têm benefícios no contacto com este animal, uma vez que existem evidências do aumento da capacidade de interagir com outras pessoas, da motivação social e das habilidades executivas. Além disto, este estudo aponta ainda efeitos promissores deste tipo de terapia nas habilidades motoras de crianças, uma vez que foram verificadas ainda melhorias a este nível nestas crianças (Borgi et al., 2016).

Pode-se então concluir que existem vários benefícios na utilização da abordagem com recurso ao cavalo como agente terapêutico, na intervenção com crianças e adultos autistas por quatro motivos: são recetivos a animais, não são forçados a conversas verbais, não são confundidos pelas expressões faciais dos humanos e estão mais disponíveis para entender os movimentos corporais dos animais. Além disto, tendem a desfrutar da experiência sensorial quando tocam no pelo dos animais. Tudo isto pode provocar relaxamento e melhorias em diferentes domínios (Thompson, 2018).

1.3.3 Paralisia cerebral

A paralisia cerebral é a designação dada ao grupo de distúrbios neurológicos que afetam o desenvolvimento e a manutenção da postura e do movimento do indivíduo. É causada por lesão cerebral não progressiva e permanente, antes, durante ou após o nascimento. Esta é a causa mais frequente de deficiência nas crianças (NINDS, 2013).

Além dos problemas com a postura e o movimento, os indivíduos com paralisia cerebral podem ter, também, algum nível de deficiência intelectual, convulsões, perturbações nas sensações físicas ou nas percepções, assim como outros distúrbios médicos. Existe ainda a possibilidade de deficiência visual, auditiva, na linguagem e problemas de fala (NINDS, 2013).

Para um melhor entendimento desta condição, é importante referir que existem três tipos de paralisia cerebral (espástico, disquinésia e ataxia), que se distinguem entre si, tendo em conta o local e a extensão da zona afetada, e as alterações de tonicidade muscular (NINDS, 2013).

A paralisia cerebral do tipo espástico é o mais comum, que se caracteriza pela paralisia e aumento de tonicidade dos músculos. Este tipo de paralisia pode manifestar-se de três formas diferentes, ou seja, pode afetar o braço e a mão de um lado do corpo, podendo incluir também a perna do mesmo lado (hemiplegia); pode afetar dois membros iguais, predominantemente as duas pernas (diplegia); e pode, ainda, afetar os quatro membros, superiores e inferiores, em simultâneo (quadriplegia) (NINDS, 2013).

A disquinésia caracteriza-se por movimentos de contorção ou movimentos involuntários e variações na tonicidade muscular (resultantes de lesões nos núcleos cerebrais). Os indivíduos com este tipo de paralisia têm dificuldade para se sentar de forma reta e andar (NINDS, 2013).

Já a ataxia caracteriza-se pela diminuição da tonicidade muscular, falta de equilíbrio e fraca coordenação, decorrentes de lesões no cerebelo ou vias cerebelosas. Deste modo, os indivíduos com este tipo de paralisia têm dificuldade com os movimentos precisos e rápidos, tal como escrever ou abotoar uma camisa (NINDS, 2013).

Também indivíduos com paralisia cerebral podem tirar proveito da hipoterapia, devido às suas características, como supracitado, na medida que esta abordagem permite que os indivíduos superem as suas dificuldades, nomeadamente as dificuldades de manter uma postura correta e fazer determinados movimentos. Além disso, esta abordagem pode ainda ter um impacto positivo na percepção do indivíduo e no reconhecimento de sensações físicas, devido à riqueza de estímulos sensoriais que esta abordagem proporciona (Medeiros & Dias, 2008; NINDS, 2013).

Interessados em perceber quais os efeitos que a hipoterapia poderia ter na atividade muscular de crianças com paralisia cerebral do tipo espástico, Benda,

McGibbon e Grant (2003), desenvolveram um estudo com base num programa de hipoterapia, credenciado pela NARHA, associação que promove diversas atividades com recurso ao cavalo através da educação, comunicação, padrões e pesquisa para indivíduos com ou sem deficiência (NCHPAD: Building Healthy Inclusive Communities, s.d.).

Este estudo envolveu quinze crianças, sendo que duas delas foram mais tarde excluídas, com idades compreendidas entre os quatro e os doze anos, com diagnóstico de paralisia cerebral espástica (Benda et al., 2003).

De uma forma mais específica, este estudo pretendeu comparar os efeitos da prática de hipoterapia, em que a criança estava sentada num cavalo que era ritmicamente móvel, com uma prática diferente. Nesta última, a criança estava sentada num barril, coberto com uma almofada e sustentado em estruturas com uma altura semelhante à de um cavalo médio. Em frente ao barril encontrava-se uma televisão, que permitiu que as crianças visionassem uma videocassete, de modo a facilitar a sua atenção e o seu silêncio. Ao longo da sessão, as crianças assistiram a um vídeo de cavalos, que se traduziu num estímulo visual para elas (Benda et al., 2003).

Para o efeito, as crianças foram aleatoriamente distribuídas pelos dois tipos de prática, cujas durações foram de oito minutos por criança. Foram também avaliadas no início da intervenção e no final, de modo a verificar, no final, possíveis alterações (Benda et al., 2003).

Deste modo, este estudo reforça que a hipoterapia acarreta benefícios para o ser humano. Neste caso, sugere que a hipoterapia é capaz de promover melhorias na assimetria da atividade muscular, uma vez que os resultados das crianças inseridas nesta prática mostram valores mais baixos de assimetria no final da intervenção (Benda et al., 2003). Este resultado, assim como os anteriormente referidos, podem sugerir a indicação desta prática para os indivíduos com paralisia cerebral.

1.3.4 Perturbação de hiperatividade/défice de atenção

A PHDA de atenção traduz-se por um padrão de comportamento que ocorre antes dos 12 anos de idade, sendo mais comum nas crianças e no género masculino. Caracteriza-se por comportamentos persistentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que, conseqüentemente, interferem com o funcionamento e o desenvolvimento do

indivíduo a nível social, académico e ocupacional (APA, 2014; Oliveira, Pereira, Medeiros & Serrano, 2015).

Em termos etiológicos, pode-se assumir que vários são os fatores que estão na origem desta perturbação, tais como disfunções neurológicas (mais concretamente na carência de dopamina e noradrenalina), a genética e a hereditariedade (Gizer, Ficks, & Waldman, 2009, como citado em Oliveira et al., 2015; Spencer et al., 2005, como citado em Oliveira et al., 2015).

A equitação terapêutica pode-se revelar como uma alternativa de intervenção neste tipo de perturbação, uma vez que um dos seus benefícios prende-se com a facilitação do autocontrolo do indivíduo. Além disto, as sessões abrangem atividades que impulsionam o grau de concentração do indivíduo (Medeiros & Dias, 2008).

Cuypers, Ridder e Strandheim (2011), levaram a cabo um estudo em que o principal objetivo foi avaliar o efeito da equitação terapêutica em crianças com PHDA, de forma a determinar se este tipo de intervenção pode contribuir para a melhoria do comportamento, da relação entre a saúde e a qualidade vida, e do desempenho motor. Para o efeito, implementaram um projeto semiexperimental, no qual participaram cinco crianças, todas do género masculino, com idades compreendidas entre os dez e os onze anos, com diagnóstico de PHDA, e que reagiram de forma positiva ao medicamento Concerta, tomando-o durante mais de um ano.

Este projeto incluiu dois pré-testes e dois pós-testes, com oito semanas de intervalo, e incluiu ainda a colaboração dos pais e dos professores (Cuypers et al., 2011).

Além do que foi anteriormente referido, o projeto em si consistiu na intervenção baseada na equitação terapêutica, duas vezes por semana, cada uma com a duração de uma hora, ao longo de oito semanas, as que separaram a aplicação dos pré-testes e dos pós-testes. Esta intervenção foi realizada por um fisioterapeuta, e pretendeu que as crianças aprendessem tudo o que envolvia a preparação do cavalo, bem como o montar (Cuypers et al., 2011).

Após o término deste projeto, e como o estudo revela, a maioria dos participantes sentiu que houve uma mudança significativa na sua vida, uma vez que obteve um melhor comportamento, melhoria na qualidade de vida e no desempenho motor, ainda que em relação ao relacionamento com os pares e os amigos, não tenham sentido mudanças

positivas. Os pais e os professores confirmaram estas mudanças positivas (Cuypers et al., 2011).

Jang et al. (2015) realizaram um estudo que teve como objetivo investigar os efeitos da terapia e atividades assistidas por cavalos no tratamento de crianças com PHDA.

Este estudo consistiu num programa de TAAE, o qual teve a duração de doze semanas, perfazendo um total de vinte e quatro sessões. Neste, participaram vinte crianças, com idades compreendidas entre os seis e os treze anos, com diagnóstico de PHDA (Jang et al., 2015).

Os resultados revelam que a TAAE melhora os comportamentos e os problemas sociais consequentes, assim como o desempenho motor. Assim sendo, com base nestes resultados, pode-se considerar que a TAAE são possibilidades terapêuticas desta perturbação, ainda que sejam necessários mais estudos nesta área, nomeadamente ao nível da combinação desta abordagem e medicação (Jang et al., 2015).

Também Gómez et al. (2016), quiseram perceber, através de um programa experimental, se existem benefícios nas TAC com crianças, entre os sete e os catorze anos de idade, com PHDA. Para o efeito, foram implementados um grupo experimental e outro de controlo, em que foram utilizados dois instrumentos, um para avaliar diferentes variáveis psicossociais direcionado para os professores, e outro para avaliar a qualidade de vida, sendo que este foi direcionado para os pais das crianças. Ainda que os resultados não tenham revelado diferenças significativas nas variáveis analisadas, ou seja, uma melhoria na qualidade de vida destas crianças, os pais relataram uma melhoria nas relações interpessoais dos filhos.

Neste sentido, este estudo mostra que, apesar de ainda estar longe de ser reconhecida como atividade terapêutica, no sentido em que este tipo de intervenção não reduziu os problemas que as crianças com PHDA tinham, a equitação possui benefícios semelhantes a outras atividades de cariz desportivo, na medida em que melhora as relações interpessoais (Gómez et al., 2016).

Como é possível verificar, já vários autores se debruçaram sobre esta temática, contudo, os resultados revelam alguma incoerência. Esta situação pode ser justificada pela utilização de diferentes instrumentos, nos diferentes estudos, e para colmatá-la é

necessário proceder-se à realização de mais investigações neste sentido (Gómez et al., 2016).

1.4 Investigação em equitação terapêutica e hipoterapia

Diferentes perspetivas levam a conceções diferentes. O modelo alemão, que é o modelo adotado por Portugal, abrange três valências, tendo em conta as diferentes possibilidades que o uso terapêutico do cavalo pode oferecer. São elas: a hipoterapia, a equitação terapêutica e a equitação desportiva/recreativa adaptada (Kluwer, 1994; 2001, como citado em Leitão, 2008).

Contudo, têm surgido várias tentativas de padronização da terminologia e, consequentemente, do seu procedimento.

A sugestão da *Delta Society*, que é uma das maiores organizações responsáveis pela certificação de terapias que envolvem animais nos EUA, é um dos exemplos dessas tentativas. Esta organização sugere a utilização de dois conceitos: terapia assistida por animais, para denominar a intervenção com objetivos delineados e metas específicos para cada indivíduo. É conduzida por um profissional de saúde ou que preste serviço humano no âmbito do exercício da sua profissão; e atividades assistidas por animais, para intitular as atividades que, isentas de tratamento específico e de metas, comportam um leque variado de benefícios nas áreas motivacional, educacional, recreativa e/ou terapêutica para melhorar a qualidade de vida do indivíduo. São conduzidas por profissionais certificados que não necessitam ter as informações detalhadas sobre os indivíduos. As sessões são espontâneas. Ambos os conceitos envolvem animais que preenchem critérios específicos (Kruger & Serpell, 2006).

Ainda de acordo com esta perspetiva, as diferentes abordagens que incluem ou incorporam animais como parte de um processo de terapia ou de melhoria, de forma intencional, são agrupadas sob a definição de intervenções assistidas por animais, incluindo as anteriormente referidas (Kruger & Serpell, 2006).

Relacionando esta perspetiva com o modelo alemão, poderíamos englobar a hipoterapia na terapia assistida por animais e a equitação terapêutica nas atividades assistidas por animais. Por outro lado, também poderíamos aglutinar os conceitos de

intervenções assistidas por animais e de equitação com fins terapêuticos, uma vez que as definições vão ao encontro umas das outras.

Recentemente, foi recomendada a utilização de uma terminologia diferente. Deste modo, alguns autores sugerem o emprego do termo “serviços assistidos por cavalos”, para denominar, de forma geral, as várias utilizações em que os profissionais incorporam cavalos, assim como outros equinos, para beneficiar os indivíduos (Wood et al., 2021).

Os serviços assistidos por cavalos englobam três valências: a terapia, a aprendizagem e a equitação, que de seguida são esclarecidas e relacionadas com o modelo alemão (Wood et al., 2021).

A valência da terapia refere-se à equitação enquanto terapia, ou seja, remete-nos para a hipoterapia. Os profissionais são licenciados nas áreas de saúde e podem incorporar os cavalos no âmbito da prática da sua área de formação (*counseling*, terapia ocupacional, fisioterapia, psicoterapia e terapia da fala). Para uma prática mais eficiente é recomendado que os mesmos adquiram treino na incorporação de interações com cavalos, movimento ou ambiente equino nos planos individualizados daqueles que usufruem da terapia (Wood et al., 2021).

A valência da aprendizagem remete-nos para a equitação terapêutica. Nesta, os profissionais podem incorporar os cavalos em serviços distintos, são eles: na educação, em organizações e no desenvolvimento pessoal. Os profissionais que desenvolvem as sessões devem ter treino, experiência e competência apropriados, assim como conhecimento do comportamento e maneio do cavalo, da relação entre o cavalo e o Homem e do projeto de atividades de aprendizagem que envolve os cavalos. As atividades envolvem, além das interações com os cavalos, atividades montadas e não montadas, bem como o ambiente equino (Wood et al., 2021).

Na valência da equitação, que nos remete para a equitação desportiva/recreativa adaptada, os profissionais podem oferecer a indivíduos e grupos com necessidades diversas, diferentes serviços: desporto equestre adaptativo, equitação adaptativa ou terapêutica, direção e salto interativo. Estes serviços não são terapias, contudo, são adaptados das disciplinas tradicionais de equitação, direção, salto ou atividades realizadas no chão. Os profissionais responsáveis devem possuir competência na adaptação de equipamentos, no ambiente equino e em técnicas de ensino para responder às capacidades e necessidades dos clientes (Wood et al., 2021).

A escolha em utilizar, nesta investigação, os conceitos adotados pelo modelo alemão, prende-se com a pesquisa feita *a priori* e durante a mesma, que indicou serem estes os conceitos utilizados em Portugal. É a partir dos mesmos que este estudo se guia.

Existem outras abordagens que, simultaneamente, são desenvolvidas no nosso país. É o que acontece na Associação Kiron. Fundada em 2014, por Nathalie Durel, é uma organização portuguesa que consiste em oferecer intervenções assistidas por cavalos e/ou pôneis, desenvolvimento pessoal e terapias psicológicas complementares, promovendo o bem-estar do indivíduo, assim como o ensino e a pesquisa das mesmas (Durel, s.d.).

Esta organização criou o seu próprio método, denominado Método Kiron, o qual se define como um método terapêutico de aprendizagem experimental que utiliza cavalos e/ou pôneis como mediadores da interação entre o cliente e o psicoterapeuta ou o mediador com formação especializada, para tratar de questões relacionadas com a saúde mental, *coaching*, aprendizagem ou desenvolvimento pessoal. A equipa terapêutica integra uma psicóloga, uma especialista em equinos, um conselheiro e o cliente. O que diferencia este trabalho é o facto de consistir numa metodologia em que os clientes não montam. O trabalho é feito a partir do chão, deixando os animais livres durante o trabalho terapêutico. Esta metodologia define-se por *horsemanship*. Este conceito, ainda pouco explorado em Portugal, remete para a interferência mínima com o cavalo (Durel, s.d.).

Também a psicoterapia começa a emergir em Portugal. Esta valência poderá ser a porta para os psicólogos intervirem com a colaboração do cavalo.

Face ao grande número de indivíduos com pelo menos uma incapacidade em Portugal, de acordo com os últimos censos (Inácio & Rodrigues, 2018), importa, enquanto elementos de uma sociedade, pensar sobre aquela que pode e deve ser a nossa resposta para estes indivíduos.

Como anteriormente referido, dependendo das características, das capacidades e da idade de cada indivíduo, assim como os objetivos, podem ser consideradas várias hipóteses, nas quais a equitação terapêutica e a hipoterapia podem ser englobadas. É no âmbito destas intervenções que esta investigação surge, objetivando caracterizar e compreender não só as práticas e os efeitos, como também o papel da psicologia nas mesmas. Por outras palavras, perceber qual o contributo que os técnicos formados nesta área poderão dar à vida dos indivíduos que frequentam estas intervenções.

Seria, então, importante que as grandes organizações chegassem a um consenso, e que todos os países que se guiassem pelas mesmas diretrizes, englobando as especializações que vão surgindo.

Parte 2 Método

2.1 Objetivos do estudo

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar e compreender as práticas e os efeitos da equitação terapêutica e da hipoterapia em NEE nas regiões do Alentejo e Algarve. Para tal, definiram-se como objetivos específicos:

- 1) Fazer o levantamento e caracterização das entidades que oferecem práticas destas intervenções;
- 2) Caracterizar e compreender as práticas destas intervenções, ao nível de:
 - a) População e problemáticas envolvidas;
 - b) Estrutura e organização das sessões;
 - c) Áreas a trabalhar e competências desenvolvidas;
 - d) Estratégias de intervenção utilizadas;
- 3) Caracterizar e compreender os efeitos destas intervenções;
- 4) Caracterizar e compreender o papel do(a) psicólogo(a) nestas intervenções.

2.2 Participantes

Para caracterizar e compreender as práticas e os efeitos destas intervenções, optou-se por recolher informações junto dos técnicos envolvidos, ou que já tivessem estado envolvidos, na equitação terapêutica e na hipoterapia nas regiões do Alentejo e Algarve.

Decidiu-se entrevistar indivíduos destas duas regiões por serem duas áreas distintas, na expectativa de obter informações diferentes, que se pudessem complementar e de fácil acesso para a autora da investigação. Neste sentido, foi utilizada uma amostragem por conveniência, que é um dos métodos mais utilizados de amostragem não probabilística, em que os casos escolhidos são os que o investigador tem à sua disposição (Ochoa, 2015), não atendendo à questão paritária no que concerne às categorias dos dados sociodemográficos.

Quanto ao tamanho da amostra nos estudos qualitativos, e em conformidade com Hill et al. (2005), é recomendado que o mesmo se encontre entre os oito e os quinze

participantes. Neste estudo fez-se uma tentativa de chegar à totalidade de técnicos envolvidos nestas intervenções nas duas regiões, pretendendo, assim, alcançar o máximo de informações (e consistentes) possível que fosse ao encontro dos objetivos do presente estudo. É também importante referir que se optou por ter um chão entre oito e doze entrevistas, pois as primeiras realizadas, foram utilizadas como entrevistas-piloto.

Os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: a) possuir formação técnica, independentemente da sua natureza, certificada para intervir no âmbito da equitação terapêutica e hipoterapia; b) ter experiência profissional neste âmbito; e c) que a sua atividade profissional seja, ou tenha sido (no caso de reforma, desemprego, mudança de atividade ou área da mesma) em entidades e/ou instituições privadas, públicas ou IPSS nas regiões do Alentejo e Algarve.

Assim sendo, nesta investigação participou um total de vinte e sete indivíduos, dos quais doze envolvidos apenas na equitação terapêutica, sete apenas na hipoterapia e oito em ambas as intervenções.

O instrumento utilizado para a recolha de dados (mais adiante explorado) foi a entrevista. Pode-se adiantar que, com vista à caracterização da amostra, antes da apresentação das questões da entrevista propriamente dita, foi realizado um questionário sociodemográfico.

Como anteriormente referido, e como se pode verificar na Tabela 1, participou no estudo um total de vinte e sete indivíduos, destes, vinte e um (78%) pertencem ao género feminino e seis (22%) ao género masculino, com idades compreendidas entre os vinte e dois e os sessenta e quatro anos, com uma média de idades de trinta e oito anos. No que concerne à área de formação, conseguiu-se obter informações provenientes de técnicos de várias áreas e de monitores/instrutores de equitação terapêutica, verificando-se assim uma heterogeneidade de áreas de formação. Contudo, as áreas que mais se evidenciam são fisioterapia (30%) e educação especial e reabilitação psicomotora (30%), em contraste com outras áreas como é o caso da psicologia (4%), que representam uma minoria. No caso destas, os técnicos intervêm na equitação terapêutica e/ou hipoterapia por intermédio da sua área de formação, aliada aos conhecimentos neste âmbito. Todavia, é possível verificar também que existem indivíduos envolvidos nestas intervenções que a sua formação é equitação terapêutica (11%), quer isto dizer que estes profissionais possuem

competências que os permitem trabalhar neste âmbito, e que no terreno o fazem autonomamente ou em articulação com os técnicos de outras áreas.

É possível observar que o tempo de exercício da profissão também varia bastante, desde três meses até trinta e quatro anos, sendo que a média de exercício da profissão é catorze anos. A maioria dos técnicos participantes exerce a sua profissão em IPSS (81%), verificando-se, no entanto, que cinco deles (19%) exercem em entidades e instituições privadas e nenhum em entidades e instituições públicas. Quando as entrevistas foram realizadas, todos os técnicos encontravam-se nos locais referidos a exercer a sua área de formação e envolvidos na equitação terapêutica e hipoterapia. Apenas dois dos participantes, embora estivessem nos locais referidos a desempenhar as suas funções enquanto técnicos, não estavam naquele momento envolvidos nas intervenções. Estas estavam interrompidas, baseando-se na experiência das sessões anteriores. Porém, soube-se, posteriormente, que estas foram retomadas.

No que diz respeito aos fins destes locais, a maioria dos técnicos (70%) referiu que são educativos, terapêuticos e recreativos, dando origem a uma nova categoria de resposta, “todos”, que não estava integrada no guião. Os restantes técnicos (30%) referiram que os fins dos locais onde trabalham são terapêuticos. Desta minoria, além de terapêuticos, quatro referiram ser também recreativos e três educativos. Um deles referiu serem apenas terapêuticos.

Apesar de definir paradigmas diferentes, optou-se por englobar o contexto de “desportivos” e “competitivos” nos “recreativos”; “cuidados”, “reabilitação” e “habilitação” nos “terapêuticos”; e de “inserção” nos “educativos”. Deste modo, considerou-se que nenhum dos participantes referiu um fim diferente dos que estavam contemplados no guião, porque os que foram emergindo foram integrados nos fins que já existiam.

Tabela 1*Caraterização dos participantes*

Género		F		M		Totalidade	
		(n)	%	(n)	%	N	%
		21	78	6	22	27	100
Idade	[22-25]	2	10	0	0	2	7
	[26-35]	7	33	2	33	9	33
	[36-45]	8	38	2	33	10	37
	[46-55]	3	14	2	33	5	19
	[56-64]	1	5	0	0	1	4
Área de formação	Terapia ocupacional	4	19	0	0	4	15
	Fisioterapia	7	33	1	17	8	30
	Psicologia	1	5	0	0	1	4
	Educação especial e reabilitação psicomotora	5	24	3	50	8	30
	Monitor/instrutor de equitação terapêutica	2	10	1	17	3	11
	Animação sociocultural	0	0	1	17	1	4
	Terapia da fala	1	5	0	0	1	4
	Ação educativa	1	5	0	0	1	4
Tempo de exercício da profissão ^a	[0-10]	9	43	2	33	11	41
	[11-20]	8	38	2	33	10	37
	[21-30]	3	14	2	33	5	19
	[31-34]	1	5	0	0	1	4
Local/locais em que exerce/exerceu a profissão	Entidade/instituição privada	3	14	2	33	5	19
	Entidade/instituição pública	0	0	0	0	0	0
	IPSS	18	86	4	67	22	81
Fins do local/locais em que exerce/exerceu a profissão	Educativos	2	10	1	17	3	11
	Terapêuticos	6	29	2	33	8	30
	Recreativos	3	14	1	17	4	15
	Outros	0	0	0	0	0	0
	Todos	15	71	4	67	19	70

Nota. F: número e percentagem de participantes do género feminino; M: número e percentagem de participantes do género masculino; Totalidade: número e percentagem total de participantes. Todos estes valores são referentes às respostas recolhidas através do questionário sociodemográfico.

^aOs intervalos do tempo de exercício da profissão referem-se a anos.

2.3 Instrumento

Pode-se entender como instrumento o meio através do qual se executa algum trabalho ou se faz alguma observação. Para recolher os dados, que mais tarde viriam a ser

analisados, que fossem ao encontro dos objetivos deste estudo foi necessário elaborar um instrumento. Foi, deste modo, escolhido um instrumento de natureza qualitativa: a entrevista.

A entrevista é um instrumento de recolha de dados que consiste numa conversa entre dois ou mais interlocutores, dirigida por um deles com o objetivo de adquirir informações sobre o objeto de pesquisa (Minayo, 2010).

A escolha em utilizar este instrumento prendeu-se com vários aspetos, tais como o facto de promover a interação social entre a investigadora e os participantes, o que permitiu que a investigadora conhecesse novas pessoas que estão envolvidas nas intervenções do seu interesse, novas formas de pensar e novos contextos e locais onde são praticadas. Julgámos que o ir ao encontro dos envolvidos fosse mais interessante por gerar informações subjetivas, e dado o estudo, fizesse mais sentido a aplicação deste instrumento. A investigadora acreditou que com este instrumento iria ter oportunidade de colocar em prática e consolidar alguns aspetos importantes da sua formação em psicologia, como é o caso do estabelecimento da relação entrevistador-participante e tudo o que isso acarreta (postura neutra e livre de julgamento, utilização de uma linguagem adequada ao participante, entre outros), da observação (do que é referido oralmente, assim como do que é expresso através da linguagem não verbal) e da escuta ativa demonstrando ao participante o seu interesse no que está a partilhar e no que está a sentir ao longo da entrevista (com um aceno com a cabeça ou realizando novas questões que não integradas no guião, com o apoio ao pensar em palavras que ajudassem a concluir o raciocínio do participante e, em certos casos, com a repetição do que foi dito no fim pelo participante, de modo a enfatizar o que foi referido) (Belei et al., 2008, como citado em Batista, Matos & Nascimento, 2017).

Optou-se pela utilização de entrevistas semiestruturadas pelo facto de este grau de estruturação possibilitar a obtenção de dados comparáveis e oferecer uma abordagem mais flexível, na medida em que permite moldar o seu conteúdo consoante as respostas dadas pelos participantes. Além disso, consente que surjam respostas diferentes, o que é do interesse de quem está a fazer a investigação com o intuito de obter informações diversificadas e explorá-las espontaneamente (Berg, 2009, como citado em Ryan, Coughlan & Cronin, 2009; Bogdan & Biklen, 2013; Tod, 2006, como citado em Ryan et al., 2009).

A entrevista foi elaborada de raiz, tendo em consideração os objetivos do estudo (certificando-se a clareza dos mesmos), o público-alvo a que se destinaria e os aspetos a caracterizar e a compreender, o que implicou fazer uma prospeção na literatura.

O guião da entrevista inclui uma primeira parte que diz respeito ao questionário sociodemográfico, realizado com o intuito de obter informações pertinentes para a caracterização da amostra da investigação. Responde, ao mesmo tempo, ao primeiro objetivo deste estudo, que se propõe a caracterizar as entidades que oferecem estas terapias. Integra as seguintes variáveis: sexo, idade, área de formação, tempo de exercício da profissão, local/locais em que exerceu/exerce esta profissão e quais os fins dessa entidade/instituição.

É constituído por mais duas partes, que correspondem à entrevista propriamente dita, sendo que a segunda tem em vista a caracterização e compreensão das práticas, e a terceira, a população abrangida. No final, tem uma questão reservada ao papel da psicologia ou do(a) psicólogo(a) no âmbito destas intervenções.

Com o questionário sociodemográfico à parte, a entrevista tem um número total de dezoito perguntas. Onze são de índole aberta e sete são de cariz fechado. Porém, destas, oito são acompanhadas por perguntas secundárias que foram pensadas para assistir às primeiras. Integram-se no mesmo número de pergunta, no entanto, têm finalidades diferentes, tais como auxiliar o participante a responder (e.g. “Existe uma avaliação prévia?”), aprofundar de forma a obter mais informações (e.g. “Se não, como é construído e como se desenrola o projeto terapêutico?”), exemplificar (e.g. “Pode-me dar exemplo de alguma[s] outra[s]?”) e explicar (e.g. “Porquê?”). Praticamente todas as perguntas fechadas são acompanhadas por perguntas secundárias, para contornar a eventual limitação da resposta do entrevistado, à exceção de uma, na qual a exploração da informação é feita através da pergunta seguinte, esta de índole aberta.

As questões da entrevista foram pensadas tendo por base os objetivos do estudo e testadas, posteriormente, através das entrevistas piloto. Foram elaboradas com o desígnio de convidar os participantes a refletir, por um lado, sobre a caracterização e a estrutura das suas sessões, e por outro lado, no contributo que as intervenções podem dar no desenvolvimento e/ou na melhoria das competências dos indivíduos com necessidades especiais. A sequência das perguntas foi, assim, concebida em função da maneira como à investigadora pareceu mais lógica. A Tabela 2 mostra o esquema em que são associados

os objetivos do estudo às questões estipuladas na entrevista, para uma melhor compreensão do que foi referido.

Tabela 2

Objetivos do estudo

Objetivos	Questões
1) Fazer o levantamento e caracterização das entidades que oferecem esta terapia;	I 5. Local/locais em que exerceu/exerce esta profissão (entidade/instituição pública; entidade/instituição privada; entidade/IPSS); 6. Fins dessa entidade/instituição (educativos/terapêuticos/recreativos/outros/todos [emerge como resposta])
2) Caracterizar e compreender as práticas destas intervenções de forma global e ao nível de:	II 1. Como caracterizaria a prática que desenvolve?
a) população e problemáticas envolvidas;	III 1. Como caracterizaria a população com que trabalha? 2. Que problemáticas/dificuldades apresentam? 3. Que idades têm?
b) estrutura e organização das sessões;	II 2. Quando recebe um utente como procede? Existe uma avaliação prévia? Se sim, como é feita? 4. Existem outros técnicos envolvidos na estrutura e organização das sessões? Como o fazem? 5. A periodicidade e a duração das sessões é sempre a mesma? 6. Qual é, habitualmente? 7. As sessões seguem sempre a mesma estrutura? Se sim, qual? 13. Em média qual é a duração do processo de intervenção?
c) áreas a trabalhar e competências desenvolvidas	II 3. E quando se propõe a desenvolver a intervenção, existe um programa pré-definido? Se não, como é construído e como se desenrola o projeto terapêutico? 9. Será possível referir algumas áreas gerais a trabalhar com todos os utentes? 10. Que competências pretende que eles alcancem? Existem outras áreas específicas que trabalha? Pode-me dar exemplo de alguma(s) outra(s)?

(continua)

(continuação)

d) estratégias de intervenção utilizadas	II 8. Que estratégias, atividades e exercícios desenvolve nas suas sessões? São idênticas ainda que adaptadas, para todos os utentes? II 11. Existe alguma estratégia, atividade ou exercício que considere mais eficaz? Porquê?
3) Caracterizar e compreender os efeitos desta intervenção	II 12. Em que competências/comportamentos considera serem mais notórios os resultados desta abordagem? III 4. Na sua opinião, este tipo de abordagem é benéfico? Porquê e para que tipo de população?
4) Caracterizar e compreender o papel da Psicologia ou do/a psicólogo/a neste tipo de intervenção.	Por fim, qual lhe parece ser o papel da Psicologia ou do/a psicólogo/a neste tipo de intervenção?

Após as reformulações e os ajustes necessários do guião, foi realizada a versão final da entrevista (Anexo 1).

Como anteriormente referido, as primeiras entrevistas realizadas foram utilizadas como entrevistas piloto. Assim sendo, o instrumento foi testado numa aplicação piloto com os dois primeiros técnicos. É importante que, pelo menos, duas entrevistas sejam utilizadas como testes ao instrumento, para se conseguir um bom *design* de investigação (Hill et al., 2005), permitindo detetar algum aspeto da entrevista que careça de reformulação ou contenha algum erro técnico que comprometa o procedimento (Teijlingen & Hundley, 2001), nomeadamente a transcrição da mesma e posterior utilização das informações recolhidas correspondentes.

A realização de entrevistas piloto foi a estratégia utilizada pela investigadora para treinar a sua prática da entrevista (Teijlingen & Hundley, 2001), potenciando para a própria uma sensação de maior tranquilidade e segurança aquando da realização de todas as outras entrevistas.

No decorrer do período da implementação das entrevistas piloto foi solicitado aos participantes o seu *feedback*, não só com o intuito de identificar alguma questão ambígua que induzisse os mesmos a dificuldades de interpretação ou de entendimento, como também de descartar alguma pergunta desnecessária e assegurar que todas as perguntas fossem respondidas (Teijlingen & Hundley, 2001).

Os dados obtidos pelas entrevistas piloto foram incluídos na amostra desta investigação, não só porque os participantes preencheram os critérios de inclusão, como também não fizeram nenhum comentário que sugerisse alguma reformulação. Uma vez que a contaminação, que pode ser verificada mediante a inclusão dos dados adquiridos através das entrevistas piloto, é menos preocupante nas investigações de natureza qualitativa, neste caso foram integrados no estudo principal pelas razões anteriormente referidas (Teijlingen & Hundley, 2001). Para além disso, a recolha dos dados no âmbito de estudos com esta natureza são, de forma geral progressivas, o que sugere que em entrevistas subsequentes, o desempenho da entrevistadora assim como os dados obtidos podem ser vistos como melhores, colocando a hipótese que a entrevistadora adquiriu *insights* com a experiência das entrevistas anteriores, que foram utilizadas para refinar aspetos, tais como a eficácia ou eficiência em responder às dúvidas que surgiram. Contudo, a realização de entrevistas piloto não foi em vão, uma vez que serviu para testar o instrumento, contribuindo assim para levar a cabo a entrevista de forma mais segura. A literatura pode justificar este aspeto com argumentos como, que em abordagens qualitativas, não são necessários estudos piloto separados (Teijlingen & Hundley, 2001).

Considerando, desta forma, as entrevistas como um todo, uma estratégia utilizada pela investigadora foi explicar oralmente as questões e esclarecer as dúvidas que foram surgindo quando houve esta necessidade, para tentar aumentar a possibilidade de construir um produto (que é a investigação) com qualidade, tentando garantir validade e estabilidade no mesmo (Hill et al., 2005).

2.4 Procedimento

2.4.1 Recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado, com o intuito de alcançar os objetivos estipulados, foi a entrevista, direcionada aos técnicos.

Após o levantamento de entidades e instituições, que se refere ao primeiro objetivo desta investigação, através da internet, nas regiões do Alentejo e Algarve que contemplam nos seus serviços e atividades equitação terapêutica e hipoterapia, foi iniciado o procedimento da recolha de dados. Este começou com o pedido formal para a realização de entrevistas aos técnicos envolvidos nestas intervenções, por meio de cartas (Anexo 2),

com o propósito de averiguar a possibilidade e o interesse de participação dos mesmos. Estas cartas estavam divididas em quatro partes, sendo que a primeira dizia respeito a uma pequena apresentação da autora e da investigação. A segunda consistia na solicitação da autorização para realizar as entrevistas, na referenciação da importância que a colaboração dos técnicos envolvidos acarretava para o estudo, bem como na garantia da confidencialidade das suas respostas. A terceira remetia para o agradecimento da atenção dispensada ao ler a carta e a disponibilização dos contactos pessoais da autora. Ainda nesta parte foi pedida uma resposta a esta solicitação. E, por último, a quarta parte referia-se aos cordiais cumprimentos.

De entre os contactos realizados, a maioria respondeu de forma positiva. Mais concretamente, conseguiu-se obter respostas positivas de oito entidades e instituições na região do Alentejo e sete na do Algarve.

Depois das respostas afirmativas por parte dos diretores e presidentes das entidades e instituições, foram feitos de forma menos formal, vias e-mail e telefone (mensagens e telefonemas) os devidos contactos para o agendamento das entrevistas.

Nos dias das entrevistas foi realizado, oralmente, um consentimento informado previamente preparado, no qual mencionou-se que a participação seria voluntária. Foi referido o objetivo da investigação e garantida a confidencialidade das informações recolhidas. Fez-se o pedido de autorização para a gravação do áudio com a finalidade de, aquando da transcrição da entrevista para fins de investigação, registar de forma mais autêntica o que foi referido, evitando, assim, um viés da informação consequente do tempo entre o momento da entrevista e o da análise da mesma.

Após o consentimento informado iniciou-se a recolha de dados com um questionário sociodemográfico realizado de forma oral, com o intuito de obter informações pertinentes para a caracterização da amostra da investigação. Seguiu-se com a informação de que a entrevista iria ser gravada a partir daquele momento e prosseguiu-se com a realização da entrevista propriamente dita.

As entrevistas foram realizadas presencialmente e gravadas com recurso ao gravador de voz do telemóvel, à exceção de uma, que por ter sido realizada em contexto pandémico, foi concretizada e gravada num formato diferente, através do *Zoom* (plataforma de vídeo e audioconferência). Todas foram realizadas individualmente.

O restante procedimento, em relação às outras entrevistas, manteve-se inalterado. A duração total das entrevistas é de doze horas, cinquenta e oito minutos e trinta e três segundos, que dá uma média de vinte e oito minutos e cinquenta segundos cada uma.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, contudo, para garantir a confidencialidade de todos os indivíduos envolvidos, bem como das entidades e instituições, as referências aos mesmos foram trocadas por letras e/ou pela omissão do nome. Ainda com o mesmo fim, foram organizadas com números romanos e por ordem cronológica da sua realização.

Após a recolha de dados, prosseguiu-se para a análise dos mesmos.

2.4.2 Análise de dados

Os dados obtidos foram tratados qualitativamente, através da análise de conteúdo, seguindo a metodologia proposta por Bardin, faseada em três momentos, que a define como um procedimento técnico de análise de um determinado texto, que visa obter conclusões objetivas sobre os dados do mesmo (Branco, 2014).

Além disso, é utilizada para analisar o que foi dito nas entrevistas (Silva & Fossá, 2015), e foi este o motivo pelo qual se considerou esta metodologia a mais adequada para ser utilizada.

Como Bardin propõe (2016), o procedimento começou com uma pré-análise, que remete para a fase de organização e tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Neste primeiro momento foi feita uma leitura transversal das transcrições das entrevistas, previamente codificadas, em que foi verificada a pertinência das informações tendo em conta os objetivos da investigação.

Seguiu-se a fase da exploração do material, que consiste na codificação, decomposição ou enumeração da informação (Bardin, 2016). Foi efetuada uma nova leitura das transcrições e realizada, em formato papel, uma síntese na qual foram registadas, por pergunta da entrevista, as informações consideradas importantes para a construção de conhecimento. A dada altura constatou-se que algumas informações se repetiam, verificando, assim, uma tendência de resposta.

Esta síntese foi lida e relida várias vezes, com o intuito de encontrar uma lógica para agrupar a informação obtida. Foi com este esforço que surgiram as primeiras

temáticas, semelhantes aos objetivos, também codificadas em numeração romana, e as categorias iniciais, que foram agrupadas consoante as perguntas.

Depois, as categorias iniciais foram aglutinadas por temática, eliminando as que se repetiam, o que deu origem às categorias intermédias (Silva & Fossá, 2015).

Foi elaborada uma tabela, em formato digital, que contemplava uma coluna para as temáticas, outra para as categorias e uma terceira para os exemplos de frases que fundamentassem a criação dessa categoria (unidades de registo) (Silva & Fossá, 2015).

A categorização obedeceu a critérios de classificação diferentes: semântico (categorias que arrumam a informação obtida em temáticas) e expressivo (categorias que classificam a informação) (Bardin, 2016).

As categorias foram emergindo a partir dos dados obtidos, tendo em conta alguns fatores que promovem a qualidade deste procedimento: a exclusão mútua de categorias (as categorias, na sua maioria são exclusivas, contudo, em certos casos, não foi possível unificá-las, pelo que se contornou a questão com uma definição das mesmas que não levasse a ambiguidades); a homogeneidade (a organização de cada nível de análise - categorias e subcategorias - foi feita em prol das suas características comuns); a pertinência (as categorias adaptam-se ao material de análise escolhido e a um quadro teórico definido); a objetividade e a confiabilidade (a construção das categorias contou com a análise de mais dois analistas para maximizar a semelhança da intercodificação); e a produtividade (fornece resultados férteis em índices de inferências, hipóteses novas e dados exatos) (Bardin, 2016; Moraes, 1999).

A categorização, tendo em conta uma abordagem mais convencional, implica que o/a investigador/a mergulhe nos dados obtidos e, livre de pensamentos secundários, permitindo o surgimento de novos *insights* para obter um sentido do todo (Hsieh & Shannon, 2005).

Após diversos ajustes foi então estabelecida a nomenclatura das temáticas e a categorização final, contemplando vários níveis de análise. A tabela anteriormente elaborada foi também ajustada, e fez-se acompanhar por uma síntese que traduz o significado captado das mensagens analisadas de cada uma das categorias e subcategorias (Moraes, 1999).

A última fase de análise de dados segundo Bardin (2016), remete para o tratamento dos resultados obtidos. Este tratamento foi efetuado através da contagem do

número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria, da contagem do número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria (bem como a sua discriminação em participantes envolvidos em cada intervenção e em ambas as intervenções (n), e a sua percentagem), e a percentagem relativa a estas referências.

Posteriormente, tendo por base a categorização final, os dados foram inseridos e codificados no programa NVivo, versão Release 1,4 (4). Realizaram-se duas nuvens de palavras, uma em que foram selecionadas as entrevistas dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e outra em que foram selecionadas as entrevistas dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia.

Por fim, procedeu-se à procura de uma compreensão e conseqüente interpretação dos mesmos, tendo em conta todo o percurso efetuado. Para o efeito, os resultados obtidos foram relacionados com os estudos da revisão da literatura, realizados à *priori*. Deste modo, verificou-se que a teoria a partir dos materiais analisados é corroborada pela teoria já existente, o que a reforça.

Parte 3 Apresentação e Análise de Resultados

A análise de conteúdo resultou na identificação de nove temáticas, que correspondem aos objetivos propostos e são apresentadas de seguida, ordenadamente.

Na primeira temática “valências de intervenção” foram identificadas duas categorias: “hipoterapia” e “equitação terapêutica” (Anexo 3).

Na segunda temática “população e problemáticas” emergiram as seguintes categorias: “faixas etárias” (que inclui as subcategorias “crianças”, “jovens e adultos” e “idosos”); “problemáticas” (com as subcategorias “doença mental”, “perturbações do neurodesenvolvimento” [que por sua vez engloba outro nível de subcategorias, são elas: “síndrome de Down”; “perturbações motoras”, que abrange duas subcategorias, que são: “não especificadas” e “paralisia cerebral”; “perturbações do desenvolvimento intelectual”; “atrasos no desenvolvimento”; “perturbação de hiperatividade/défice de atenção”; “perturbações do espectro do autismo”; “multideficiência”; e “outras”], “epilepsia”, “problemas sensoriais”, “problemas emocionais” e “outras”); “contraindicações” (que inclui as subcategorias “musculoesqueléticas”, “epilepsia não controlada”, “fragilidades imunitárias” e “outras”); e “adesão da população” (Anexo 4).

Na terceira temática “elementos envolvidos” foram identificadas as seguintes categorias: “na avaliação”, “no delineamento” (que engloba as subcategorias “técnicos” e “cliente”) e “na equipa” (que inclui as subcategorias “técnicos” e “guia/auxiliar lateral”) (Anexo 5).

Na quarta temática “objetivos e plano da intervenção” emergiram as seguintes categorias: “área socioemocional” (com as subcategorias “global”, “autoestima”, “confiança” e “autonomia”), “área cognitiva” (que inclui as subcategorias “global”, “atenção e concentração”, “memória”, “pensamento associativo”, “letras e números” e “cores”), “área motora” (que engloba as subcategorias “global”, “tonicidade”, “proprioceção”, “equilíbrio”, “postura”, “coordenação” e “lateralidade”), “área sensorial”, “área comunicacional”, “área comportamental”, “manutenção” e “plano de intervenção” (que abarca as subcategorias “formação do técnico” e “dificuldades e necessidades dos clientes”) (Anexo 6).

Na quinta temática “avaliação” foram identificadas as seguintes categorias: “parâmetros” (que engloba as subcategorias “áreas fortes/fracas”, “condição física”,

“comportamento”, “área socioemocional”, “área cognitiva”, “área motora” e “características do cavalo”) e “métodos” (que engloba as subcategorias “recolha prévia”, “instrumentos” e “reavaliação”) (Anexo 7).

Na sexta temática “estrutura e organização das sessões” emergiram as seguintes categorias: “periodicidade” (que abrange as subcategorias “uma vez por semana” e “quinzenalmente”); “duração” (com as subcategorias “das sessões” [que engloba as subcategorias “até duas horas” e “mais que duas horas”], “do processo de intervenção” e “razões para interrupção do processo” [com as subcategorias “alteração clínica”, “falta de vontade ou interesse do cliente” e “outros”]); “tipologia” (que inclui as subcategorias “em grupo” e “individual”); “estrutura” (que engloba as subcategorias “preparação”, “desenvolvimento” e “conclusão”); e “adaptações ao espaço” (Anexo 8).

Na sétima temática “estratégias de intervenção utilizadas” foram identificadas as seguintes categorias: “socioemocionais” (com as subcategorias “incentivo”, “relação de afeto”, “confiança”, “limites”, “inserção social” e “outras”); “cognitivas” (que abrange as subcategorias “sistematização/repetição”, “escolha sequencial de cavaleiros”, “organização temporal” e “demonstração”); “comunicacionais” (que inclui as subcategorias “proxémica”, “ajuste de tom e volume” e “reforço positivo”); e “lúdicas” (que engloba as subcategorias “recurso a materiais” [que abarca duas subcategorias, são elas “didáticos” e “de segurança”], “verbais” e “sensório-motor”) (Anexo 9).

Na oitava temática “efeitos da intervenção” foram identificadas as seguintes categorias: “na área socioemocional” (que engloba as subcategorias “autoestima”, “autoconfiança”, “comunicação”, “motivação” e “outros”), “na área cognitiva” e “na área físico-motora” (que inclui as subcategorias “global”, “coordenação motora”, “postura”, “equilíbrio”, “tensão/relaxamento” e “outros”) e “outros” (Anexo 10).

Na nona e última temática “papel do/a psicólogo/a” emergiram duas categorias: “psicólogo/a como mais-valia” e “apoio no projeto de intervenção” (Anexo 11).

De seguida irão ser apresentados, por temática, os resultados da análise de conteúdo de forma detalhada. Posteriormente, serão apresentados os resultados da análise efetuada através do programa NVivo, versão Release 1,4 (4), com base na análise de conteúdo.

3.1 Temática I – Valências de intervenção

Esta temática corresponde ao segundo objetivo deste estudo, que se propõe a caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia de forma global. Os resultados foram obtidos através da pergunta aberta: “Como é que caracterizaria a prática que desenvolve?”.

Foram identificadas duas categorias que correspondem às duas valências estudadas.

Como podemos verificar através da Tabela 3, ambas as categorias têm o mesmo volume de referências (50%). A “hipoterapia” refere-se à valência direcionada para os clientes com menos autonomia, uma vez que não conduzem o cavalo e que, por esse motivo, não têm uma grande ação sobre o movimento do animal nem sobre a atividade que estão a realizar. O andamento mais utilizado é o passo. Esta valência é mais usada para os técnicos intervirem a nível motor e sensorial. A “equitação terapêutica” refere-se à valência dirigida aos clientes com mais autonomia. Nesta, são os clientes que conduzem o cavalo. Esta valência é mais utilizada a nível cognitivo.

Verificamos que, em ambas as categorias, a maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos em ambas as intervenções. Somente uma referência pertence aos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia. E não há nenhuma referência por parte dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica.

Esta distinção entre a hipoterapia e a equitação terapêutica é importante, porque nos mostra o que caracteriza cada valência, o que nos permite distingui-las e compreendê-las melhor.

Foram também identificadas as áreas técnicas envolvidas em cada uma das valências (Anexo 12), o que nos permite compreender quais são os técnicos envolvidos em cada uma das intervenções.

Tabela 3

Categorias da temática I - Valências de intervenção

Categorias	Arquivo	Referência	%	ET		H		Ambas	
				(n)	%	(n)	%	(n)	%
Hipoterapia	6	8	50	0	0	1	12,5	7	87,5
Equitação terapêutica	6	8	50	0	0	1	12,5	7	87,5
Total	-	16	100	0	0	2	12,5	14	87,5

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.2 Temática II – População e problemáticas

O segundo objetivo proposto nesta investigação está dividido em várias alíneas. Esta temática corresponde à alínea a), que se propõe caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia ao nível da população e problemáticas envolvidas. Para alcançar este objetivo foram estipuladas as seguintes questões abertas: “Como caracterizaria a população com que trabalha?”, “Que problemáticas/dificuldades apresentam?” e “Que idades têm?”.

As categorias que emergiram nesta temática correspondem aos critérios pelos quais os técnicos se regem para caracterizar a população com que trabalham no âmbito destas intervenções. Correspondem também às contraindicações para a prática das mesmas e à adesão da população abrangida.

Como podemos verificar na Tabela 4, a categoria mais referenciada (62,8%) é a das “problemáticas”, que se refere às problemáticas da população com a qual os técnicos participantes neste estudo intervêm no âmbito destas intervenções. Nesta categoria foram identificadas seis subcategorias, que mostram, de forma detalhada, quais as problemáticas dos clientes com os quais os técnicos trabalham. São elas: “doença mental” (2,2%), que engloba a esquizofrenia, a bipolaridade e a depressão – mais referenciada pelos técnicos envolvidos em ambas as intervenções, e menos referenciada pelos envolvidos apenas na

equitação terapêutica e pelos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem de referências; “perturbações do neurodesenvolvimento” (39,3%), que englobam um outro nível de subcategorias, que são a “síndrome de Down” (3,8%), que engloba os clientes com síndrome de Down – com mais referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia; as “perturbações motoras” (14,3%), que por sua vez abrangem as perturbações motoras “não especificadas”, que se referem a todos os clientes com dificuldades físico-motoras que não são explícitas ou particularizadas por parte dos técnicos (3,3%) – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia e dos envolvidos em ambas, com a mesma percentagem; e a “paralisia cerebral” (11%), que se refere aos clientes com paralisias cerebrais de diferentes graus e tipos como é o caso da hemiparesia e da hemiplegia – tem mais referências dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; as “perturbações do desenvolvimento intelectual” (4,9%), que se referem aos clientes com défices cognitivos de diferentes graus sem estarem associados a outras problemáticas e com síndrome de X frágil – com mais referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos por parte dos envolvidos em ambas as intervenções; os “atrasos no desenvolvimento” (3,3%), que se referem aos clientes com atrasos do desenvolvimento de forma geral e, de forma específica, atrasos da linguagem – com mais referências dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções, e menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem; a “perturbação de hiperatividade/défice de atenção” (1,6%), que se refere aos clientes com hiperatividade e/ou défice de atenção – as referências com maior percentagem são as dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, com menor percentagem são as dos envolvidos apenas na hipoterapia, e os envolvidos em ambas não têm nenhuma referência; as “perturbações do espectro do autismo” (8,2%), que englobam todos os clientes com autismo – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos em ambas; a “multideficiência” (1,6%), que se refere aos clientes com mais do que uma deficiência – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos pelos envolvidos em ambas, e sem referências por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia; e “outras”, que englobam os clientes com

dificuldades de aprendizagem, cardiopatia e síndrome de Rett (1,6%) – as percentagens de referências são, nos três casos, iguais. A categoria “problemáticas” engloba também as subcategorias “epilepsia (2,7%), que se refere aos clientes com epilepsia e síndrome de Dravet – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e pelos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem, e menos referenciada pelos técnicos envolvidos em ambas; “problemas sensoriais” (1,6%), que englobam clientes invisuais e clientes com outros compromissos sensoriais que não são especificados – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos em ambas, e sem referências por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia; “problemas emocionais” (2,7%), que se referem aos clientes com problemas de confiança, de autoestima, de ansiedade e instabilidade psicomotora – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências dos técnicos envolvidos em ambas; e “outras” (14,3%), que englobam os clientes sem diagnóstico, com problemas associados, com doenças raras, com doenças degenerativas ou problemáticas adquiridas e com doenças congénitas – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia.

A segunda categoria mais referenciada é a que corresponde às “faixas etárias” (25,7%), que se refere às idades dos clientes com os quais os técnicos participantes trabalham no âmbito das intervenções estudadas. Nesta categoria foram identificadas três subcategorias: “crianças” (7,1%), que se refere aos clientes com idades compreendidas entre os três e os dez anos; “jovens e adultos” (15,9%), que se refere aos clientes com idades compreendidas entre os treze e os sessenta e três anos; e “idosos” (2,7%), que se refere aos clientes a partir dos sessenta e cinco anos sem idade máxima, uma vez que os clientes montam enquanto conseguirem ou lhes for benéfico, pois o limite não é a idade, mas sim a capacidade do cliente e o benefício que este retira da intervenção.

Entre os técnicos que caracterizaram a população de clientes abrangida como jovem e adulta, as maiores percentagens referem-se aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e em ambas as intervenções. A menor percentagem refere-se aos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia. A maior percentagem de referências às crianças é de técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, seguida da percentagem de técnicos envolvidos em ambas as intervenções. A menor percentagem

refere-se aos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia. Em oposição, a maior percentagem de referências aos idosos é de técnicos envolvidos apenas na hipoterapia e em ambas as intervenções, enquanto a menor percentagem refere-se aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica.

A terceira categoria mais referenciada é a das “contraindicações” (7%) que se refere às condições em que o cliente se encontra ou fatores que o influenciam que servem como motivo para estas intervenções não serem as mais aconselhadas com vista ao seu bem-estar. Nesta categoria foram identificadas as seguintes subcategorias: “musculoesqueléticas” (2,2%), que se refere aos clientes com instabilidade ou falta de controlo cervical, sem controlo da cabeça, problemas de coluna e cliente com uma rigidez muito grande – a maior percentagem pertence às referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e a menor às dos envolvidos apenas na hipoterapia e em ambas as intervenções, com o mesmo volume; “epilepsia não controlada” (1,6%), que engloba casos de epilepsia descontrolada, casos em que se verifica que a epilepsia é desencadeada pelo cavalo e casos de crises convulsivas – a maior percentagem pertence às referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, a menor às dos envolvidos em ambas, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia; “fragilidades imunitárias” (1,6%) do cliente, que engloba alergias que este possa fazer perante a exposição próxima ao cavalo, imunidade baixa e doenças que possam ser contagiosas para os outros elementos envolvidos nas intervenções – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e nenhuma referência dos técnicos envolvidos em ambas; e “outras” (1,6%), que se refere aos clientes com psicose não compensada e que sentem medo do cavalo – com mais referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, menos por parte dos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e sem referências por parte dos envolvidos em ambas.

A categoria menos referenciada é a que diz respeito à “adesão da população” (3,8%), que se refere à adesão que os técnicos verificam que estas intervenções têm por parte dos clientes. As maiores percentagens de referências pertencem aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e aos envolvidos em ambas as intervenções, com o mesmo volume. As menores pertencem aos envolvidos apenas na hipoterapia.

Em suma, os “jovens e adultos” e as “perturbações do neurodesenvolvimento”, mais concretamente, a “paralisia cerebral”, apresentam-se como as duas subcategorias mais referenciadas, o que pode significar que são estas as características dos clientes com os quais os técnicos intervêm com mais frequência. Esta população também se caracteriza por ser uma população heterogénea, uma vez que são clientes com paralisia cerebral com características diferentes, pois têm graus e tipos de paralisia diferentes.

Tabela 4*Categorias e subcategorias da temática II - População e problemáticas*

Categorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias	Arquivo	Referência	%	Total %	ET		H		Ambas		
								(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Faixas etárias	Crianças			9	13	7,1	25,7	6	46,2	2	15,4	5	38,5	
	Jovens e adultos			21	29	15,9		12	41,4	5	17,2	12	41,4	
	Idosos			5	5	2,7		1	20	2	40	2	40	
Problemáticas	Doença mental			4	4	2,2	62,8	1	25	1	25	2	50	
	Perturbações do neurodesenvolvimento	Síndrome de Down		6	7	3,8		4	57,1	1	14,3	2	28,6	
		Perturbações motoras	Não especificadas		6	6		3,3	4	66,7	1	16,7	1	16,7
			Paralisia cerebral		17	20		11	6	30	5	25	9	45
		Perturbações do desenvolvimento intelectual		8	9	4,9		6	66,7	2	22,2	1	11,1	
		Atrasos no desenvolvimento		5	6	3,3		1	16,7	1	16,7	4	66,7	
	PHDA		3	3	1,6	2	66,7	1	33,3	0	0			

(continua)

(continuação)

	PEA	15	15	8,2	8	53,3	4	26,7	3	20	
	Multideficiência	3	3	1,6	2	66,7	0	0	1	33,3	
	Outras	3	3	1,6	1	33,3	1	33,3	1	33,3	
	Epilepsia	5	5	2,7	2	40	2	40	1	20	
	Problemas sensoriais	3	3	1,6	2	66,7	0	0	1	33,3	
	Problemas emocionais	4	5	2,7	4	80	1	20	0	0	
	Outras	18	26	14,3	12	46,2	6	23,1	8	30,7	
Contraindicações	Musculoesqueléticas	4	4	2,2	7	2	50	1	25	1	25
	Epilepsia não controlada	3	3	1,6	2	66,7	0	0	1	33,3	
	Fragilidades imunitárias	3	3	1,6	1	33,3	2	66,7	0	0	
	Outras	3	3	1,6	1	33,3	2	66,7	0	0	
Adesão da população		7	7	3,8	3,8	3	42,9	1	14,3	3	42,9
Total		-	182	100	100	83	45,6	41	22,5	58	31,9

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; Total %: refere-se à percentagem total das referências por categoria; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.3 Temática III – Elementos envolvidos

Esta temática corresponde à alínea b) do segundo objetivo desta investigação, que se propõe a caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia ao nível da estrutura e organização das sessões. Para alcançar este objetivo foram estipuladas várias questões que deram origem às temáticas III, V e VI. Esta temática foi identificada através das seguintes questões abertas: “Existem outros técnicos envolvidos na estrutura e organização das sessões? Como o fazem?”.

Dentro desta temática emergiram três categorias que nos mostram que existem vários elementos envolvidos em três momentos diferentes do processo, isto é, desde o momento em que o cliente chega ao local onde o técnico participante trabalha até à sua integração na intervenção adequada.

Como podemos verificar na Tabela 5, a categoria mais referenciada é “na equipa” (52,1%), que se refere aos elementos que estão presentes nas sessões das intervenções estudadas. Nesta categoria foram identificadas duas subcategorias, que são: “técnicos” (23,5%), que se refere aos técnicos que intervêm diretamente com o cliente e conduzem as sessões de equitação terapêutica e/ou hipoterapia. Englobam áreas variadas, como a fisioterapia, reabilitação psicomotora, terapia ocupacional, psicologia, educação física, terapia da fala, ação educativa e os monitores e instrutores de equitação – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; e “guia/auxiliar lateral” (28,6%), que se refere aos guias dos cavalos que, normalmente, são também os tratadores destes animais, e aos elementos que, durante as sessões, prestam auxílio aos técnicos que intervêm, como é o caso dos voluntários, estagiários, e auxiliares, outros técnicos e/ou os motoristas das instituições. Este auxílio é, de forma específica, dado na subida dos clientes para o cavalo, nas idas à casa de banho, no aparelhar e desaparelhar e no apoio lateral ao cliente. Esta subcategoria foi mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e menos referenciada pelos envolvidos apenas na hipoterapia.

A segunda categoria mais referenciada é “na avaliação” (31,6%), que se refere aos elementos envolvidos na avaliação que é feita previamente à integração dos clientes nas

intervenções. Neste caso, estes elementos englobam os médicos, que são quem prescrevem as intervenções aos clientes, assegurando que estes não têm qualquer contraindicação para a prática das mesmas. Englobam também os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os psicomotricistas, os psicólogos, os terapeutas da fala e os professores de educação especial, que, em articulados, avaliam os clientes no âmbito das suas áreas de formação, estipulando objetivos terapêuticos. Esta categoria foi mais referenciada por parte dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos referenciada pelos envolvidos em ambas as intervenções.

A categoria menos referenciada é “no delineamento” (16,3%), que se refere aos elementos que estão envolvidos no delineamento dos objetivos, na estrutura e organização das sessões do projeto terapêutico individual. Nesta categoria foram identificadas duas subcategorias, são elas: “técnicos” (11,2%), que englobam os técnicos da área da fisioterapia, reabilitação psicomotora, terapia ocupacional, psicologia e os monitores/instrutores de equitação terapêutica – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; e “cliente” (5,1%), que se refere aos clientes com capacidade para expressar a sua opinião e que, deste modo, participam nas reuniões com os técnicos dizendo o que querem fazer e o que querem melhorar – a maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e em ambas as intervenções, com o mesmo volume, e a menor aos envolvidos apenas na hipoterapia.

Constatamos que o volume de referências acerca dos elementos presentes nas sessões é, relativamente, grande.

Tabela 5*Categorias e subcategorias da temática III - Elementos envolvidos*

Categorias	Subcategorias	Arquivo	Referência	%	Total %	ET		H		Ambas	
						(n)	%	(n)	%	(n)	%
Na avaliação		19	31	31,6	31,6	13	41,9	11	35,5	7	22,6
No delineamento	Técnicos	9	11	11,2	16,3	5	45,5	1	9,1	5	45,5
	Cliente	4	5	5,1		2	40	1	20	2	40
Na equipa	Técnicos	14	23	23,5	52,1	10	43,5	5	21,7	8	34,8
	Guia/auxiliar lateral	16	28	28,6		11	39,3	6	21,4	11	39,3
Total		-	98	100	100	41	41,8	24	24,5	33	33,7

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; Total %: refere-se à percentagem total das referências por categoria; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.4. Temática IV – Objetivos e plano da intervenção

Esta temática corresponde à alínea c) do segundo objetivo desta investigação, que se propõe a caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia ao nível das áreas a trabalhar e competências desenvolvidas. Para alcançar este objetivo foram estipuladas as seguintes questões abertas: “E quando se propõe a desenvolver a intervenção, existe um programa pré-definido? Se não, como é construído e como se desenrola o projeto terapêutico?”, “Será possível referir algumas áreas gerais a trabalhar com todos os utentes?” e “Que competências pretende que eles alcancem? Existem outras áreas específicas que trabalha? Pode-me dar um exemplo de alguma(s) outra (s)?”.

Dentro desta temática emergiram várias categorias e subcategorias que nos indicam quais as áreas gerais e específicas das finalidades terapêuticas e as que acabam também por ser trabalhadas com os clientes, assim como se desenrola o plano da intervenção.

Como podemos verificar na Tabela 6, a categoria mais referenciada é a “área motora” (31,6%). Esta categoria engloba as seguintes subcategorias: “global” (2,8%), que diz respeito às funções motoras globais e não especificadas, assim como à motricidade fina e à motricidade global – mais referenciada pelos técnicos envolvidos em ambas as intervenções, e menos pelos envolvidos apenas na equitação terapêutica e pelos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem; “tonicidade” (2,3%), que se refere ao fortalecimento muscular e à regulação do tónus muscular – mais referenciada pelos técnicos envolvidos em ambas as intervenções, menos pelos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e sem referências dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia; “proprioceção” (2,3%), que se refere à proprioceção – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, e menos pelos envolvidos apenas na equitação terapêutica e pelos envolvidos em ambas, com a mesma percentagem; “equilíbrio” (9,3%), que se refere ao equilíbrio do cliente em diversos momentos, tais como sentado a passo, no arranque do andar do cavalo e durante a paragem, bem como a simetria – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos em ambas as intervenções; “postura” (5,1%), que se refere à correção e alinhamento de posturas – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia e menos pelos envolvidos em ambas as intervenções; “coordenação” (5,6%),

que se refere à coordenação motora e à coordenação oculo-manual – mais referenciada pelo técnicos envolvidos apenas na hipoterapia e menos pelos envolvidos em ambas as intervenções; e “lateralidade” (4,2%), que se refere à noção de direita e de esquerda – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e pelos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem, e menos referenciada pelos envolvidos em ambas as intervenções.

A segunda categoria mais referenciada é a que se refere à “área cognitiva” (19,6%), que engloba as seguintes subcategorias: “global” (4,7%), que se refere às funções cognitivas globais e não especificadas, bem como à orientação espaço-temporal e à imagem corporal – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos pelos envolvidos apenas na hipoterapia; “atenção e concentração” (2,8%), que se refere às capacidades de atenção e de concentração – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos em ambas as intervenções; “memória” (2,3%), que se refere à capacidade de memória – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos pelos envolvidos em ambas, e sem referências dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia; “pensamento associativo” (1,9%), que se refere às noções de dentro e de fora, de movimentos iguais utilizados em contextos diferentes, à alimentação saudável e à associação de matérias, como é o caso da associação das cores aos objetos – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia e em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica; “letras e números” (3,7%), que se refere à identificação e nomeação das letras e dos números, e à contagem de dinheiro – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; e “cores” (4,2%), que se refere à identificação e nomeação das cores – a maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos em ambas as intervenções e a menor aos envolvidos apenas na hipoterapia.

A terceira categoria mais referenciada é a que corresponde à “área socioemocional” (17,3%). Esta categoria engloba as seguintes subcategorias: “global” (8,4%), que se refere às competências sociais e emocionais de forma global e não especificada, incluindo também regras sociais importantes na relação com os outros indivíduos – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação

terapêutica e menos dos envolvidos em ambas; “autoestima” (4,7%), que se refere à capacidade dos clientes em se fazerem respeitados, ao *empowerment*, ao sentirem-se importantes e à capacidade para perceberem que podem contar com a ajuda dos técnicos para conseguir ultrapassar os obstáculos – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos pelos envolvidos em ambas as intervenções, e sem referências por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia; “confiança” (2,8%), que se refere à autoconfiança no sentido dos clientes saberem que são capazes de realizar determinados exercícios e de chegar mais longe, à coragem para trabalhar as suas fragilidades e à resolução de situações que eventualmente podem acontecer em cima do cavalo, para que o cliente não termine uma sessão com medo – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos pelos envolvidos em ambas, e sem referências dos envolvidos apenas na hipoterapia; e “autonomia” (1,4%), que se refere à autonomia do cliente para realizar determinadas tarefas, entre as quais o aparelhar e o subir para o cavalo – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos pelos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências por parte dos envolvidos em ambas as intervenções.

A quarta categoria mais referenciada é “plano de intervenção” (13,1%), que se refere aos fatores que influenciam o delineamento do plano de intervenção individual do cliente. Nesta categoria foram identificadas duas subcategorias, que são: “formação do técnico” (4,7%), que se refere à formação que os técnicos têm no âmbito, quer das suas áreas profissionais, quer das intervenções estudadas, e à experiência que adquirem ao longo do tempo – mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menos pelos envolvidos em ambas e pelos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem; e “dificuldades e necessidades dos clientes” (8,4%), que se referem às dificuldades e necessidades dos clientes, assim como aos sonhos identificados no momento da avaliação, que servem de base para o estabelecimento dos objetivos de trabalho com os clientes. Estes objetivos são contemplados no plano de desenvolvimento individual do cliente e é em função deles que o plano de intervenção é delineado e, quando aplicável, facultado aos monitores/instrutores de equitação. Esta subcategoria foi mais referenciada pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos pelos envolvidos apenas na hipoterapia.

A quinta categoria mais referenciada é a “área comportamental” (7%), que engloba as regras de segurança na presença do cavalo, o cumprimento de ordens, a autodeterminação e as atividades da vida diária, como o tomar banho e fazer limpezas. A maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia e a menor aos envolvidos em ambas as intervenções.

A sexta categoria mais referenciada é a que corresponde à “área sensorial” (5,6%), que se refere à estimulação dos sentidos, nomeadamente a do tato através do toque no cavalo. As percentagens das referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, dos envolvidos apenas na hipoterapia e em ambas as intervenções, é igual.

A penúltima categoria mais referenciada é a “área comunicacional” (3,7%), que se refere à estimulação da comunicação. A maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e as menores, com o mesmo volume, pertencem aos envolvidos apenas na hipoterapia e em ambas as intervenções.

A última categoria mais referenciada é a “manutenção” (1,9%), que se refere à manutenção das capacidades dos clientes para que, no mínimo, não percam funcionalidade nem tenham dores. A maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, a menor aos envolvidos apenas na hipoterapia, e não há referências por parte dos envolvidos em ambas as intervenções.

Em suma, os técnicos referem, muito frequentemente, que as três áreas gerais mais trabalhadas com os clientes, as quais pertencem aos objetivos pretendidos, são as áreas motora, cognitiva e socioemocional, seguidamente. Dentro da área motora pode-se destacar o equilíbrio, dentro da área cognitiva pode-se destacar, de forma específica, as cores, e dentro da área socioemocional, a autoestima. Pode-se verificar ainda que o número de técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica é quase sempre significativamente superior, no entanto, o número de técnicos envolvidos apenas na hipoterapia aproxima-se do número de técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica na área motora. A diferença significativamente superior do número de técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica verificada nas áreas socioemocional e cognitiva pode indicar que é na equitação terapêutica que mais trabalham estas áreas, em detrimento da hipoterapia.

Tabela 6*Categorias e subcategorias da temática IV - Objetivos e plano da intervenção*

Categorias	Subcategorias	Arquivo	Referência	%	Total %	ET		H		Ambas	
						(n)	%	(n)	%	(n)	%
Área socioemo- cional	Global	12	18	8,4	17,3	11	61,1	4	22,2	3	16,7
	Autoestima	10	10	4,7		9	90	0	0	1	10
	Confiança	6	6	2,8		5	83,3	0	0	1	16,7
	Autonomia	3	3	1,4		2	66,7	1	33,3	0	0
Área cognitiva	Global	9	10	4,7	19,6	6	60	1	10	3	30
	Atenção e concentração	5	6	2,8		3	50	2	33,3	1	16,7
	Memória	5	5	2,3		3	60	0	0	2	40
	Pensamento associativo	3	4	1,9		0	0	2	50	2	50
	Letras e números	8	8	3,7		4	50	1	12,5	3	37,5
	Cores	9	9	4,2		3	33,3	2	22,2	4	44,4
Área motora	Global	5	6	2,8	31,6	1	16,7	1	16,7	4	66,7
	Tonicidade	5	5	2,3		2	40	0	0	3	60
	Propriocetividade	5	5	2,3		1	20	3	60	1	20
	Equilíbrio	17	20	9,3		8	40	7	35	5	25

(continua)

(continuação)

	Postura	10	11	5,1	3	27,3	6	54,5	2	18,2	
	Coordenação	12	12	5,6	4	33,3	5	41,7	3	25	
	Lateralidade	8	9	4,2	4	44,4	4	44,4	1	11,1	
	Área sensorial	10	12	5,6	5,6	4	33,3	4	33,3	4	33,3
	Área comunicacional	7	8	3,7	3,7	4	50	2	25	2	25
	Área comportamental	11	15	7	7	6	40	8	53,3	1	6,7
	Manutenção	3	4	1,9	1,9	3	75	1	25	0	0
	Plano de intervenção	9	10	4,7	13,1	4	40	3	30	3	30
	Dificuldades e necessidades dos clientes	17	18	8,4	8	44,4	5	27,8	5	27,8	
	Total	-	214	100	100	98	45,8	62	29	54	25,2

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; Total %: refere-se à percentagem total das referências por categoria; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.5 Temática V – Avaliação

Tal como a temática III, esta também corresponde à alínea b) do segundo objetivo desta investigação, que se propõe a caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia ao nível da estrutura e organização das sessões. Esta temática foi identificada através das seguintes questões abertas: “Quando recebe um utente como procede? Existe uma avaliação prévia? Se sim, como é feita?”.

Dentro desta temática emergiram duas categorias que nos mostram que existe uma avaliação feita e como é que esta é concretizada.

Como podemos verificar na Tabela 7, a categoria mais referenciada é “parâmetros” (69,3%), que se refere às áreas nas quais os clientes são avaliados antes de integrarem as intervenções e que conduzem a estipulação dos objetivos a alcançar, assim como os exercícios a realizar nas sessões. Esta categoria apresenta várias subcategorias que especificam estas áreas, são elas: “áreas fortes/fracas” (6,9%), que se referem às capacidades e dificuldades dos clientes, nas quais se incluem as áreas a desenvolver – a maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, a menor aos envolvidos em ambas as intervenções, e não há referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia; “condição física” (19,4%), que se refere ao peso, idade, altura e à fase em que os clientes se encontram – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos em ambas as intervenções; “comportamento” (4,2%), que se refere ao comportamento do cliente, assim como à sua capacidade de integração no grupo de trabalho no âmbito destas intervenções – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências dos envolvidos em ambas; “área socioemocional” (6,9%), que engloba a gestão emocional do cliente, incluindo quando este está perante o cavalo, e a sua reação às ordens – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências dos envolvidos em ambas; “área cognitiva” (9,7%), que engloba a leitura, a escrita, a compreensão e a capacidade de atenção e de concentração – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem, e menos dos envolvidos em ambas; “área motora” (13,9%), que engloba a funcionalidade

motora, as autonomias em realizar as AVD, a postura e o equilíbrio, a tonicidade, a proprioção e as competências sensoriais – com mais referências dos técnicos envolvidos em ambas, e menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem; e “características do cavalo” (8,3%), que engloba a identidade e as características do cavalo, que vão influenciar a escolha do cavalo a ser utilizado com determinado cliente e na qual intervenção específica – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia e dos envolvidos em ambas, com a mesma percentagem.

A categoria menos referenciada é “métodos” (30,6%), que se refere à operacionalização da avaliação, ou seja, por que meios é que a avaliação é realizada. Esta categoria engloba três subcategorias, nas quais são detalhados estes meios: “recolha prévia” (5,6%), que se refere às informações recolhidas antes do momento da avaliação – a maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, a menor aos envolvidos apenas na hipoterapia, e não há referências dos envolvidos em ambas. Esta recolha de informações permite o técnico saber se o cliente já teve, anteriormente, algum contacto com o cavalo, o motivo pelo qual o técnico está a ser contactado e perceber a dinâmica familiar na qual o cliente está inserido; “instrumentos” (15,3%) que se refere aos instrumentos que são utilizados no momento da avaliação, incluindo os instrumentos de apoio à observação. Esta categoria engloba anamneses, testes psicológicos, fichas de caracterização e grelhas de avaliação para a equitação – a maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e a menor aos envolvidos apenas na hipoterapia; e “reavaliação” (9,7%), que se refere às avaliações que vão sendo realizadas periodicamente, para que os técnicos possam comparar os resultados e, se necessário, ajustar os planos que têm para os clientes – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem, e menos referências dos envolvidos em ambas as intervenções.

Os técnicos mostram que, ao receber um cliente e antes de o integrarem numa das intervenções, procedem a uma avaliação, na qual a condição física do cliente e a área motora são os parâmetros de avaliação mais referenciados. Pode-se também verificar quais os métodos de avaliação utilizados, nos quais se destacam os instrumentos.

Tabela 7*Categorias e subcategorias da temática V - Avaliação*

Categorias	Subcategorias	Arquivo	Referência	%	Total %	ET		H		Ambas	
						(n)	%	(n)	%	(n)	%
Parâmetros	Áreas fortes/fracas	4	5	6,9	69,3	3	60	0	0	2	40
	Condição física	14	14	19,4		8	57,1	4	28,6	2	14,3
	Comportamento	3	3	4,2		2	66,7	1	33,3	0	0
	Área socioemocional	4	5	6,9		4	80	1	20	0	0
	Área cognitiva	5	7	9,7		3	42,9	3	42,9	1	14,3
	Área motora	7	10	13,9		3	30	3	30	4	40
	Características do cavalo	5	6	8,3		4	66,7	1	16,7	1	16,7
Métodos	Recolha prévia	3	4	5,6	30,6	3	75	1	25	0	0
	Instrumentos	8	11	15,3		5	45,5	1	9,1	5	45,5
	Reavaliação	7	7	9,7		3	42,9	3	42,9	1	14,3
Total		-	72	100	100	38	52,8	18	25	16	22,2

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; Total %: refere-se ao total da percentagem das referências por categoria; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.6 Temática VI – Estrutura e organização das sessões

Tal como as temáticas III e V, esta corresponde também à alínea b) do segundo objetivo desta investigação, que se propõe a caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia ao nível da estrutura e organização das sessões. Esta temática foi identificada através das seguintes questões abertas: “A periodicidade e a duração das sessões é sempre a mesma?”, “Qual é, habitualmente?”, “As sessões seguem sempre a mesma estrutura? Se sim, qual?” e “Em média qual é a duração do processo de intervenção?”.

Dentro desta temática emergiram cinco categorias que nos indicam como é que as sessões estão estruturadas e organizadas.

Como podemos verificar na Tabela 8, a categoria mais referenciada é a “estrutura” (57,5%), que se refere à estrutura das sessões. Esta categoria apresenta três subcategorias, nas quais são apresentados os diferentes momentos que compõem uma sessão, são elas: “preparação” (18,7%), que engloba a aproximação entre o cliente e o cavalo através de festas, da alimentação, da escovagem da crina e da limpeza dos cascos do cavalo, a limpeza da box onde o cavalo se encontra, o aparelhar os clientes, o levar os materiais necessários para o picadeiro e o organizar os clientes por ordem de quem monta primeiro – com mais referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia e dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica; “desenvolvimento” (30,6%), que se refere ao momento em que o cliente monta e realiza as atividades e os exercícios previamente delineados, e de acordo com os objetivos a alcançar – com a maior percentagem por parte dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menor dos envolvidos apenas na hipoterapia. O desenvolvimento inclui os exercícios de aquecimento, os comandos do cavalo, passeios fora do picadeiro, o volteio, percursos e obstáculos, e andamentos diferentes. E a “conclusão” (8,2%), que se refere ao momento final da sessão. Esta subcategoria inclui um espaço recreativo, em que os técnicos permitem que os clientes experimentem andamentos diferentes dos do desenvolvimento ou voltem a repetir algum andamento do qual gostam, um momento de relaxamento, que serve para que os clientes serenem o entusiasmo sentido pelo contacto com o cavalo, o apear, o agradecer, o levar o cavalo à box, a despedida e o desapejar. Esta subcategoria tem uma maior percentagem

de referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções e menor por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia.

A segunda categoria mais referenciada é a “duração” (17,9%), que engloba três subcategorias, são elas: “das sessões” (6,9%), que se refere à duração das sessões e inclui mais um nível de subcategorias, que nos mostra que estas podem ser “até duas horas” (5,5%), mais especificamente, entre uma e duas horas – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia e dos envolvidos em ambas, com a mesma percentagem, ou “mais que duas horas” (1,4%), variando entre duas e duas horas e meia – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas; “do processo de intervenção” (4,6%), variando entre menos de um ano, um a três anos, mais de três anos, ou pode ser durante uma vida inteira – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia e em ambas, com a mesma percentagem; e “razões para interrupção do processo” (6,4%), que se refere às razões pelas quais os clientes interrompem estas intervenções. É através de outro nível de subcategorias, que foram identificadas dentro desta subcategoria, que conhecemos essas razões, que são: nos “alteração clínica” do cliente (2,3%), que se refere a alguma alteração com a qual passe a ser desaconselhada a continuação da intervenção – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos em ambas, e sem referências por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia; “falta de vontade ou interesse do cliente” (1,8%), que se refere à falta de vontade manifestada em continuar nas sessões por parte dos clientes, o que tem prevalência sobre o que os técnicos consideram que é importante para eles – as referências são somente dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica; e “outros” (2,3%), que engloba feridas que os clientes possam ter, uma evolução grande que possibilite o cliente passar para a competição, aquisição de receios, falta de financiamento por parte das instituições e incompatibilidade de horários de outras atividades e/ou com a escola – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas em ambas, e sem referências por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia.

A terceira categoria mais referenciada é “periodicidade” (11,4%), que se refere à frequência com que cada cliente realiza as sessões. Inclui um nível de subcategorias que, de forma mais específica, mostra que as sessões podem ser “uma vez por semana” (10,5%), com maior percentagem dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menor dos envolvidos em ambas as intervenções, ou “quinzenalmente” (0,9%), com referências só dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica.

A quarta categoria mais referenciada é “tipologia” (9,1%), que se refere à tipologia das sessões. Engloba um nível de subcategorias, no qual podemos verificar que as sessões podem ser realizadas “em grupo” (0,9%), com maior percentagem dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menor dos envolvidos em ambas as intervenções, e sem referências por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia, ou de forma “individual” (8,2%), com maior percentagem dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menor dos envolvidos apenas na hipoterapia. Quando as sessões são realizadas individualmente, a duração das sessões é dividida, podendo ser entre quinze minutos e uma hora para cada cliente.

A categoria menos referenciada é “adaptações do espaço” (4,1%), que se refere aos meios utilizados para facilitar o montar e o apejar dos clientes, tendo em conta o seu nível de mobilidade. Engloba as rampas, as escadas e o elevador. Nesta categoria, a maior percentagem de referências pertence aos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e a menor aos envolvidos em ambas as intervenções.

Constatamos que há um volume consideravelmente significativo de técnicos que referiu como é que as sessões estão estruturadas. Pode-se destacar o momento do desenvolvimento, que remete para a subcategoria mais referenciada dentro da categoria “estrutura”. Importa reparar que, ainda que o número total de técnicos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica seja, frequentemente, superior ao dos envolvidos apenas na hipoterapia, é importante realçar que na subcategoria “desenvolvimento” este número é, relativamente, díspar. Esta evidência pode indicar que no momento do desenvolvimento são feitas atividades em maior número e de forma mais variada na equitação terapêutica. O que é explicado pelas características dos clientes nela integrados que possibilitam a realização dessas atividades.

Tabela 8

Categorias e subcategorias da temática VI - Estrutura e organização das sessões

Categorias	Subcategorias	Subcategorias	Arquivo	Referência	%	Total %	ET		H		Ambas	
							(n)	%	(n)	%	(n)	%
Periodicidade	1x p/ por semana		22	23	10,5	11,4	10	43,5	7	30,4	6	26,1
	Quinzenalmente		2	2	0,9		2	100	0	0	0	0
Duração	Das sessões	Até 2h	12	12	5,5	17,9	6	50	3	25	3	25
		+ que 2h	3	3	1,4		1	33,3	2	66,7	0	0
	Do processo de intervenção		10	10	4,6	4	40	3	30	3	30	
	Razões para interrupção do processo	Alteração clínica	5	5	2,3	4	80	0	0	1	20	
		Falta de vontade ou interesse do cliente	4	4	1,8	4	100	0	0	0	0	
	Outros	5	5	2,3	3	60	0	0	2	40		
Tipologia	Em grupo		2	2	0,9	9,1	1	50	0	0	1	50
	Individual		18	18	8,2		8	44,4	4	22,2	6	33,3

(continua)

(continuação)

Estrutura	Preparação	20	41	18,7	57,5	13	31,7	14	34,1	14	34,1
	Desenvolvimento	21	67	30,6		36	53,7	11	16,4	20	29,9
	Conclusão	12	18	8,2		5	27,8	4	22,2	9	50
Adaptações do espaço		5	9	4,1	4,1	6	66,7	2	22,2	1	11,1
Total		-	219	100	100	103	47	50	22,8	66	30,1

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; Total %: refere-se ao total da percentagem das referências por categoria; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.7 Temática VII – Estratégias de intervenção utilizadas

Esta temática corresponde à alínea d) do segundo objetivo desta investigação, que se propõe a caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia ao nível das estratégias de intervenção utilizadas e ao nível das estratégias consideradas mais eficazes. Esta temática foi identificada através das seguintes questões abertas: “Que estratégias, atividades e exercícios desenvolve nas suas sessões?” e “Existe alguma estratégia, atividade ou exercício que considere mais eficaz? Porquê?”; e da seguinte questão fechada: “São idênticas ainda que adaptadas, para todos os utentes?”.

Dentro desta temática emergiram quatro categorias, que nos mostram quais as estratégias utilizadas pelos técnicos durante as sessões para conseguirem alcançar os objetivos e/ou a realização dos exercícios por parte dos clientes.

Como podemos verificar na Tabela 9, a categoria mais referenciada é a referente às estratégias “lúdicas” (56,7%). Dentro desta categoria foram identificadas três subcategorias: “recurso a materiais” (41,9%), que engloba os materiais que são utilizados nas sessões de equitação terapêutica e hipoterapia, que por sua vez se encontram divididos num outro nível de subcategorias, que são: os “didáticos” (30,3%), que se referem aos materiais utilizados para dinamizar as sessões. Englobam bolas, arcos, cones, *color carts* e imagens, letras, sacos de areia, varas, puzzles e legos, molas e outros objetos que não foram identificados. A maior percentagem de referências desta subcategoria é dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e a menor dos envolvidos apenas na hipoterapia. E os “de segurança” (11,6%), que se referem aos materiais que promovem e aumentam a segurança e a autonomia dos clientes enquanto estão montados no cavalo. Englobam o cilhão, as rédeas, o toque, a manta, os estribos, a sela e o suadouro. A maior percentagem desta subcategoria é dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e a menor dos envolvidos apenas na hipoterapia.; “verbais” (11,6%), que se refere ao recurso de exercícios verbais, como estratégia para aumentar o léxico dos clientes – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; e “sensório-motoras” (3,2%), que se refere ao recurso de exercícios sensório-motores, como estratégia para os clientes aprenderem a enumerar, a fazer contas, para aumentarem o número de movimentos, o controlo motor e a modulação tónica. Esta subcategoria tem mais referências por parte dos técnicos

envolvidos apenas na equitação terapêutica e em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e menos por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia.

A segunda categoria mais referenciada é a referente às estratégias “socioemocionais” (23,3%), que engloba várias subcategorias, são elas: “incentivo” (3,9%), que se refere à utilização de incentivos verbais como estratégia para os clientes participarem na sessão, assim como às intervenções que incorporam os cavalos enquanto estratégias que, por sua vez, promovem a motivação dos clientes no que concerne à realização dos exercícios – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos em ambas as intervenções; “relação de afeto” (9,7%), que se refere ao estabelecimento de uma relação próxima entre o técnico e o cliente, entre o cliente e o cavalo e entre os clientes do mesmo grupo, como estratégia para chegar mais facilmente ao cliente, aumentar a adesão às sessões e potenciar a sua autoconfiança, assim como à empatia e sensibilidade dos técnicos em relação ao ritmo de cada cliente e ao seu estado de espírito no dia da sessão – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; “confiança” (2,6%), que se refere à confiança transmitida pelos técnicos como estratégia para os clientes se sentirem seguros – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia; “limites” (1,9%), que se refere ao estabelecimento de regras e limites, e à repreensão, como estratégia para os clientes respeitarem os colegas e os elementos que os acompanham às sessões – só com referências dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções; “inserção social” (2,6%), que se refere às atividades realizadas ocasionalmente como estratégia de inserção social, como é o caso das apresentações para os pais assistirem e as colónias na altura da Páscoa, que promovem a interação entre os clientes e os indivíduos que se encontram de férias – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas; e “outras” (2,6%), que engloba o trabalhar a parte emocional antes da parte físico-motora, como estratégia para acalmar o cliente, assim como a utilização de interesses dos clientes, como estratégias para captar a atenção e a adesão dos mesmos – com mais referências dos técnicos

envolvidos apenas na hipoterapia, menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e sem referências por parte dos envolvidos em ambas.

A terceira categoria mais referenciada é a referente às estratégias “cognitivas” (12,3%), que engloba, também, várias subcategorias, tais como: “sistematização/repetição” (5,2%), que se refere à estruturação, sistematização e repetição das atividades como estratégia para a consolidação dos objetivos e prevenção da instabilidade dos clientes – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos em ambas as intervenções; “escolha sequencial de cavaleiros” (1,3%), que se refere à escolha sequencial de clientes como estratégia para rentabilizar o período de tempo da sessão e para prevenir a destabilização do grupo de clientes – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções; “organização temporal” (3,9%), que se refere à realização de atividades de retrospectiva que, por sua vez, implicam que o cliente reconstitua os acontecimentos passados, como estratégia para os técnicos perceberem se os clientes conseguem criar sequências temporais e procedimentais organizadas – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências dos envolvidos em ambas; e “demonstração” (1,9%), que se refere à demonstração dos exercícios por parte dos técnicos como estratégia para os clientes conseguirem perceber em que é que o exercício consiste – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções.

A categoria menos referenciada é a referente às estratégias “comunicacionais” (7,7%), que engloba três subcategorias, são elas: “proxémica” (3,2%), que se refere ao distanciamento físico como estratégia para o cliente se esforçar a falar mais alto, ao toque como estratégia para o cliente perceber que é para realizar o exercício utilizando a parte que recebeu o toque e o apoio físico-sensorial para promover o equilíbrio do cliente quando montado – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; “verbalização com ajuste de tom e volume” (1,3%), que se refere ao ajuste do tom e do volume das verbalizações dos técnicos como

estratégia para despertar ou acalmar o cliente, conforme o caso – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções; e “reforço positivo” (3,2%), que se refere ao reforço positivo dado pelos técnicos quando os exercícios são bem sucedidos e quando verificam que os clientes estão a esforçar-se – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções.

Embora o número de referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia se assemelhe ao longo das várias subcategorias, na subcategoria “recurso a materiais” o número de técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica é, consideravelmente, superior aos dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, em relação às outras subcategorias. O que pode indicar, por um lado, que os técnicos utilizam mais materiais didáticos nas sessões de equitação terapêutica, uma vez que os exercícios são mais dinâmicos e os objetivos mais alargados. Por outro lado, também pode indicar que os técnicos envolvidos nas sessões de equitação terapêutica utilizam mais materiais de segurança, uma vez que no âmbito desta intervenção os clientes têm mais autonomia e, em alguns casos, conduzem os cavalos sozinhos. Para isto são necessários materiais que aumentem a segurança dos clientes.

Existe também uma maior discrepância entre o número de técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e o número de técnicos envolvidos apenas na hipoterapia na subcategoria “verbais” da categoria “lúdicas”, o que pode indicar que este tipo de estratégias vai mais ao encontro dos objetivos cognitivos que a equitação terapêutica tem.

Tabela 9*Categorias e subcategorias da temática VII - Estratégias de intervenção utilizadas*

Categorias	Subcategorias	Subcategorias	Arquivo	Referência	%	Total %	ET		H		Ambas	
							(n)	%	(n)	%	(n)	%
Socioemocionais	Incentivo		6	6	3,9	23,3	3	50	2	33,3	1	16,7
	Relação de afeto		13	15	9,7		8	53,3	2	13,3	5	33,3
	Confiança		4	4	2,6		2	50	0	0	2	50
	Limites		1	3	1,9		0	0	0	0	3	100
	Inserção social		3	4	2,6		3	75	1	25	0	0
	Outras		3	4	2,6		1	25	3	75	0	0
Cognitivas	Sistematização/ repetição		6	8	5,2	12,3	5	62,5	2	25	1	12,5
	Escolha sequencial de cavaleiros		2	2	1,3		1	50	1	50	0	0
	Organização temporal		4	6	3,9		5	83,3	1	16,7	0	0
	Demonstração		2	3	1,9		2	66,7	1	33,3	0	0

(continua)

(continuação)

Comunicacionais	Proxémica		5	5	3,2	7,7	2	40	1	20	2	40
	Verbalização com ajuste de tom e volume		2	2	1,3		1	50	1	50	0	0
	Reforço positivo		4	5	3,2		2	40	3	60	0	0
Lúdicas	Recurso a materiais	Didáticos	24	47	30,3	56,7	20	42,6	8	17	19	40,4
		De segurança	10	18	11,6		15	83,3	1	5,6	2	11,1
	Verbais		9	18	11,6		10	55,6	2	11,1	6	33,3
	Sensório- motoras		4	5	3,2		2	40	1	20	2	40
Total			-	155	100	100	82	52,9	30	19,4	43	27,7

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; Total %: refere-se ao total da percentagem das referências por categoria; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.8 Temática VIII – Efeitos das intervenções

Esta temática corresponde ao terceiro objetivo desta investigação, que se propõe a caracterizar e compreender os efeitos destas intervenções. Esta temática foi identificada através das seguintes questões abertas: “Em que competências/comportamentos considera serem mais notórios os resultados desta abordagem?” e “Na sua opinião, este tipo de abordagem é benéfico? Porquê e para que tipo de população?”.

Dentro desta temática emergiram quatro categorias que nos mostram as áreas nas quais são notórios os efeitos positivos destas intervenções que, por sua vez, se traduzem nas razões pelas quais estas intervenções são benéficas.

Como podemos verificar na Tabela 10, a categoria mais referenciada é “na área socioemocional” (52,5%), que engloba várias subcategorias que nos indicam em que áreas específicas ocorrem resultados notórios positivos, são elas: “autoestima” (8,2%), que engloba a autoestima e autovalorização dos clientes – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos em ambas, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia; “autoconfiança” (9,3%), que engloba a autoconfiança na realização dos exercícios e no enfrentar os receios, e o sentimento de pertença a um grupo – as referências são só dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica; “comunicação” (17,5%), que engloba uma rede social mais aberta e o aumento da comunicação, o que pode, conseqüentemente, aumentar a sociabilidade dos clientes – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e com menos dos envolvidos em ambas as intervenções; “motivação” (6,2%), que engloba o empenho que os clientes demonstram em realizar as atividades, não só por serem intervenções que incorporam o cavalo, e os clientes, no geral, gostam e têm afetos pelos mesmos, como também porque sentem-se capazes de realizar os exercícios – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos apenas na hipoterapia, com a mesma percentagem, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções; e “outros” (11,3%), que engloba resultados na diminuição da ansiedade, aumento de sentimentos de superação, autoeficácia e de autopercepção, assim como o gosto por animais, as experiências diferentes e a ligação com a natureza como benefícios – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos

envolvidos em ambas as intervenções, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia.

A segunda categoria mais referenciada é “na área físico-motora” (28,8%), que engloba várias subcategorias que nos indicam em que áreas específicas ocorrem resultados notórios positivos, são elas: “global” (4,1%), que se refere aos resultados positivos a nível físico-motor de forma global – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia e em ambas as intervenções, com a mesma percentagem; “coordenação motora” (3,1%), que se refere apenas à coordenação – com o mesmo número de referências dos técnicos envolvidos apenas em cada uma e dos envolvidos em ambas as intervenções; “postura” (6,2%), que engloba o aumento do controlo postural – com mais referências dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; “equilíbrio” (8,2%), que engloba a manutenção e o aumento do equilíbrio – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e dos envolvidos em ambas as intervenções, com a mesma percentagem, e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia; “tensão/relaxamento” (7,2%), que engloba o relaxamento das tensões musculares – com mais referências dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções, menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e sem referências por parte dos envolvidos apenas na hipoterapia; e “outros” (5,2%), que engloba melhorias da função respiratória, o fortalecimento do tronco e o aumento de amplitudes – com mais referências dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções, menos dos envolvidos apenas na equitação terapêutica, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia.

A terceira categoria mais referenciada é “outros” (7,2%) que engloba o aumento da consciência corporal, da autonomia, da independência e do controlo da baba – com mais referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, menos dos envolvidos apenas na hipoterapia, e sem referências por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções.

A categoria menos referenciada é “na área cognitiva” (6,2%) que engloba o aumento da atenção e da concentração, e a melhoria do pensamento associativo, bem como o aumento do reconhecimento de objetos como resultados notórios – com mais

referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e menos dos envolvidos apenas na hipoterapia.

Verificamos que há uma discrepância maior na categoria “na área socioemocional”, em que o número de técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica é bastante superior ao número de técnicos envolvidos apenas na hipoterapia que tenham respondido que estas intervenções têm benefícios ou resultados positivos notórios dentro desta área. Este resultado pode estar relacionado com o facto de a área socioemocional ser mais trabalhada na valência da equitação terapêutica.

Tabela 10

Categorias e subcategorias da temática VIII - Efeitos das intervenções

Categorias	Subcategorias	Arquivo	Referência	%	Total %	ET		H		Ambas	
						(n)	%	(n)	%	(n)	%
Na área socioemocional	Autoestima	7	8	8,2	52,5	7	87,5	0	0	1	12,5
	Autoconfiança	6	9	9,3		9	100	0	0	0	0
	Comunicação	15	17	17,5		8	47,1	6	35,3	3	17,6
	Motivação	5	6	6,2		3	50	3	50	0	0
	Outros	8	11	11,3		8	72,7	0	0	3	27,3
Na área cognitiva		6	6	6,2	6,2	3	50	1	16,7	2	33,3
Na área físico-motora	Global	4	4	4,1	28,8	2	50	1	25	1	25
	Coordenação motora	3	3	3,1		1	33,3	1	33,3	1	33,3
	Postura	6	6	6,2		2	33,3	1	16,7	3	50
	Equilíbrio	8	8	8,2		3	37,5	2	25	3	37,5
	Tensão/ relaxamento	5	7	7,2		3	42,9	0	0	4	57,1
	Outros	4	5	5,2		2	40	0	0	3	60
Outros		7	7	7,2	7,2	6	85,7	1	14,3	0	0
Total		-	97	100	100	57	58,8	16	16,5	24	24,7

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria ou subcategoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria ou subcategoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; Total %: refere-se ao total da percentagem das referências por categoria; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.9 Temática IX – Papel do/a psicólogo/a

Esta temática corresponde ao quarto objetivo desta investigação, que se propõe a caracterizar e compreender o papel do(a) psicólogo(a) nestas intervenções. Esta temática foi identificada através da seguinte questão aberta: “Por fim, qual lhe parece ser o papel da Psicologia ou do/a psicólogo/a neste tipo de intervenção?”.

Dentro desta temática emergiram duas categorias que remetem para o papel do/a psicólogo/a no âmbito das intervenções estudadas.

Como podemos verificar na Tabela 11, a categoria mais referenciada é “psicólogo/a como mais valia” (61,9%), que se refere à mais-valia que é um psicólogo ser parte integrante da equipa envolvida na equitação terapêutica e hipoterapia para contribuir para o desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais emocionais, comportamentais e motivacionais do cliente.

A categoria menos referenciada é “apoio no projeto de intervenção” (38,1%), que se refere ao apoio que o/a psicólogo/a pode dar no projeto de intervenção, na medida em que pode reunir informações acerca do cliente e dos contextos em que se insere para os técnicos o compreenderem melhor. Além disso, contribui para a adaptação e/ou utilização de métodos mais eficazes e no delinear de objetivos individuais. A colaboração de um/a psicólogo/a também é importante para favorecer a relação entre os clientes e os outros técnicos envolvidos.

Como também se pode verificar, a percentagem das referências dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia é mais baixa nas duas categorias, em comparação com a dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e com a dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções. Esta constatação poderá indicar que o/a psicólogo/a pode ser uma mais-valia e prestar apoio ao nível da equitação terapêutica, porque a área de atuação da psicologia coincide com as áreas mais trabalhadas nesta valência.

Tabela 11*Categorias da temática IV - Papel do/a psicólogo/a*

Categorias	Arquivo	Referência	%	ET		H		Ambas	
				(n)	%	(n)	%	(n)	%
Psicólogo/a como mais-valia	8	13	61,9	10	76,9	1	7,7	2	15,4
Apoio no projeto de intervenção	6	8	38,1	5	62,5	1	12,5	2	25
Total	-	21	100	15	71,4	2	9,5	4	19

Nota. Arquivo: refere-se ao número de participantes que referiu a categoria; Referência: refere-se ao número de vezes que os participantes referiram a categoria; %: refere-se à percentagem relativa à referência; ET: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na equitação terapêutica; H: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos apenas na hipoterapia; Ambas: refere-se ao número (n) e à percentagem (%) das referências dos participantes envolvidos em ambas as intervenções (na equitação terapêutica e na hipoterapia).

3.10 Nuvens de palavras

A nuvem de palavras permite-nos verificar quais as palavras mais utilizadas num texto (Silva & Jorge, 2019). Por este motivo, considerou-se interessante a realização de duas nuvens de palavras, para analisar as entrevistas dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica (Figura 1) e dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia (Figura 2), separadamente. Esta análise permitiu-nos verificar quais as diferenças entre ambas as valências e consolidar os resultados já obtidos.

Para realizar as nuvens de palavras, selecionaram-se os códigos inseridos e os arquivos referentes, num primeiro momento, às entrevistas dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, seguidos dos envolvidos apenas na hipoterapia. Foi cem o número selecionado de palavras mais frequentes e cinco o número de letras de comprimento, com o intuito de reduzir o número de palavras consideradas não relevantes. As palavras foram ainda agrupadas às palavras derivadas e aos sinónimos, com o fim de reduzir o número de palavras semelhantes.

Verificamos que as palavras que sobressaem mais em ambos os casos são “cavalo” e “trabalhar”. Verificamos, de forma geral, que as palavras são as mesmas, o que as diferencia é o tamanho com que aparecem, que está relacionado com a frequência das mesmas nos discursos dos técnicos.

Apesar de não constarmos grandes diferenças entre os discursos dos técnicos envolvidos nas diferentes valências de intervenção, todas as palavras são importantes, pois conseguimos retirar algumas conclusões, que veremos na discussão dos resultados.

Parte 4 Discussão de Resultados

A presente investigação pretendeu caracterizar e compreender as práticas e os efeitos da equitação terapêutica e da hipoterapia em NEE, mais concretamente, nas regiões do Alentejo e do Algarve. Procurou contribuir para a melhor compreensão dos conceitos utilizados em Portugal, relacionando-os com os adotados internacionalmente. Procurou ainda contribuir para o desenvolvimento da investigação destas abordagens no âmbito da psicologia.

Os resultados revelaram que estas intervenções são duas vertentes com características diferentes, que motivam os clientes e facilitam todo o processo de reabilitação e/ou habilitação no qual o indivíduo se encontra. São vertentes que podem promover várias melhorias em diversas áreas e que, por este motivo, podem ser indicadas para um leque variado de indivíduos. Revelaram também que o psicólogo pode ter um contributo muito importante, sendo a sua colaboração vista como uma mais-valia no âmbito destas intervenções. É ainda possível compreender que, por vezes, os conceitos diferentes podem ter o mesmo significado, e que a multiplicidade dos mesmos gera confusão no seu entendimento. Para contornar esta questão, verificou-se a necessidade de padronizar estes conceitos, assim como os conceitos que, devido às diferentes abordagens e modelos de intervenção, vão surgindo.

Além disto, os resultados desta investigação permitiram a identificação dos técnicos envolvidos em cada uma das intervenções ou em ambas, o que, por sua vez, nos possibilita compreender se as informações que facultam diferem consoante a intervenção que desenvolvem. Isto permitiu-nos tirar conclusões acerca das diferenças e semelhanças entre as duas valências. Também nos permitiram identificar as áreas técnicas em cada intervenção, para perceber quais são as áreas que mais estão envolvidas numa e noutra vertente.

Para uma melhor organização da informação, os resultados irão ser, de seguida, discutidos em função de cada temática. Posteriormente, proceder-se-á a uma breve discussão sobre as nuvens de palavras.

4.1 Temática I

O objetivo de caracterizar e compreender as práticas da equitação terapêutica e hipoterapia de forma global foi atingido. Resultou na identificação dos fatores que distinguem cada valência, assim como da valência em que cada técnico participante está envolvido.

As duas categorias identificadas correspondem às valências estudadas, as quais são suportadas pelos fatores que caracterizam cada uma e que, entre elas, se diferenciam. Verificamos que a equitação terapêutica é dirigida aos clientes com mais autonomia e que têm uma função sobre o cavalo. E é mais utilizada a nível cognitivo, como é ilustrado com as seguintes referências: “(...) *A equitação terapêutica é uma prática mais virada para clientes com mais autonomia (...)*” (Entrevista XIII), “(...) *na Equitação Terapêutica o instrumento de trabalho é à mesma o cavalo, mas em que existe uma função sobre o cavalo. (...)*” (Entrevista XIX), e “(...) *Depois a Equitação Terapêutica, a meu ver, nós utilizamos mais já a nível cognitivo (...)*” (Entrevista XVIII). Estes resultados são confirmados com a CanTRA (s.d.), que refere que na equitação terapêutica o cliente conduz o cavalo com alguma autonomia, pois, nesta vertente, o cliente tem capacidade para ter uma função sobre este animal. Esta vertente objetiva melhorar o domínio psicomotor e educacional do indivíduo (SHP, s.d.).

Contrariamente, verificamos que a hipoterapia é direcionada para os clientes com menos autonomia, não havendo nenhuma função sobre o cavalo, e é mais utilizada para a estimulação motora e sensorial, como podemos verificar através das seguintes referências: “(...) *a hipoterapia mais virada (...)* para clientes com menos autonomia. (...)” (Entrevista XIII), “(...) *Na hipoterapia a criança não conduz o cavalo (...)*” (Entrevista XI) e “*Para mim, acho que a Hipoterapia é mais usada a nível motor e sensorial. (...)*” (Entrevista XVIII). Segundo a CanTRA (s.d.), na hipoterapia, o cliente tem perturbações mais profundas e interação menos com o ambiente no qual estão envolvidos. Por estes motivos, nesta vertente, os clientes não têm qualquer influência sobre o cavalo (Macauley & Gutierrez, 2004). A hipoterapia pretende que o cliente se torne mais funcional, através dos objetivos delineados pelos terapeutas (AHA, 2018; SHP, s.d.).

Constatamos que os técnicos participantes na investigação formados em fisioterapia, educação especial e reabilitação psicomotora, terapia ocupacional e os monitores/instrutores de equitação terapêutica estão envolvidos em ambas as valências, enquanto os terapeutas da fala e o técnico de animação sociocultural estão envolvidos apenas na hipoterapia, assim como os psicólogos e a técnica de ação educativa estão envolvidos apenas na equitação terapêutica (Anexo 12). O estar envolvido, nestes casos, não significa, necessariamente, conduzir a sessão. Pode significar, também, acompanhar os clientes até ao local onde a sessão vai ser realizada e/ou ajudar e apoiar o técnico que conduz a sessão, como acontece na hipoterapia, com o técnico de animação sociocultural, que refere: “(...) *eles já têm hipoterapeutas lá que nos receberam (...)*” (Entrevista VI). Ou como verificamos através da seguinte referência: “(...) *A gente tem parceiros (...) da instituição (...) Lá tem a treinadora, a monitora de equitação e tem também uma fisioterapeuta, que tem prática e tem formação nessa área, e são elas que contribuem de facto (...)*” (Entrevista XXII). Encontramos na literatura informações que corroboram estes resultados, mostrando-nos que quem conduz a sessão é também um fator diferenciador entre as duas valências. A equitação terapêutica pode ser conduzida pelos terapeutas, pelo monitor ou instrutor de equitação, em estreita articulação com todos os que intervêm na reabilitação do indivíduo, como por exemplo, professores, psicólogos e outros terapeutas. Ao passo que a hipoterapia deve ser conduzida pelos terapeutas de reabilitação, nomeadamente o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o terapeuta da fala, com o apoio dos monitores e/ou instrutores de equitação (AHA, 2018; SHP, s.d.). Os resultados mostram-nos que também os técnicos de reabilitação psicomotora conduzem as sessões de hipoterapia.

Em anexo (Anexo 13), podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias identificadas.

4.2 Temática II

O objetivo de caracterizar e compreender a população e as problemáticas envolvidas foi alcançado através da identificação das faixas etárias e das problemáticas dos clientes com os quais os técnicos participantes trabalham no âmbito destas intervenções. Foram também identificadas as contraindicações, bem como a adesão que

a população tem a estas intervenções.

Os técnicos participantes evidenciaram que a faixa etária que mais beneficia destas práticas é a dos jovens e adultos, como se pode observar por meio do seguinte discurso: *“Este grupo da equitação deve ter pessoas a partir dos 23, 24 até aos 62, 63, neste momento. (...)”* (Entrevista I). Este resultado poderá remeter para a ideia de que os indivíduos estão envolvidos nestas intervenções, em grande parte, por meio das instituições, uma vez que estas, na sua maioria, destinam-se a indivíduos com mais de dezoito anos. A institucionalização é uma das respostas possíveis para os indivíduos com NEE após o período escolar. Nas instituições, estas intervenções são realizadas no âmbito das terapias em que os clientes estão inseridos.

As faixas etárias menos referenciadas são as crianças, como verificamos através do exemplo seguinte: *“Temos pequenitos, a partir dos três. Tendencialmente não fazemos terapias antes disso. Mesmo os três é um risco. (...)”* (Entrevista XXIII), e os idosos, como podemos observar mediante a seguinte referência: *“Vão dos (...) aos sessenta e seis ou sessenta e sete. Anda mais ou menos nessas idades.”* (Entrevista V). Poderá ser no âmbito da intervenção precoce ou, em alguns casos, são clientes particulares que conciliam a escola com a intervenção. Constatamos também que a prática da equitação terapêutica é recomendada a partir dos três anos, como nos mostra a seguinte referência: *“Temos pequenitos, a partir dos três. Tendencialmente não fazemos terapias antes disso. Mesmo os três é um risco. (...)”* (Entrevista XXIII). Já a CanTRA (2013), considera o limite mínimo para a prática da hipoterapia os dois anos, e para a prática da equitação terapêutica os quatro anos.

Também os idosos poderão integrá-las. Constatamos que não há um limite máximo para o indivíduo deixar de beneficiar destas intervenções, podendo fazê-lo enquanto conseguir e lhe for benéfico. Não foi encontrada literatura sobre a idade máxima recomendada.

Podemos considerar que a idade não é uma característica diferenciadora entre as intervenções. Na literatura, entre as características encontradas que as diferenciam, não existem indicadores de que a idade dos indivíduos seja uma delas.

Relativamente às problemáticas, os técnicos evidenciaram que a população com que mais trabalham é a com perturbações do neurodesenvolvimento, entre as quais se pode destacar a paralisia cerebral. Os estudos encontrados sobre as intervenções que

incorporam os cavalos com indivíduos com paralisia cerebral são realizados no âmbito da hipoterapia, como nos mostram Mutoh et al. (2019), e Park, Rha, Shin, Kim e Jung (2014). Todavia, os resultados desta investigação mostram-nos que os técnicos na equitação terapêutica também intervêm com esta população.

Além da paralisia cerebral, também se podem destacar as perturbações do espectro do autismo. Esta problemática é referenciada mais vezes pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica. Holm et al. (2014) apresentam um estudo com indivíduos com perturbações do espectro do autismo que integraram a equitação terapêutica. Já Borgi et al. (2016) mostram que os indivíduos com perturbações do espectro do autismo também podem frequentar programas de hipoterapia.

Em oposição, para a perturbação de hiperatividade/défice de atenção, entre outras menos referidas, existem evidências na literatura de trabalhos realizados neste âmbito. Medeiros e Dias (2008) mostram que a equitação terapêutica pode contribuir para a facilitação do autocontrolo e para o aumento da concentração do indivíduo. Cuypers et al. (2011) reforçam estes resultados, através do seu estudo, no qual mostram que esta mesma valência contribui para um melhor comportamento e melhoria da qualidade de vida e do desempenho motor de indivíduos com este diagnóstico. Já Jang et al. (2015) mostram que ambas as valências podem aumentar a atenção e diminuir os comportamentos hiperativos e impulsivos.

Foi também referenciada a Síndrome de Down. Posada et al. (2012) mostram-nos que os indivíduos com Síndrome de Down podem ser integrados num programa de equitação terapêutica. O seu estudo revela melhorias físicas, sociais, cognitivas, assim como melhorias no seguimento de instruções e na participação nos exercícios propostos. Já Espindula et al. (2016), mostram que a hipoterapia pode, também, promover melhorias físicas nesta população.

Em termos de problemáticas, foram ainda referenciadas a doença mental e problemas emocionais. A literatura mostra-nos que estas intervenções também podem ser dirigidas à população sem deficiência motora, sensorial e/ou cognitiva (Roa & Rodríguez, 2015). Existem resultados positivos de estudos que se debruçaram sobre a interação entre o cavalo e indivíduos com emoções negativas. Estes resultados remetem para a melhoria das relações interpessoais, o aumento da autoestima, da autoconsciência, da empatia, do autocontrolo e da capacidade de o indivíduo permanecer no momento presente (Fleming,

2015). Por sua vez, estes resultados sugerem a utilização da abordagem que incorpora o cavalo em situações que o indivíduo sofre de *stress* psicológico (Klontz, Bivens, Leinart & Klontz, 2007), ansiedade, depressão, traumas, problemas de comportamento (Fleming, 2015), *stress* pós-traumático (Cramer, 2014; Johnson et al., 2018; Marchand, Andersen, Smith, Hoopes & Carlson, 2021), e em situações de violência familiar (Schultz, Barlow e Robbins, 2007). Estas problemáticas podem ser trabalhadas no âmbito da psicoterapia, como nos mostram Schultz et al. (2007) e Rizzo (2017). Em Portugal, ainda é necessário proceder-se a mais estudos sobre esta abordagem.

Em todas estas problemáticas, ainda que o número de referências dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica se aproxime ao dos envolvidos apenas na hipoterapia, são os envolvidos apenas na equitação terapêutica que evidenciam, com mais frequência, que os clientes com quem trabalham têm estas problemáticas. O que entendemos é que não é a problemática do cliente em si que influencia a escolha da valência mais adequada, mas sim as características do cliente. O que explica que dois indivíduos com paralisia cerebral, mas com autonomias e funcionalidades diferentes, possam ser integrados em valências diferentes.

Trotter et al. (2008) mostram-nos que as crianças e os adolescentes com dificuldades de aprendizagem e desajustes sociais, integrados num programa de equitação terapêutica, podem apresentar melhorias de comportamento, das competências adaptativas, da capacidade de liderança, e diminuição da ansiedade, de sintomatologia depressiva e de comportamentos agressivos. Este estudo valida o resultado que obtivemos, uma vez que a subcategoria “outras”, identificada nas perturbações do neurodesenvolvimento, engloba as dificuldades de aprendizagem.

Foram também referenciadas, por parte dos técnicos participantes, contraindicações à prática destas intervenções. Apesar da sua percentagem baixa, é muito importante ter conhecimento de que existem condições para as quais estas abordagens não são consideradas as respostas mais adequadas. Como contraindicações foram identificadas problemáticas musculoesqueléticas, sendo estas as mais referenciadas dentro do leque das contraindicações. Foram também referenciadas a epilepsia não controlada e as fragilidades imunitárias, entre outras. Na literatura podemos encontrar informações que corroboram estes resultados, é o caso de Medeiros e Dias (2008), que referem que os comprometimentos físicos podem impedir o posicionamento de forma

correta sobre o cavalo e, deste modo, indivíduos com problemas musculoesqueléticos não serem aconselhados a praticar este tipo de intervenção. Granados e Agís (2011) referem que em situações de epilepsia não controlada e alergias ao pelo do cavalo, como referem Medeiros e Dias (2008) também são situações em que a prática destas intervenções é contraindicada. Também o medo do cavalo, num grau elevado, é considerado uma contraindicação, segundo Janiro (2015).

Os resultados poderão indicar-nos que as faixas etárias, as problemáticas e contraindicações são semelhantes, independentemente da intervenção em que o indivíduo é inserido. Na literatura foram encontrados estudos realizados com o propósito de analisar a eficácia de um programa de equitação terapêutica ou de hipoterapia numa determinada população. Não foram encontrados estudos que nos revelassem que as populações são exclusivas de uma determinada valência.

Os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica evidenciam que os clientes com os quais trabalham são, com mais frequência, jovens e adultos, com perturbações do espectro do autismo, paralisia cerebral, ou perturbações do desenvolvimento intelectual. Demonstram, com mais frequência, que as contraindicações à prática são problemas musculoesqueléticos e epilepsia não controlada. Os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia evidenciam que os clientes com os quais trabalham são, também, com mais frequência, jovens e adultos, com paralisia cerebral e perturbações do espectro do autismo. No entanto, mostram-nos, com mais frequência que as contraindicações à prática são fragilidades imunitárias e outras, entre as quais se pode destacar o medo do cavalo e psicose não compensada.

Em anexo (Anexo 14), podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.3 Temática III

O objetivo de caracterizar e compreender a estrutura e organização das sessões foi alcançado através de três temáticas. Nesta temática foi possível identificar os elementos envolvidos em diferentes momentos, desde que o cliente é recebido até integrar a valência que lhe é mais adequada.

Foram identificados os elementos envolvidos, com maior percentagem, na equipa

de intervenção, seguindo-se os elementos envolvidos na avaliação que é feita antes da integração do cliente nas intervenções, e posteriormente, no delineamento do projeto terapêutico.

Verificamos que, em primeiro lugar, existe uma avaliação médica, através da seguinte referência “(...) o utente tem que ir ao médico, para que ele dê autorização para frequentar (...) a Equitação Terapêutica. (...)” (Entrevista III). É o médico que certifica que não existe nenhuma contraindicação para a prática do indivíduo. A autorização médica é então necessária porque aumenta a segurança e a proteção de todos os elementos envolvidos nas sessões (FRDI, s.d.). Após a autorização do médico, é fundamental que os técnicos que recebem o cliente, procedam a uma avaliação especializada de acordo com a sua área de formação. Através das seguintes referências, podemos verificar que os técnicos que realizam esta avaliação formam uma equipa multidisciplinar “(...) nós aqui funcionamos com, fazemos todos uma avaliação ao utente. Eu faço a minha avaliação ao nível psicomotor, a minha colega fisioterapeuta também, psicologia, terapia da fala e a terapia ocupacional. (...)” (Entrevista XXIV) e “(...) e a avaliação da equipa de monitores e da equipa técnica que nós estabelecemos quem deve ou não estar na atividade (...)” (Entrevista X).

Com as informações obtidas na avaliação, os técnicos traçam os objetivos a cumprir com cada cliente, de acordo com as suas características e necessidades do mesmo. É, neste momento, que o cliente é integrando nas respostas disponíveis e consideradas mais adequadas, entre estas a equitação terapêutica e a hipoterapia. Para o efeito, é necessário traçar um plano para o cliente, o que conduz ao delineamento do projeto terapêutico individual, ou seja, à estruturação e organização das sessões individuais.

Os elementos responsáveis pelo delineamento do projeto terapêutico são, com maior percentagem de referências, técnicos, como se pode verificar através do exemplo seguinte: “(...) em termos de objetivos específicos eles são definidos normalmente entre mim, a monitora de equitação (...)” (Entrevista XXVII). No entanto, também os clientes, em certos casos, contribuem para o delineamento do seu próprio projeto terapêutico, expressando a sua opinião acerca do que querem fazer e o que querem melhorar, como podemos verificar através da seguinte referência: “O programa (...) aquilo que o utente também considera, porque muitos deles também têm essa consciência, conseguem

verbalizar aquilo que querem melhorar, e vamos nos guiando um bocadinho por aí. (...)” (Entrevista XV).

Na equipa de intervenção, os elementos envolvidos são, com uma grande frequência, os técnicos que intervêm, e o guia/auxiliar lateral, como se pode verificar através do exemplo seguinte: “(...) o hipoterapeuta, neste caso sou eu que desenvolvo a sessão (...) desenvolvo as atividades (...)” (Entrevista XII), e o guia/auxiliar lateral, como constatamos com a seguinte referência: “(...) Temos voluntários que fazem guia de cavalos e temos voluntários que fazem o trabalho de auxiliar lateral (...)” (Entrevista XXIII). Os técnicos operacionalizam o que é delineado e conduzem as sessões com o apoio e o auxílio dos guias/auxiliares laterais.

Como anteriormente referido, um dos aspetos que diferencia a equitação terapêutica da hipoterapia é quem conduz a sessão. A equitação terapêutica pode ser conduzida por monitores ou instrutores de equitação, ou técnicos de saúde ou de educação (Leitão, 2008; SHP, s.d.), enquanto a hipoterapia deve ser desenvolvida apenas pelos terapeutas de reabilitação, com o apoio dos monitores e/ou instrutores de equitação (AHA, 2019; SHP, s.d.). No entanto, em ambos os casos há sempre um trabalho conjunto realizado pelos elementos referenciados (Leitão, 2008), pois a colaboração de todos torna a prática mais segura e mais eficaz.

Nem todos os técnicos participantes conduzem as sessões as intervenções. Como anteriormente referido, o estar envolvido poderá ser acompanhar os clientes até ao picadeiro e/ou ajudar e apoiar o técnico e/ou terapeuta que vai conduzir a sessão. O condutor das sessões é um fator diferenciador entre as duas valências

Em suma, os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica e os envolvidos apenas na hipoterapia evidenciam, com mais frequência, quais os elementos envolvidos na equipa de intervenção. Porém, enquanto os envolvidos apenas na equitação terapêutica referem mais vezes os técnicos que conduzem as sessões, os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia evidenciam, referem mais vezes os guias/auxiliares laterais. Este resultado poderá ser explicado pela autonomia do cliente. Por outras palavras, tendo em conta que a hipoterapia é direcionada para indivíduos com menos autonomia, por este motivo vão precisar de mais apoio para que não caiam do cavalo.

Em anexo (Anexo 15), podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.4 Temática IV

O objetivo de caracterizar e compreender as áreas a trabalhar e as competências desenvolvidas foi cumprido. Resultou na identificação destas áreas a nível geral e específico, assim como dos critérios que influenciam a construção do plano da intervenção.

Constatamos que a área motora foi aquela que mais foi referenciada por parte dos técnicos participantes, destacando a questão do equilíbrio, como podemos verificar com o seguinte exemplo: “(...) *o equilíbrio estamos sempre a trabalhar em cima do cavalo. (...)*” (Entrevista X), da coordenação, com a referência seguinte: “(...) *dentro de se calhar mais da minha área, procuro sempre trabalhar a questão (...) da coordenação (...)*” (Entrevista XXIV), e da postura, com o seguinte discurso: “(...) *um dos exercícios para trabalhar a postura, que é muito importante também, isso aí é transversal a todos os clientes (...)*” (Entrevista XIII). Existem vários estudos que nos mostram que o movimento tridimensional do cavalo promove a melhoria do equilíbrio e da postura, entre os quais o levantamento de estudos de Roa e Rodríguez (2015). Espindula et al. (2016) mostram-nos que o movimento do cavalo também pode promover a melhoria da postura e do equilíbrio, assim como da coordenação motora.

Foram também referenciadas como áreas trabalhadas a área cognitiva, com destaque para a identificação e nomeação das cores, validada por Posada et al. (2012) que nos mostram que a equitação terapêutica pode contribuir para a melhoria da identificação das cores, letras e formas geométricas; e a área socioemocional, salientando a autoestima. Fleming (2015) refere que a interação com o cavalo pode promover o aumento da autoestima, entre outras capacidades socioemocionais.

Ainda que com menos frequência, importa mencionar que os técnicos também referenciaram as áreas comportamental, como podemos verificar através do seguinte exemplo: “(...) *Alguma questão de comportamento, nós vamos trabalhando também. (...)*” (Entrevista X); sensorial, como observamos mediante a referência seguinte: “(...) *Ao montar (...) a parte sensorial também acaba por ser trabalhada (...)*” (Entrevista XIX); e comunicacional, como nos mostra o discurso a seguir: “(...) *são essas áreas todas (...) a parte de comunicação (...)*” (Entrevista XI). Como anteriormente referido, existem evidências de que a prática destas abordagens promove melhorias de comportamento

(Trotter et al., 2008), experiências sensoriais, o que conseqüentemente, pode permitir o relaxamento das tensões (Thompson, 2019), a facilitação e o aumento da comunicação, o que pode contribuir para o aumento das relações interpessoais (Schultz et al., 2007).

Foram também verbalizados alguns aspetos que influenciam o delinear do plano de intervenção, como é o caso da formação do técnico, como se pode verificar através da seguinte referência: “(...) Não porque aqui é a parte que eu relaciono a hipoterapia com a minha área de formação que é psicomotricidade. (...)” (Entrevista XII), e as dificuldades e necessidades dos clientes, como verificamos através do seguinte discurso: “(...) com os técnicos da instituição, em que nos transmitiram quais eram as dificuldades e as necessidades de cada um dos utentes, e foi a partir daí que nós delinearíamos um trabalho (...)” (Entrevista XVII). As dificuldades e necessidades dos clientes remete-nos para a avaliação que é feita antes da integração do cliente nas intervenções, como discutiremos no tópico a seguir.

Em suma, os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica evidenciam, com mais frequência, que as áreas que trabalham são as áreas socioemocional, na qual se destaca a autoestima, e motora, em que se destaca o equilíbrio. Também os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia evidenciam que uma das áreas com as quais trabalham é a área motora, na qual se destaca o equilíbrio e a postura. Evidenciam ainda, com mais frequência, que outra área que trabalham é a comportamental. O equilíbrio é uma área que é sempre trabalhada, devido ao movimento tridimensional do cavalo.

Em anexo (Anexo 16) podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.5 Temática V

Tal como a temática III, esta temática responde ao objetivo que se propõe a caracterizar a estrutura e organização das sessões, resultando na identificação dos parâmetros e dos métodos utilizados no momento da avaliação anterior à integração dos clientes em qualquer uma das práticas estudadas. Verificamos que, em ambas as intervenções, o parâmetro, frequentemente, mais avaliado é a condição física do cliente, como podemos observar através da seguinte referência: “(...) É avaliada a idade, o peso (...)” (Entrevista XVI). É também bastante referenciada a área motora, como podemos

verificar mediante o seguinte discurso: “(...) *fazemos uma avaliação das capacidades motoras (...)*” (Entrevista XIX). Esta avaliação sucede a prescrição médica, e é realizada pelos elementos identificados na temática III. Esta avaliação é fundamental, na medida que é a partir dela que os objetivos são estabelecidos e, conseqüentemente, o projeto terapêutico é delineado. Segundo a CanTRA (s.d.), o plano a seguir com o cliente no âmbito da hipoterapia é baseado na avaliação dos terapeutas e nos objetivos para o cliente, o que valida os resultados.

Os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, evidenciam ainda que são utilizados, com alguma frequência, instrumentos de avaliação. Ao passo que os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, evidenciam que o método mais frequentemente utilizado é a reavaliação. Em ambos os casos, a condição física é o parâmetro mais utilizado porque essas características do cliente podem influenciar a escolha do cavalo a ser utilizado com aquele cliente em específico.

Em anexo (Anexo 17) podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.6 Temática VI

Tal como as temáticas III e V, também esta temática responde ao objetivo que se propõe a caracterizar a estrutura e organização das sessões, resultando na identificação da periodicidade, duração, tipologia das sessões, assim como na identificação da estrutura, assim como das adaptações que podem ser feitas para facilitar o montar e o apear do cliente.

É possível verificar que a maioria dos técnicos refere que a periodicidade das sessões é uma vez por semana, como podemos verificar através do seguinte exemplo: “(...) *É uma atividade que decorre connosco uma vez por semana. (...)*” (Entrevista IX). As referências acerca da periodicidade provêm de técnicos envolvidos nas duas intervenções, o que poderá indicar que a organização das sessões a este nível poderá ser semelhante entre as duas vertentes. Na literatura podemos encontrar exemplos de programas em que a periodicidade é também uma vez por semana. Trotter et al. (2008) mostram que a periodicidade do programa de equitação no qual se debruçou o estudo que desenvolveram foi uma vez por semana. O estudo de Espindula et al. (2016) debruçou-se

sobre um programa de hipoterapia, em que a periodicidade das sessões também foi uma vez por semana.

A duração das sessões também foi uma categoria referenciada, sendo que, a duração até duas horas foi mais frequentemente verbalizada, como podemos verificar com o seguinte exemplo: “*São duas horas para o grupo, depois é dividido e para cada um depende um bocadinho. (...)*” (Entrevista XVII). Nos estudos anteriormente mencionados (Espindula et al., 2016; Trotter et al., 2008) podemos verificar que a duração das sessões também é inferior a duas horas.

No que diz respeito à tipologia, os resultados mostram-nos que as sessões são, com mais frequência, realizadas de forma individual, independentemente da vertente, como podemos constatar mediante o seguinte exemplo: “*(...) Porque para o cliente acaba por ser mais ou menos quinze minutos de intervenção. (...)*” (Entrevista IX). Nestes casos, a duração anteriormente referida é dividida pelo número de clientes que são levados. Contudo, um técnico envolvido apenas na equitação terapêutica e outro, ainda que envolvido em ambas as intervenções, no momento do seu discurso especifica a equitação terapêutica, evidencia que as sessões são também realizadas em grupo, como podemos verificar com através do seguinte exemplo: “*(...) Se for a adaptada, o grupo da adaptada são quatro utentes. Esses fazem em grupo, fazem uma sessão em grupo (...)*” (Entrevista XXIII). As sessões em grupo são exequíveis na equitação terapêutica uma vez que os clientes integrados nesta vertente são mais autónomos, como podemos verificar nos resultados da temática I. Podemos verificar que, na literatura, são desenvolvidas intervenções individuais, como acontece no estudo de Benda, McGibbon e Grant (2003), em que o tempo foi de oito minutos por indivíduo. Podemos encontrar também intervenções desenvolvidas em grupo, como verificamos através do estudo de Gómez et al. (2015), em que as sessões eram realizadas em grupos de quatro indivíduos. Segundo a CanTRA (s.d.), as sessões de hipoterapia são individuais e a equitação terapêutica podem ser individuais ou de grupo, o que corrobora os resultados.

Podemos verificar que a estrutura das sessões é a categoria mais referenciada, mostrando-nos assim que existe uma estrutura a seguir, composta por uma preparação, pelo desenvolvimento e pela conclusão, em ambas as intervenções. Salienta-se o desenvolvimento da sessão, que é a parte com mais referências, no qual os técnicos abordaram os exercícios que fazem nas suas sessões, como podemos verificar através do

seguinte exemplo: “(...) *normalmente fazemos um percurso dentro do picadeiro (...) andamos ali um bocadinho às voltinhas, em aquecimento (...) andamos um bocadinho ali a fazer rodeio (...)*” (Entrevista XVI). Gómez et al. (2016) mostram que a estrutura do programa de intervenção, no qual o seu estudo se baseou, é regida por três fases. A primeira corresponde ao momento antes do montar, que consiste na preparação do equipamento e do cavalo. A segunda corresponde ao momento do montar, que consiste na condução do cavalo. A terceira fase corresponde a terminar o trabalho, consiste no desmontar e trazer o cavalo, recolher e guardar o equipamento e a despedida dos cavalos e dos monitores.

Apesar de menos referenciadas, as adaptações ao espaço também são importantes, porque ajudam os clientes no montar e no apejar, como podemos confirmar com o seguinte discurso: “(...) *pode usar as escadas, pode usar o elevador, depois varia de acordo com as necessidades (...) do cliente. (...)*” (Entrevista XIX). Os acessos ao cavalo é, portanto, um fator a valorizar (Santos, 2019).

Em suma, os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, assim como os envolvidos apenas na hipoterapia, evidenciam, com mais frequência, que a estrutura é composta por três partes: uma primeira que é a preparação, seguida do desenvolvimento e, posteriormente, a conclusão. Além disso, evidenciam que as sessões acontecem, com mais frequência uma vez por semana, pois em alguns casos é a frequência logisticamente possível. É também importante diferenciar que a tipologia da sessão difere consoante a intervenção. Na hipoterapia as sessões são sempre realizadas individualmente, o que é explicado pela autonomia reduzida do cliente, o que torna necessário mais recursos de apoio. Enquanto na equitação terapêutica, como o cliente é mais autónomo, em certas situações, as sessões podem ser realizadas em grupo, quando as características dos clientes os permitem exercer uma função sobre o cavalo e manter o equilíbrio, não necessitando de apoio lateral.

Em anexo (Anexo 18) podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.7 Temática VII

O objetivo de caracterizar e compreender as estratégias de intervenção utilizadas

e as consideradas mais eficazes foi alcançado, resultando na identificação das mesmas.

Os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica evidenciam que as estratégias mais frequentemente utilizadas são as lúdicas, nomeadamente, a utilização de materiais didáticos e de segurança, como podemos verificar através das seguintes referências: “(...) *Uma das coisas a que eu recorro sempre é os color carts, que são uns cartões coloridos, que têm várias ações ou adjetivos ou objetos. (...)*” (Entrevista II) e “(...) *Temos as rédeas adaptadas, temos montes de coisas.*” (Entrevista XIV); e as verbais, como verificamos mediante o seguinte exemplo: *aquilo que nós fazemos no jogo, a educação semântica, que é o quê, que eles saibam nomes, terras, é o jogo do STOP. Isso é ótimo em termos de desenvolvimento do léxico. (...)*” (Entrevista V). Nesta valência podem ser trabalhadas diversas áreas, nomeadamente a socioemocional e a cognitiva. Para esse fim, existem vários materiais didáticos que promovem essa estimulação e facilitam o trabalho realizado. Por outro lado, tendo em conta a autonomia dos clientes, são necessários materiais de segurança para os mesmos poderem exercer a função sobre o cavalo, como também é evidenciado. Como é esperado que o cliente tenha capacidade de compreensão, também é possível recorrer a estratégias verbais. Estas estratégias são menos referidas pelos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, pois requerem algumas capacidades por parte dos clientes, que podem ser mais difíceis de encontrar nos inseridos na hipoterapia. No entanto, também os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, evidenciam que os materiais didáticos são, frequentemente, utilizados.

Por oposição aos discursos dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, nos quais não foram identificadas referências, os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica evidenciam que também dão confiança aos clientes, utilizando-a como estratégia para os clientes sentirem que podem realizar os exercícios propostos. Tal não acontece na hipoterapia, possivelmente, porque as capacidades dos clientes são mais limitadas, pelo que os exercícios também vão ser menos complexos. Em contrapartida, é ligeiramente mais frequente os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia utilizarem o reforço positivo.

Em anexo (Anexo 19) podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.8 Temática VIII

O objetivo de caracterizar e compreender os efeitos das intervenções estudadas foi alcançado. Resultou na identificação das áreas em que são notórios os resultados positivos das práticas das intervenções.

Verificamos que os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica evidenciam que os efeitos são, frequentemente, mais notórios na área socioemocional, mais concretamente, na autoconfiança, na comunicação e na motivação, como verificamos com os discursos seguintes: *“Acima de tudo, acho que na autoconfiança deles. É aquilo que se nota mais. (...)”* (Entrevista I), *“(...) acho que surte ali um grande efeito. Tenho um cliente que sai de lá a falar, coisa que ele entra (...) caladinho (...)”* (Entrevista XVI), e *“(...) Também uso a condução, não só por isso, mas também porque como motivação, porque no fundo estão a ter controlo no cavalo, não é? É um fator motivacional. (...)”* (Entrevista XXV). Também os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia evidenciam efeitos positivos na comunicação, tendo sido o efeito mais referenciado por parte dos mesmos, como se pode verificar através do seguinte exemplo: *“(...) A nível das outras competências eu sei que existem também (...) mas claro a socialização com o resto da equipa (...)”* (Entrevista VIII).

Vários são os estudos que nos mostram evidências de que a interação com o cavalo pode aumentar a comunicação (Roa & Rodríguez, 2015). No estudo de Schultz et al. (2007) foram verificadas, no âmbito da psicoterapia, melhorias na comunicação. Também Posada et al. (2012), verificaram melhorias na comunicação, mas na população com Síndrome de Down. Já Holm et al. (2014) verificaram um aumento da verbalização por parte de indivíduos com perturbações do espeto do autismo. É também ao nível da confiança que um programa de psicoterapia revelou efeitos positivos, como nos mostram Schultz et al. (2007). Também Rizzo (2017) mostra-nos que os ciúmes podem tornar-se confiança. Já Sexauer (2011) mostra-nos que a interação com o cavalo, do ponto de vista dos profissionais pode promover melhorias na confiança de populações que sofreram de abusos.

Ao nível da autoestima também foram referenciados efeitos positivos, só por parte dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, como verificamos através da seguinte referência: *“Na autoestima, valorização (...)”* (Entrevista XIV). Trotter et al. (2008) mostram-nos que a interação com o cavalo promove melhorias na autoestima. Já

Schultz et al. (2007) mostram resultados na autoestima no âmbito de um programa de psicoterapia.

Obtivemos, também, referências ao nível da motivação, como verificamos através do seguinte discurso: “(...) e como é uma atividade que ele gosta, é uma coisa que ele se empenha. (...)” (Entrevista X). Borgi et al. (2016) confirmam, com o estudo que realizaram, que existem evidências do aumento da motivação social. Importa ainda mencionar que existem outros efeitos, tais como a nível emocional, como podemos perceber através da seguinte referência: “A nível emocional, questões de ansiedade (...) noto grandes resultados. (...)” (Entrevista IX). Trotter et al. (2018) mostram que a incorporação de um cavalo num programa de psicoterapia pode contribuir para a diminuição da ansiedade, como relataram ter acontecido no seu estudo.

Foram também bastante referenciados os efeitos na área físico-motora, mais concretamente ao nível da coordenação: “Acho que em termos de (...) coordenação motora, são assim os que se notam mais rápido em curto prazo. (...)” (Entrevista XII); postura: “Para mim, é a nível postural que se nota mais diferença. (...) A postura, a nível postural, controle postural, melhora muito. (...)” (Entrevista VIII); e equilíbrio: “(...) para quem está de cadeira de rodas, a hipoterapia ajuda muito (...) o equilíbrio com o tronco (...)” (Entrevista XIII); e tensão e relaxamento: “(...) a própria modelação do tónus, que ocorre com o cavalo, não consigo modelar o tónus tão facilmente (...) que nós fazemos ali no ginásio (...) com o próprio movimento do cavalo, ele consegue (...)” (Entrevista XIX); outros: “(...) abduzir mais a anca e conseguimos chegar a amplitudes, que se não fosse com este meio, não conseguiríamos fazer. (...)” (Entrevista XIX). Como referido na temática IV, a área motora é a que mais foi referenciada como sendo a área geral a trabalhar com todos os clientes. E é nesta área que são, também, relatados vários efeitos positivos. Espindula et al. (2016) mostram-nos que o movimento tridimensional do cavalo promove a melhoria da coordenação motora, da postura e do equilíbrio. Thompson (2018) mostra-nos que o movimento do cavalo também pode provocar relaxamento, o que significa que poderá contribuir para a diminuição da tensão dos músculos.

Ainda que com menos referências, importa também mencionar que foram referidos efeitos na área cognitiva, como é o caso da identificação das cores e o pensamento associativo das letras aos objetos, como verificamos com a seguinte

referência “(...) *mas às vezes conseguem já associar algumas letras a alguns alimentos ou a algumas roupas ou a algumas cores. (...)*” (Entrevista I). Posada et al. (2012) mostram-nos efeitos positivos no âmbito da equitação terapêutica, com indivíduos com Síndrome de Down, que remetem para a identificação de cores, alfabeto e formas geométricas. Também verificamos que existem melhorias na atenção, como verificamos com o exemplo seguinte: “(...) *E consigo também focar muito a atenção deles, o que é muito difícil por vezes em sessão de ginásio, porque eles dispersam imenso. (...)*” (Entrevista XXVI), assim como outros efeitos: “(...) *daí o que eu noto muito, eu, aspetos onde eu já vi melhorias ao nível de competências, ao nível da lateralidade (...)*” (Entrevista XXIV).

Em suma, os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica evidenciam, com mais frequência que os efeitos das suas práticas são notórios na autoconfiança e na comunicação dos clientes. Os técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, evidenciam também, com mais frequência, que os efeitos das suas práticas são notórios na comunicação. Além disso, evidenciam efeitos na motivação dos clientes. Os efeitos notórios são influenciados por toda a envolvência que a realização das sessões requer, assim como os objetivos delineados para cada cliente. Além disso, as características dos clientes também influenciam bastante. Um cliente que não esteja tão envolvido com o ambiente à sua volta e, depois de algum tempo a ser estimulado com tudo o que a hipoterapia implica, poderá apresentar melhorias diferentes das apresentadas por clientes com mais dificuldades em interagir com o ambiente, ou clientes que não têm compromentimentos a esse nível.

Em anexo (Anexo 20) podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.9 Temática IX

O objetivo que se propõe a caracterizar e compreender o papel do/a psicólogo/a foi também alcançado. Resultou no reconhecimento do psicólogo como mais-valia e da sua contribuição no apoio no projeto de intervenção.

Podemos verificar que o psicólogo é uma mais-valia mediante a seguinte referência: “(...) *Eu acho que seria uma mais-valia para nós ter o apoio do psicólogo*

que conhece bem o aluno (...)” (Entrevista XX). O apoio no projeto terapêutico é observado através da seguinte referência: *“(...) E quando temos um psicólogo é muito útil, porque o psicólogo pode nos aconselhar outros métodos mais eficazes conforme cada aluno (...)*” (Entrevista XX).

O psicólogo poderá intervir, diretamente com o cliente, no âmbito da equitação terapêutica, contribuindo para o desenvolvimento das competências cognitivas, socioemocionais e comportamentais dos indivíduos (Janiro, 2015). Além disso, poderá intervir indiretamente, trabalhando com as famílias destes, ajudando-as a aceitar e a gerir melhor o facto de haver um elemento da família com NEE, e articulando com a equipa técnica envolvida em ambas as valências. Neste último caso, os seus conhecimentos no âmbito do comportamento poderão ajudar os outros técnicos a conhecer e a perceber melhor os indivíduos (Janiro, 2015).

O papel do psicólogo merece ser mais explorado, uma vez que existem evidências de trabalhos realizados no âmbito da psicoterapia com resultados positivos. Estas evidências mostram-nos que a psicoterapia poderá ser uma outra valência, a qual fica sob a condução do psicólogo, em articulação com o monitor ou instrutor de equitação. Klontz et al. (2007) e Schultz et al. (2007) mostram-nos que a utilização de metáforas revela-se uma ferramenta bastante útil neste âmbito. O diálogo, o espaço para o indivíduo refletir, a elaboração de hipóteses comportamentais, a atribuição de novos significados, entre outros, poderá fazer com que esta abordagem seja eficaz com populações com problemáticas ao nível socioemocional e comportamental (Klontz et al., 2007; Rizzo, 2017; Schultz et al., 2007).

Os técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, assim como os envolvidos apenas na hipoterapia, evidenciam, com mais frequência, que a colaboração do/a psicólogo/a pode ser uma mais-valia no trabalho que é realizado no âmbito destas práticas. Independentemente da valência, o psicólogo pode atuar, direta ou indiretamente, com o cliente.

Em anexo (Anexo 21) podem ser encontrados mais exemplos de frases que ilustram as categorias e as subcategorias identificadas.

4.10 Nuvens de palavras

Na nuvem de palavras referente aos discursos dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, podemos encontrar palavras como equilíbrio, atividades, desenvolvimento e autoestima. A palavra equilíbrio surge como a área que é sempre trabalhada, independentemente dos objetivos que estão estipulados para os clientes, e como efeito, no sentido em que são observadas melhorias neste domínio. A palavra atividades surge como meio de alcançar os objetivos delineados por parte dos técnicos. A palavra desenvolvimento evidencia um dos grandes objetivos da equitação que remete para o desenvolvimento a nível psicomotor, educacional e de competências de equitação. A palavra autoestima surge como objetivo de trabalho e efeito positivo, que, curiosamente, são referenciados pelos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica.

Na nuvem de palavras referente aos discursos dos técnicos envolvidos apenas na hipoterapia, podemos encontrar palavras como comunicação, fisioterapeuta, motora e objetivos. A palavra comunicação surge como objetivo a trabalhar e como efeito notório no âmbito da hipoterapia. A palavra fisioterapeuta surge como elemento que conduz a sessão desta valência, sendo um terapeuta no ramo da saúde. Tendo em conta os resultados e a literatura encontrada, sabemos que a hipoterapia deve ser conduzida apenas por profissionais de saúde. Este é um fator diferenciador em relação à equitação terapêutica que, ainda que apareça também na nuvem de palavras relativa ao discurso dos técnicos envolvidos apenas na equitação terapêutica, não pressupõe, obrigatoriamente, que seja um profissional de saúde a guiar as sessões. A palavra motora surge, também, como objetivo a trabalhar e como efeito notório, sendo esta abordagem mais virada para melhorar questões neuromotoras. A palavra objetivos surge como metas a atingir com as intervenções que incorporam o cavalo, que, em contexto sala ou ginásio, poderia ser mais difícil de as alcançar.

Limitações do Estudo

Pode-se referir que, como limitações do estudo, as respostas poderiam convergir mais, o que aconteceria se as entrevistas tivessem sido exploradas de outra forma. Com mais objetividade e certeza da informação que se estava a querer obter.

Importa ainda referir que teria sido importante contemplar uma variável nos dados sociodemográficos que permitisse o técnico participante mencionar a intervenção na qual está envolvido, bem como a função que nela desempenha. Apesar desta limitação, foi possível identificar as intervenções nas quais os técnicos participantes estão envolvidos, através dos seus discursos. Porém, seria fundamental que junto dos técnicos que estão envolvidos em ambas as intervenções, ao longo do seu discurso, tivessem sido convidados a distinguir o seu discurso em função da intervenção a que estariam a referir-se. Esta diferenciação permitir-nos-ia tirar conclusões mais precisas, uma vez que sem essa distinção, os resultados por parte dos técnicos envolvidos em ambas as intervenções tornam-se ambíguos. Não percebemos se se referem às duas intervenções ou a uma delas. E teria sido também importante explorar mais a última questão, que remete para o papel da psicologia ou do(a) psicólogo(a) nestas intervenções.

Por fim, a última limitação identificada prende-se com o facto de as entrevistas terem sido realizadas com um grande intervalo de tempo entre a primeira e a última, o que poderá ter comprometido a atualidade das informações obtidas.

Implicações para a Prática e para Investigação Futura

Ao longo do tempo, foram feitos vários estudos que nos mostram evidências de que estas intervenções podem promover várias melhorias em domínios diferentes, entre os quais físico-motor e sensorial. Os técnicos envolvidos nestas intervenções são, maioritariamente, formados nas áreas de fisioterapia, educação especial e reabilitação psicomotora, e terapia ocupacional, como constatamos com os resultados desta investigação e confirmamos com a literatura disponível.

Com esta investigação foi-nos possível criar uma base para a caracterização destas intervenções a partir de uma realidade prática dada pela voz dos intervenientes. Por outro lado, permite-nos também redirecionar o foco das práticas e dos efeitos destas

intervenções. Verificamos que estas também podem promover melhorias nos domínios socioemocional e cognitivo, nos quais o/a psicólogo/a poderá intervir. Além disso, a sua atuação é vista como uma mais-valia, que se pode estender, de formas diferentes, às duas vertentes.

Posto isto, seria interessante que no futuro se pudesse ampliar este estudo a outras regiões do país ou replicá-lo mesmo a nível nacional. Parece-nos que seria igualmente importante realizar investigações que se debruçassem sobre as práticas e os efeitos de intervenções nas quais o psicólogo tivesse um papel mais presente, não só na construção, acompanhamento e avaliação do próprio projeto terapêutico, mas mesmo no seu envolvimento na própria intervenção, evidenciando as possibilidades psicoterapêuticas da intervenção com recurso ao cavalo, e investindo em modelos teóricos sobre a psicoterapia utilizando o cavalo.

Conclusão

A grande parte dos estudos encontrados sobre a equitação terapêutica e a hipoterapia foca-se em verificar e compreender os efeitos destas intervenções, bem como em verificar a sua eficácia, em populações específicas e no mesmo local.

O presente estudo tinha como objetivo geral caracterizar e compreender as práticas e os efeitos da equitação terapêutica e hipoterapia em NEE. Porém, o que inova este estudo é a apresentação de uma caracterização sistemática de ambas as práticas, ainda que seja em zonas delimitadas ao Alentejo e Algarve. Neste sentido, a proposta de estudos futuros é alargá-lo a outras zonas do país. Além disso, procurar focalizar-se na atuação do(a) psicólogo(a). Pretendeu-se, paralelamente, contribuir para a melhor compreensão dos conceitos utilizados em Portugal, relacionando-os com os adotados pelas organizações de referência a nível mundial. Pretendeu-se também identificar os técnicos envolvidos em cada uma das intervenções, averiguar a existência de diferenças nos seus discursos e compreendê-las.

Os resultados desta investigação mostram que a prática da equitação terapêutica e hipoterapia pode ser considerada um complemento às formas de terapia tradicional, pois facilitam a emergência ou modificação de certos comportamentos e sentimentos por parte dos clientes que, de outra forma, pode ser mais complicado. São duas valências de

intervenção diferentes, que se distinguem tendo em conta os objetivos de cada uma, as características da população a que se direcionam e os elementos que conduzem as sessões.

Podemos considerar que a equitação terapêutica está mais orientada para a estimulação cognitiva e para indivíduos com mais autonomia física e capacidade cognitiva. Ao passo que a hipoterapia está mais orientada para a estimulação físico-motora e para indivíduos, fisicamente, mais dependentes e com mais dificuldades cognitivas. Neste segundo caso, o objetivo da intervenção é que o cliente retire benefícios de reabilitação.

Apesar dos objetivos se diferenciarem, os efeitos são semelhantes, como veremos mais adiante.

Concluimos que estas intervenções podem ser praticadas por indivíduos a partir dos três anos enquanto lhes for benéfico, não havendo um limite máximo de idade. Identificámos como razões para a interrupção do processo a alteração clínica, entre outros, o que poderá justificar a descontinuidade da prática em idades mais avançadas, nos casos em que a prática poderá provocar mais malefícios do que benefícios. Por norma, a prática destas intervenções é contínua e ao longo da vida do cliente.

Verificamos que existe um trabalho articulado entre vários técnicos, desde o momento em o cliente é recebido até ao momento em que este é integrado na intervenção. Depois de obterem uma autorização médica, os clientes são avaliados, por parte das respostas existentes, em vários parâmetros, entre os quais a condição física do cliente, a área motora, e a área cognitiva, entre outros. Esta procedimento é realizado através de vários métodos, entre os quais os instrumentos de avaliação. São também realizadas, de forma periódica, reavaliações para, se necessário, ajustar o plano aos objetivos do cliente.

O procedimento anterior referido é fundamental, pois é a partir da avaliação que, com base nas dificuldades e necessidades do cliente, os técnicos estabelecem objetivos e constroem a sua intervenção. O plano de intervenção é, também, influenciado pelos conhecimentos que o técnico obtém no âmbito da sua formação e ao longo da sua experiência.

No que concerne à estrutura e organização das sessões, verificamos que a sua periodicidade e duração, ainda que seja inconstante, não se prende com a valência, mas sim com questões logísticas. Na maior parte dos casos, as sessões realizam-se uma vez por semana, com uma duração máxima de duas horas que é dividida pelos clientes

presentes. Conseguimos também verificar que a tipologia das sessões, em grande parte, é individual. Curiosamente, verificamos que as sessões de equitação terapêutica podem ser realizadas em grupo, ao passo que as de hipoterapia não, possivelmente devido ao nível de autonomia dos clientes.

Verificamos que, ainda que possa haver alguma oscilação, a estrutura das sessões começa com uma preparação, passa pelo desenvolvimento dos exercícios e das atividades, terminando com a conclusão. Ao longo das sessões, os técnicos utilizam algumas estratégias, sendo algumas bastante eficazes para a adesão do cliente, assim como para o alcance dos objetivos. Podemos destacar as estratégias lúdicas, entre as quais o recurso a materiais didáticos, as estratégias socioemocionais, entre elas a promoção da relação de afeto, cognitivas, tais como a sistematização/repetição dos exercícios e atividades, e comunicacionais, como é o caso do reforço positivo. Todas elas são adaptadas às características de cada cliente.

É também possível verificarmos que existem áreas gerais a trabalhar com os clientes, identificando as áreas específicas, tais como o equilíbrio, a coordenação e a postura dentro da área motora; as cores, as letras e os números, e a atenção e concentração dentro da área cognitiva; a autoestima e a confiança dentro da área socioemocional; a área sensorial, a área comportamental e a área comunicacional. Verificamos que, além de obter melhorias dentro destas áreas, também existe o objetivo de manter as competências que os clientes apresentam, para que estes não percam funcionalidade e a ocorrência de dores diminua.

Estas intervenções são, também, muito utilizadas porque permite aos técnicos trabalhar aspetos que são facilitados através da incorporação do cavalo e permite trabalhar diferentes áreas ao mesmo tempo. As questões da comunicação e da relação, por exemplo, podem ser trabalhadas por intermédio do cavalo e podem ser facilitadas com outros elementos, nomeadamente, com o técnico que conduz as sessões e com os outros elementos envolvidos.

Verificamos que os resultados destas abordagens são notórios, em grande parte, na área socioemocional, principalmente na comunicação, na autoconfiança, na autoestima e na motivação. Contudo, podemos verificar que também existem efeitos positivos na área físico-motora, nomeadamente, no equilíbrio, no relaxamento das tensões, na postura e na coordenação, e ao nível da responsabilidade, entre outros. Ainda que os objetivos

possam ser diferentes, entre clientes e entre intervenções, os efeitos observados podem ser semelhantes, uma vez que, independentemente da vertente, o cavalo potencia as mesmas melhorias, porque o *output* que fornece é o mesmo. Os exercícios desenvolvidos permitem, também, que várias áreas sejam trabalhadas em simultâneo. Enquanto se trabalha a questão socioemocional pode-se trabalhar o equilíbrio. Ou enquanto se trabalha a questão cognitiva, trabalha-se a parte sensorial.

Com o propósito de tornar esta investigação uma investigação aberta, generalizámo-la para a população com NEE, independentemente da faixa etária. Deste modo, verificámos que as problemáticas englobam desde a doença mental, perturbações do neurodesenvolvimento, problemáticas sensoriais ou dificuldades de aprendizagem. Existem também algumas contraindicações, que importam ser tidas em conta, em prol da segurança de todos os elementos envolvidos nestas práticas, desde o cliente, passando pelo cavalo, pelos condutores das sessões e pelos guias e auxiliares. São intervenções que causam entusiasmo no meio dos clientes, o que aumenta a sua motivação e disponibilidade para participar nas mesmas.

Em suma, estes resultados mostram-nos que estas abordagens podem promover vários efeitos e em áreas diferentes, o que as torna promissoras com várias problemáticas. Sugerem ainda que, além de focalizados nas áreas físico-motoras e sensoriais, os trabalhos neste âmbito também se podem centrar nas áreas socioemocional, cognitiva e comportamental, abrindo portas à atuação e/ou colaboração dos psicólogos, sendo esta reconhecida como uma mais-valia, por parte destes técnicos. Nos estudos encontrados verificamos que uma das possibilidades de unir a psicologia ao trabalho realizado com o cavalo é por meio da psicoterapia, em que o método utilizado é a conversa entre o técnico e o cliente. São, frequentemente, utilizadas as metáforas como ferramenta de trabalho. No entanto, em Portugal, ainda existe um caminho a percorrer neste âmbito.

Resultados positivos no âmbito da equitação terapêutica e hipoterapia mostram-nos que esta abordagem pode ser cada vez mais utilizada e alargada a mais indivíduos, e, ao mesmo tempo, contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos. Como refere uma cliente “*É uma maravilha quando se anda a cavalo. É uma sensação ótima.*”.

Referências Bibliográficas

- Almeida, R. J., & Chaves, L. O. (2018). Os benefícios da equoterapia em crianças com Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 26(2), 153-159. <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v26i2.6873>
- American Hippotherapy Association, Inc. (2018). AHA, Inc. Terminology Guidelines. <https://www.americanhippotherapyassociation.org/assets/docs/AHA-Terminology-Final-12-2-18%20%281%29.pdf>
- American Hippotherapy Association, Inc. (2019). Occupational Therapy, Physical Therapy and Speech Therapy Incorporating Hippotherapy as a Treatment Tool. <https://www.americanhippotherapyassociation.org/assets/Present-Use-of-HPOT-final-proposed-revision-February-2019-2.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Bairrão, J., & Felgueiras, I. (1978). Contribuição para o estudo das crianças em risco. *Revista Análise Psicológica*, 1(4), 31-39. <https://core.ac.uk/download/pdf/70650977.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.
- Batista, E., Matos, L., & Nascimento, A. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38. https://www.researchgate.net/publication/331008193_A_ENTREVISTA_COMO_TECNICA_DE_INVESTIGACAO_NA_PESQUISA_QUALITATIVA
- Beinotti, F., Correia, N., Christofolletti, G., & Borges, G. (2010). Use of hippotherapy in gait training for hemiparetic post-stroke. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 68(6), 908-913. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000600015>
- Benda, W., McGibbon, N., & Grant, K. (2003). Improvements in Muscle Symmetry in Children with Cerebral Palsy After Equine-Assisted Therapy (Hippotherapy). *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(6), 817-825. <https://doi.org/10.1089/107555303771952163>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora. https://www.academia.edu/6674293/Bogdan_Biklen_investigacao_qualitativa_em_educacao
- Borgi, M., Loliva, D., Cerino, S., Chiarotti, F., Venerosi, A., Bramini, M., Nonnis, E., Marcelli, M., Vinti, C., Santis, C., Bisacco, F., Fagerlie, M., Frascarelli, M., & Cirulli, F. (2016). Effectiveness of a Standardized Equine-Assisted Therapy Program for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2530-6>

- Borton, B. B., & Ogburn, A. C. (2009). Therapeutic Riding and Hippotherapy: What Is It and How Does It Work? *Speech pathology*.
<https://www.speechpathology.com/articles/therapeutic-riding-and-hippotherapy-what-1177>
- Branco, P. C. (2014). Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(2), 189-197.
<https://www.redalyc.org/pdf/3577/357733921006.pdf>
- Brinn, J. (2013). *The science behind equine-assisted activities and therapeutic riding - Part I*. Michigan State University Extension.
http://msue.anr.msu.edu/news/the_science_behind_equine_assisted_activities_and_therapeutic_riding_part_i
- Canadian Therapeutic Riding Association. (2013). Guidelines and Prerequisites for the Practice of Hippotherapy. <https://www.cantra.ca/images/pdf/Hippotherapy1.pdf>
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. (2015). *Necessidades Especiais de Educação Parceria entre a Escola e o CRI: Uma Estratégia para a Inclusão*, Editora CERCICA.
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/necessidades_especiais_de_educacao_parceria_entre_a_escola_e_o_cri_uma_estrategia_para_a_inclusao.pdf
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto Editora.
- Correia, L. M. (2003). *Educação Especial e Inclusão. Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto Editora.
- Correia, L. M., & Tonini, A. (2012). Avaliar para intervir: um modelo educacional para alunos com necessidades especiais. *Revista Educação Especial*, 25(44), 367-382.
<http://dx.doi.org/10.5902/1984686X6534>
- Cramer, T. (2014). *Reining em PTSD com Terapia Equestre*.
https://static1.squarespace.com/static/5a652ada18b27d50301aefb7/t/5ab1097470a6ad0412793188/1521551732604/Reining_In_PTSD_with_Equestrian_Therapy.pdf
- Cuyper, K., De Ridder, K., & Strandheim, A. (2011). The Effect of Therapeutic Horseback Riding on 5 Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(10), 901-908. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0547>
- Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na Área das Necessidades Educativas Especiais. (1994). Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, Salamanca.
[https://pnl2027.gov.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1011&fileName=Declaracao_Salamanca.pdf](https://pnl2027.gov.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1011&fileName=Declaracao_Salamanca.pdf)

Decreto-Lei n.º 6, de 18 de janeiro de 2001. Aprova a reorganização curricular do ensino básico. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/338986/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 281, 6 de outubro de 2009. Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/491397/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 54, de 6 de julho de 2018. Estabelece o regime jurídico da educação inclusiva. <https://dre.pt/home/-/dre/115652961/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 55, de 6 de julho de 2018. Estabelece o currículo dos ensinos básico e secundário e os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens. <https://dre.pt/home/-/dre/115652962/details/maximized>

Despacho n.º 105, de 1 de julho de 1997. Estabelece o regime aplicável à prestação de serviços de apoio educativo, que abrangem todo o sistema de educação e ensino não superior. <https://dre.pt/web/guest/analisejuridica/-/aj/30685710/dadosGeraisDetails/normal>

Despacho Conjunto n.º 891, de 19 de outubro de 1999. Aprova as orientações reguladoras do apoio integrado a crianças com deficiências ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias, no âmbito da intervenção precoce constante do anexo ao presente diploma, que dele faz parte integrante. https://dre.pt/web/guest/analisejuridica/-/aj/publicDetails/maximized?p_auth=T8rKToUE&p_p_auth=Fo6ESsU9&diplomaId=1091509&mode=pdt

Durel, N. (s.d.). Associação Kiron para o desenvolvimento do ser humano e do equino. (Apresentação em powerpoint).

Espindula, A., Ribeiro, M., Souza, L., Ferreira, A., Ferraz, M., & Teixeira, V. (2016). Effects of hippotherapy on posture in individuals with Down Syndrome. *Fisioterapia em Movimento*. 29(3), 497-505. <http://dx.doi.org.10.1590/1980-5918.029.003.AO07>

Fernandes, H., S. (2002). *Educação Especial. Integração das Crianças e Adaptação das Estruturas de Educação. Um estudo de caso*. APPACDM Distrital de Braga.

Ferreira, M. (2003). A construção da escola inclusiva - um estudo sobre a escola em Bragança. *Série Estudos, Instituto Politécnico de Bragança*. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/212/1/62%20-%20A%20constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20escola%20inclusiva.pdf>

Filipe, A. (2018). Cavalos na Literatura. *Revista Equitação*. <http://www.equitacao.com/artigos/1382/10/cavalos-na-literatura/>

Fleck, C., A. (1997). Hippotherapy: Mechanics of human walking and horseback riding. In Engel, B., T. (1997), *Rehabilitation with the aid of the horse: A collection of studies*.

Fleming, A. (2015). Beyond mindfulness: how horse riding and eating greens can help depression. *The Guardian*.

<https://www.theguardian.com/society/2015/aug/07/eyond-mindfulness-horse-riding-eating-greens-walk-depression-anxiety-cbt>

- Gómez, A., Jiménez, M., Barona, E., Jiménez, J., Peña, I., & Manso, J. (2016). Benefits of an experimental program of equestrian therapy for children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 176-185. doi:10.1016/j.ridd.2016.09.003
- Granados, A., & Agís, I. (2011). Why Children With Special Needs Feel Better with Hippotherapy Sessions: A Conceptual Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 3, 191-197. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0229>
- Herrero, P., García, E., Cantera, M., Blázquez, B., Trullén, M., & Molina, J. (2012). Efectos terapéuticos de la hipoterapia en la parálisis cerebral: una revisión sistemática. *Fisioterapia*, 34(5), 225-234. doi:10.1016/j.ft.2012.03.008
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 1-30. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>
- Holm, M., Baird, J., Kim, Y., Rajora, K., D'Silva, D., Podolinsky, L., Mazefsky, C., & Minshew, N. (2014). Therapeutic Horseback Riding Outcomes of Parent-Identified Goals for Children with Autism Spectrum Disorder: An ABA' Multiple Case Design Examining Dosing and Generalization to the Home and Community. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 937-947. doi: 10.1007/s10803-013-1949-x
- Inácio, A. S., & Rodrigues, R. (2018, dezembro 02). Um milhão e 700 mil portugueses têm incapacidade. Somos uma sociedade inclusiva? *Diário de Notícias*. <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/02-dez-2018/-um-milhao-e-700-mil-portugueses-tem-incapacidade-somos-uma-sociedade-inclusiva-10264748.html>
- Jang, B., Song, J., Kim, J., Kim, S., Lee, J., Shin, H., Kwon, J., Kim, Y., & Joung, Y. (2015). Equine-Assisted Activities and Therapy for Treating Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(9), 546-553. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0067>
- Janiro, A. (2015). Equoterapia e Psicologia - Os ganhos da Terapia com Cavalos. *Psicologia Acessível*. <https://psicologiaacessivel.net/2015/03/30/equoterapia-e-psicologia-os-ganhos-da-terapia-com-cavalos/>
- Jiménez, R. B. (1997). Uma escola para todos: a integração escolar. In Bautista, R. (1997), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 21-35). Dinalivro.
- Johnson, R., Albright, D., Marzolf, J., Bibbo, J., Yaglom, H., Crowder, S., Carlisle, G., Willard, A., Russel, C., Grindler, K., Osterlind, S., Wassman, M., & Harms, N. (2018). Effects of therapeutic horseback riding on post-traumatic stress disorder

- in military veterans. *Military Medical Research*, 5(3).
<https://doi.org/10.1186/s40779-018-0149-6>
- Klontz, B., Bivens, A., Leinart, D., & Klontz, T. (2007). The Effectiveness of Equine-Assisted Experiential Therapy: Results of an Open Clinical Trial. *Society & Animals*, 15(3), 257-267. <https://doi.org/10.1163/156853007X217195>
- Leal, B. (2014, fevereiro 25). *Os “cavalos-soldados” da Primeira Guerra Mundial*. Café história. <https://www.cafehistoria.com.br/os-cavalos-soldados-da-primeira-guerra-mundial/>
- Lee, C., W., Kim, S., & Yong, M. (2014). Effects of hippotherapy on recovery of gait and balance ability in patients with stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(2), 309-311. <https://doi.org/10.1589/jpts.26.309>
- Lei n.º 21, de 12 de maio de 2008. Altera dispositivos do Decreto-Lei n.º 3, de 7 de janeiro de 2008, que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/249230/details/normal?q=Lei+n.%C2%BA%2021%2F2008%2C%20de+12+de+maio>
- Leitão, L. (2004). Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre Equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo. *Análise Psicológica*, 22(2), 335-354. <https://doi.org/10.14417/ap.192>
- Leitão, L. (2008). Sobre a equitação terapêutica: Uma abordagem crítica. *Análise Psicológica*, 26(1), 81-100. <https://doi.org/10.14417/ap.478>
- Lentini, J., & Knox, M. (2009). A Qualitative and Quantitative Review of Equine Facilitated Psychotherapy (EFP) with Children and Adolescents. *The Open Complementary Medicine Journal*, 1(1), 51-57. doi: 10.2174/1876391X00901010051
- Lermontov, T. (2004). *A Psicomotricidade na Equoterapia*. Idéias & Letras.
- Lobo, A. A. B. S. C. (2003). *Equitação Terapêutica: A Influência de um Programa de Equitação Terapêutica em jovens com Problemas/Distúrbios Comportamentais portadores de Deficiência Mental Ligeira* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9752>
- Macauley, B. L., & Gutierrez, K. M. (2004). The Effectiveness of Hippotherapy for Children With Language-Learning Disabilities. *Communication Disorders Quarterly*, 25(4), 205-217. <https://doi.org/10.1177/15257401040250040501>
- Madureira, I., & Leite, T. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*, Universidade Aberta. https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Madureira2/publication/330442343_N

ECESSIDADES_EDUCATIVAS_ESPECIAIS_Universidade_Aberta/links/5c40710c299bf12be3ce191b/NECESSIDADES-EDUCATIVAS-ESPECIAIS-Universidade-Aberta.pdf

- Marchand, W., R., Andersen, S., J., Smith, J., E., Hoopes, K., H., & Carlson, J., K. (2021). Equine-Assisted Activities and Therapies for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Current State, Challenges and Future Directions. *Chronic Stress*, 5, 1-11. <https://doi.org/10.1177/2470547021991556>
- Medeiros, M., & Dias, E. (2008). Equoterapia - Noções Elementares e Aspectos Neurocientíficos. Revinter.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4205117/mod_resource/content/1/%5BAula%204_Obrigat%C3%B3rio%5D%20MINAYO%2C%20M.%20C.%20S.%20T%C3%A9cnicas%20de%20pesquisa%20-%20observa%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf
- Mutoh, T., Mutoh, T., Tsubone, H., Takada, M., Doumura, M., Ihara, M., Shimomura, H., Taki, Y., & Ihara, M. (2019). Effect of hippotherapy on gait symmetry in children with cerebral palsy: A pilot study. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 46(5), 506-509. <https://doi.org/10.1111/1440-1681.13076>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke National Institutes of Health. (2013). *Cerebral Palsy: Hope Through Research*. <https://catalog.ninds.nih.gov/pubstatic//13-159/13-159.pdf>
- NCHPAD: Building Healthy Inclusive Communities. (s.d.). *North American Riding for the Handicapped Association, Inc. (NARHA)*. <https://www.nchpad.org/Directories/Organizations/2107/North~American~Riding~for~the~Handicapped~Association~~Inc~~~NARHA~>
- Ochoa, C. (2015, outubro 21). *Amostragem não probabilística: Amostra por conveniência*. Netquest. <https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/amostra-conveniencia>
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). PHDA: O que Há de Novo no *DSM-5?* *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49-2, 75-94. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4
- Park, E. S., Rha, D. W., Shin, J. S., Kim, S., & Jung, S. (2014). Effects oh hippotherapy on gross motor function and functional performance of children with cerebral palsy, *Yonsei Medical Journal*, 55(6), 1736-1742. <https://doi.org/10.3349/ymj.2014.55.6.1736>

- Paulo, V. S., Jorge, A. T. (2019). Análise de conteúdo por meio de nuvem de palavras de postagens em comunidades virtuais: novas perspectivas e resultados preliminares. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 41-48. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2002/1938>
- Pinto, A., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I., Pimentel, J., & Novais, I. (2009). Intervenção e investigação em idades precoces: o legado de Joaquim Bairrão. *Psicologia*, 23(2), 21-42. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v23i2.325>
- Portaria n.º 432, de 3 de maio de 2006. Regulamenta as atividades desenvolvidas nos centros de atividades ocupacionais (CAO). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/660323/details/maximized>
- Posada, A., Palacio, T., & Berbesi, D. (2012). ¿Cómo beneficia la Equinoterapia a las personas con Síndrome de Down? *Revista CES Salud Pública*, 3(1), 4-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3977346>
- Rafael, S., & Piscalho, I. (2016). A intervenção precoce na infância e o(s) percursos(s) para a inclusão: um estudo de caso. <https://doi.org/10.25755/int.10835>
- Rizzo, F. (2017). Equine Assisted Constructivist Psychotherapy: Theory and Practice. *Personal Construct Theory & Practice*. 14, 79-86. <http://www.pcp-net.org/journal/pctp17/delrizzo17.pdf>
- Roa, L., & Rodríguez, E. (2015). Hipoterapia como técnica de habilitación y rehabilitación. *Revista Universidad y Salud*, 17 (2), 271-279. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n2/v17n2a12.pdf>
- Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 16(6), 309-314. https://www.researchgate.net/publication/261471599_Interviewing_in_qualitative_research
- Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n8/n8a05.pdf>
- Santos, E., Gonçalves, M., Ramos, I., Castro, L., & Lomeo, R. (2015). Inclusão no Ensino Superior: Perceções dos estudantes com Necessidades Educativas Especiais sobre o ingresso à universidade. *Revista Portuguesa de Educação*, 28(2), 251-270. <https://doi.org/10.21814/rpe.7741>
- Santos, A. (2019). A Hipoterapia na escola e algumas proposições de circunstância. <https://www.equitacao.com/artigos/3052/10/a-hipoterapia-na-escola-e-algumas-proposicoes-de-circunstancia/> acedido a 16 de março de 2021
- Schultz, P., Remick-Barlow, G. A. R., & Robbins, L. (2007). Equine-assisted psychotherapy: a mental health promotion/intervention modality for children who

have experienced intra-family violence. *Health & Social Care in the Community*, 15(3), 265-271. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00684.x>

Sexauer, A. (2011). *Equine embrace: touch and the therapeutic encounter in equine facilitated psy facilitated psychother chotherapy from the perspectiv om the perspective of the clinician e of the clinician*. [Dissertação de mestrado, School for Social Work, Smith College]. Smith College. <https://scholarworks.smith.edu/theses/1014>

Silva, M. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação*, 13(13), 135-153. <https://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1760>

Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrónica*. 17(1). <http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>

Silva, R. P. (2020, março 26). *Lis Hartel. A vítima de poliomielite que foi pioneira na dressage*. É Desporto. <https://edesporto.com/lis-hartel-a-vitima-de-poliomielite-166445>

Slim, M., Lebib, S., Dziri, C., Salah, B., & Hammadi, M. (2007). La thérapie par le cheval dans la réadaptation des enfants handicapés mentaux Expérience Tunisienne. *Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 27(4), 115-127. [https://doi.org/10.1016/S0242-648X\(07\)79731-1](https://doi.org/10.1016/S0242-648X(07)79731-1)

Teijlingen, E. R., & Hundley, V. (2001). The importance of conducting and reporting pilot studies: the example of the Scottish Births Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 289-295. <https://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU35.PDF>

Thompson, F., T. (2018). Equine-Assisted Play Therapy with Clients with Autism Spectrum Disorder. In K. S. Trotter, & J. N. Baggerly, *Equine-Assisted Mental Health Interventions* (pp. 109-113). Routledge.

Trotter, K., Chandler, C., Bond, D., & Casey, J. (2008). A Comparative Study of the Efficacy of Group Equine Assisted Counseling With At-Risk Children and Adolescents. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(3), 254-284. <https://doi.org/10.1080/15401380802356880>

Wingate, L. (1982). *Feasibility of Horseback Riding as a Therapeutic and Integrative Program for Handicapped Children*, 62(2), 184-186. <https://doi.org/10.1093/ptj/62.2.184>

Wood, W., Alm, K., Benjamin, J., Thomas, L., Anderson, D., Pohl, L., & Kane, M. (2021). Optimal Terminology for Services in The United States That Incorporate Horses to Benefit People: A Consensus Document. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* Vol, 27(1), 88-95. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0415>

Links:

<https://www.americanhippotherapyassociation.org/>, acedido a 20 de outubro de 2020

<https://sociedadehipica.pt/definicoes/>, acedido a 21 de outubro de 2020

https://data.bnf.fr/fr/13173914/association_nationale_de_reeducation_par_l_equitation_france/, acedido a 22 de outubro de 2020

<http://www.frdi.net/about.html>, acedido a 22 de outubro de 2020

<http://www.handicheval.asso.fr/>, acedido a 22 de outubro de 2020

<https://www.pathintl.org/about-path-intl/about-path-intl>, acedido a 22 de outubro de 2020

<https://www.pathintl.org/resources-education/certifications>, acedido a 22 de outubro de 2020

<https://www.rda.org.uk/>, acedido a 22 de outubro de 2020

<http://www.frdi.net/EAA.html>, acedido a 30 de dezembro de 2020

<https://www.iefp.pt/medidas-de-emprego>, acedido a 16 de janeiro de 2021

<https://www.cantra.ca/en/our-services/hippotherapy>, acedido a 20 de março de 2021

Anexos

Anexo 1 – Guião da entrevista direcionada aos técnicos

ENTREVISTA

I – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

(Preencher ou assinalar com uma cruz o que se verifica)

1. Sexo: M ___ F ___
2. Idade: _____
3. Área de formação: _____
4. Tempo de exercício desta profissão: _____
5. Em que local/locais exerceu/exerce esta profissão?

Entidade/instituição privada _____ Entidade/instituição pública _____

Entidade/IPSS _____

6. Quais os fins dessa entidade/instituição?
Educativos _____ Terapêuticos _____ Recreativos _____ Outros _____

II – CARACTERIZAÇÃO E COMPREENSÃO DAS PRÁTICAS

1. Como caracterizaria a prática que desenvolve?
2. Quando recebe um utente como procede? Existe uma avaliação prévia? Se sim, como é feita?
3. E quando se propõe a desenvolver a intervenção, existe um programa pré-definido? Se não, como é construído e como se desenrola o projeto terapêutico?
4. Existem outros técnicos envolvidos na estrutura e organização das sessões?
Como o fazem?
5. A periodicidade e a duração das sessões é sempre a mesma?
6. Qual é, habitualmente?
7. As sessões seguem sempre a mesma estrutura? Se sim, qual?

8. Que estratégias, atividades e exercícios desenvolve nas suas sessões? São idênticas ainda que adaptadas, para todos os utentes?
9. Será possível referir algumas áreas gerais a trabalhar com todos os utentes?
10. Que competências pretende que eles alcancem? Existem outras áreas específicas que trabalha? Pode-me dar exemplo de alguma(s) outra(s)?
11. Existe alguma estratégia, atividade ou exercício que considere mais eficaz? Porquê?
12. Em que competências/comportamentos considera serem mais notórios os resultados desta abordagem?
13. Em média qual é a duração do processo de intervenção?

III – POPULAÇÃO ABRANGIDA

1. Como caracterizaria a população com que trabalha?
2. Que problemáticas/dificuldades apresentam?
3. Que idades têm?
4. Na sua opinião, este tipo de abordagem é benéfico? Porquê e para que tipo de população?

Por fim, qual lhe parece ser o papel da Psicologia ou do/a psicólogo/a neste tipo de intervenção?

Anexo 2 – Pedido de autorização formal para a recolha de dados dos técnicos



Exmo. Senhor Presidente (ou Diretor ou...)

XXXX

Catarina Assis, finalista do Mestrado em Psicologia – especialidade Psicologia da Educação, da Universidade de Évora, encontra-se a desenvolver uma investigação intitulada “Equitação Terapêutica e Hipoterapia em Necessidades Educativas Especiais: um estudo nas regiões do Alentejo e Algarve”.

Nesse sentido, vem solicitar, a Vossa Excelência, autorização para a realização de entrevistas a técnicos da vossa instituição que estejam envolvidos nestas intervenções, no sentido de aprofundar a compreensão destas práticas terapêuticas. Todos os dados serão confidenciais e tratados anonimamente.

Agradecendo, desde já, a vossa atenção, aguardaremos a resposta tão breve quanto possível, para os seguintes contactos: xxxxxxxxxxxxxxxx (ou 9XXXXXXXXX) e xxxxxxxxxxxxxxxx.

Subscrevemo-nos com cordiais cumprimentos,

A mestranda

(Catarina Vieira Assis)

A Orientadora de Mestrado

(Prof^ª. Doutora Graça Duarte Santos)

Anexo 3 – Tabela com as categorias da temática I

Categorias
1 Hipoterapia
2 Equitação terapêutica

Anexo 4 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática II

Categorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias
1 Faixas etárias	1.1 Crianças 1.2 Jovens e adultos 1.2 Idosos		
2 Problemáticas	2.1 Doença mental 2.2 Perturbações do neurodesenvolvimento 2.3 Epilepsia 2.4 Problemas sensoriais 2.5 Problemas emocionais 2.6 Outras	2.2.1 Síndrome de Down 2.2.2 Perturbações motoras 2.2.3 Perturbações do desenvolvimento intelectual 2.2.4 Atrasos no desenvolvimento 2.2.5 PHDA 2.2.6 PEA 2.2.7 Multideficiência 2.2.8 Outras	2.2.2.1 Não especificadas 2.2.2.2 Paralisia cerebral
3 Contraindicações	3.1 Musculoesqueléticas 3.2 Epilepsia não controlada 3.3 Fragilidades imunitárias 3.4 Outras		
4 Adesão da população			

Anexo 5 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática III

Categorias	Subcategorias
1 Na avaliação	
2 No delineamento	2.1 Técnicos 2.2 Cliente
3 Na equipa	3.1 Técnicos 3.2 Guia/auxiliar lateral

Anexo 6 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática IV

Categorias	Subcategorias
1 Área socioemocional	1.1 Global 1.2 Autoestima 1.3 Confiança 1.4 Autonomia
2 Área cognitiva	2.1 Global 2.2 Atenção e concentração 2.3 Memória 2.4 Pensamento associativo 2.5 Letras e números 2.6 Cores
3 Área motora	3.1 Global 3.2 Tonicidade 3.3 Propriocetividade 3.4 Equilíbrio 3.5 Postura 3.6 Coordenação 3.7 Lateralidade
4 Área sensorial	
5 Área comunicacional	
6 Área comportamental	
7 Manutenção	
8 Plano de intervenção	8.1 Formação do técnico 8.2 Dificuldades e necessidades dos clientes

Anexo 7 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática V

Categorias	Subcategorias
1 Parâmetros	1.1 Áreas fortes/fracas 1.2 Condição física 1.3 Comportamento 1.4 Área socioemocional 1.5 Área cognitiva 1.6 Área motora 1.7 Características do cavalo
2 Métodos	2.1 Recolha prévia 2.2 Instrumentos 2.3 Reavaliação

Anexo 8 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática VI

Categorias	Subcategorias	Subcategorias
1 Periodicidade	1.1 1x p/ semana 1.2 Quinzenalmente	
2 Duração	2.1 Das sessões 2.2 Do processo de intervenção 2.3 Razões para interrupção do processo	2.1.1 Até 2h 2.1.2 + que 2h 2.3.1 Alteração clínica 2.3.2 Falta de vontade ou interesse do cliente 2.3.3 Outros
3 Tipologia	3.1 Em grupo 3.2 Individual	
4 Estrutura	4.1 Preparação 4.2 Desenvolvimento 4.3 Conclusão	
5 Adaptações do espaço		

Anexo 9 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática VII

Categorias	Subcategorias	Subcategorias
1 Socioemocionais	1.1 Incentivo 1.2 Relação de afeto 1.3 Confiança 1.4 Limites 1.5 Inserção social 1.6 Outras	
2 Cognitivas	2.1 Sistematização/repetição 2.2 Escolha sequencial de cavaleiros 2.3 Organização temporal 2.4 Demonstração	
3 Comunicacionais	3.1 Proxémica 3.2 Ajuste de tom e volume 3.3 Reforço positivo	
4 Lúdicas	4.1 Materiais 4.2 Verbais 4.3 Sensório-motoras	4.1.1 Didáticos 4.1.2 De segurança

Anexo 10 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática VIII

Categorias	Subcategorias
1 Na área socioemocional	1.1 Autoestima 1.2 Autoconfiança 1.3 Comunicação 1.4 Motivação 1.5 Outros
2 Na área cognitiva	
3 Na área físico-motora	3.1 Global 3.2 Coordenação motora 3.3 Postura 3.4 Equilíbrio 3.5 Tensão/relaxamento 3.6 Outros
4 Outros	

Anexo 11 – Tabela com as categorias e subcategorias da temática IX

Categorias
1 Psicólogo/a como mais-valia
2 Apoio no projeto de intervenção

Anexo 12 – Relação entre as áreas de formação dos participantes e as intervenções em que estão envolvidos

Áreas de formação	N	%	Intervenção					
			ET		H		Ambas	
			(n)	%	(n)	%	(n)	%
Terapia ocupacional	4	14,8	2	16,7	1	14,3	1	12,5
Fisioterapia	8	29,6	3	25	2	28,6	3	37,5
Psicologia	1	3,7	1	8,3	0	0	0	0
Educação especial e reabilitação psicomotora	8	29,6	3	25	2	28,6	3	37,5
Monitor/Instrutor de equitação Terapêutica	3	11,1	2	16,7	0	0	1	12,5
Animação sociocultural	1	3,7	0	0	1	14,3	0	0
Terapia da fala	1	3,7	0	0	1	14,3	0	0
Ação educativa	1	3,7	1	8,3	0	0	0	0
Total	27	100	12	44,4	7	25,9	8	29,6

Anexo 13 – Tabela com as categorias e os exemplos de frases da temática I

Categorias	Exemplos de frases
Hipoterapia	“(…) Na hipoterapia a criança não conduz o cavalo (…)” (Entrevista XI) “(…) a hipoterapia mais virada (…) para clientes com menos autonomia. Com patologias mais profundas, mais críticas. (…)” (Entrevista XIII) “(…) A Hipoterapia usamos mais em crianças (…) que é tudo mais sensorial e motor. (…)” (Entrevista XVIII)
Equitação terapêutica	“(…) A equitação terapêutica é uma prática mais virada para clientes com mais autonomia (…)” (Entrevista XIII) “(…) Depois a Equitação Terapêutica, a meu ver, nós utilizamos mais já a nível cognitivo (…)” (Entrevista XVIII) “(…) na Equitação Terapêutica o instrumento de trabalho é à mesma o cavalo, mas em que existe uma função sobre o cavalo. (…)” (Entrevista XIX)

Anexo 14 – Tabela com as categorias, subcategorias e os exemplos de frases da temática II

Categorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias	Exemplos de frases	
Faixas etárias	Crianças			“(…) São quase todos crianças. (…)” (Entrevista XXV)	
	Jovens e adultos			“Entre os 25, talvez, (…) mas é na casa dos 20 e o mais velho é na casa dos 40.” (Entrevista VII)	
	Idosos			“A idade deles aqui vão dos (…) aos sessenta e seis ou sessenta e sete. (…)” (Entrevista VI)	
Problemáticas	Doença mental			“(…) Mas temos também pessoas com (…) com doença mental. (…)” (Entrevista II)	
	Perturbações do neurodesenvolvimento	Síndrome de Down		“(…) Na equitação, tenho (…) uma com Síndrome de Down (…)” (Entrevista X)	
		Perturbações motoras	Não especificadas		“(…) Mas temos também pessoas com deficiência motora (…)” (Entrevista II)
			Paralisia cerebral		“(…) a maioria deles tem paralisia cerebral (…)” (Entrevista XXI)
		Perturbações do desenvolvimento intelectual			“(…) Na equitação (…) tenho uma pessoa com deficiência intelectual sem estar relacionada com nenhuma síndrome. (…)” (Entrevista X)
		Atrasos no desenvolvimento			“(…) outros têm atraso do desenvolvimento (…)” (Entrevista XVIII)
		PHDA			“(…) temos (…) perturbação da hiperatividade e défice de atenção (…)” (Entrevista XXIV)
		PEA			“Em termos de patologias (…) temos autismo (…)” (Entrevista XXVII)
		Multideficiência			“(…) depois temos um caso de multideficiência (…)” (Entrevista III)
Outras			“(…) dificuldades de aprendizagem.” (Entrevista XX)		

(continua)

(continuação)

	Epilepsia	“(...) temos pessoas com epilepsia (...)” (Entrevista XXIV)
	Problemas sensoriais	“(...) tenho um cliente que é invisual (...)” (Entrevista IX)
	Problemas emocionais	“(...) tenho muitas questões emocionais também, de confiança e autoestima (...)” (Entrevista XXV)
	Outros	“(...) Depois há casos sem diagnóstico, também. (...)” (Entrevista VIII)
Contraindicações	Músculo-esqueléticas	“(...) problemas de coluna, posturais, que impossibilite essa questão. (...)” (Entrevista V)
	Epilepsia não controlada	“(...) Se aquela pessoa tem contra-indicações maiores, mais absolutas, ou crises convulsivas, epilepsia e tal, evidentemente não pode ne. (...)” (Entrevista IV)
	Fragilidades imunitárias	“(...) Uma criança, por exemplo, com imunidade muito baixa pode não poder estar lá. (...)” (Entrevista XI)
	Outras	“(...) Só se houver um grande medo do cavalo, do animal. (...)” (Entrevista XIV)
Adesão da população		“(...) há sempre uma grande adesão. (...)” (Entrevista XV)

Anexo 15 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática III

Categorias	Subcategorias	Exemplos de frases
Na avaliação		<p>“(…) e a avaliação da equipa de monitores e da equipa técnica que nós estabelecemos quem deve ou não estar na atividade (…)” (Entrevista X)</p> <p>“(…) Temos sempre que pedir (…) a autorização médica (…)” (Entrevista XI)</p>
No delineamento	Técnicos	<p>“(…) Sou eu que estruturo e organizo (…)” (Entrevista XXV)</p> <p>“(…) em termos de objetivos específicos eles são definidos normalmente entre mim, a monitora de equitação (…)” (Entrevista XXVII)</p>
	Cliente	<p>“(…) e com aqueles que têm capacidade para colaborar na elaboração do plano (…)” (Entrevista X)</p> <p>“O programa (…) aquilo que o utente também considera, porque muitos deles também têm essa consciência, conseguem verbalizar aquilo que querem melhorar, e vamos nos guiando um bocadinho por aí. (…)” (Entrevista XV)</p>
Na equipa	Técnicos	<p>“(…) o hipoterapeuta, neste caso sou eu que desenvolvo a sessão (…)</p> <p>desenvolvo as atividades (…)” (Entrevista XII)</p> <p>“(…) a associação tem uma equipa, para além da terapeuta, que sou eu, temos a monitora de equitação especialista na área da deficiência (…)” (Entrevista XXIII)</p>
	Guia/auxiliar lateral	<p>“(…) neste momento só estou a ir eu (…) e o motorista, que é quem me dá às vezes apoio ali para a subida, que exerce uma maior força.” (Entrevista XVI)</p> <p>“(…) Temos voluntários que fazem guia de cavalos e temos voluntários que fazem o trabalho de auxiliar lateral (…)” (Entrevista XXIII)</p>

Anexo 16 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática IV

Categorias	Subcategorias	Exemplos de frases
Área socioemocional	Global	“(…) há outros clientes (…) vão só pela parte emocional (…)” (Entrevista IX)
	Autoestima	“(…) Tem também a parte mais emocional, mais psicológica, que é a questão da autoestima. (…)” (Entrevista XXII)
	Confiança	“Acima de tudo é (…) autoconfiança, o saber que são capazes de chegar mais longe, acima de tudo é isso. (…)” (Entrevista I)
	Autonomia	“(…) Portanto é tentar que eles tenham cada vez mais autonomia (…)” (Entrevista I)
Área cognitiva	Global	“(…) Em termos cognitivos, claro que se trabalha também (…)” (Entrevista XXII)
	Atenção e concentração	“(…) tenho clientes que quero que desenvolvam mais a parte da atenção (…)” (Entrevista IX)
	Memória	“(…) e nós em termos da estimulação cognitiva, ou seja (…) da memória, trabalhamos um bocadinho estas coisas. (…)” (Entrevista II)
	Pensamento associativo	“(…) Eu até fiz um livro (…) para associar a alimentação do cavalo ao cavalo (…) várias imagens para eles identificarem qual é que é a alimentação do cavalo. (…)” (Entrevista XII)
	Letras e números	“(…) procuro também com o apoio da terapia da fala dinamizarmos a questão de trabalhar as letras, também números (…)” (Entrevista XXIV)
	Cores	“(…) Nessa parte cognitiva, trabalhamos muito com as cores. (…)” (Entrevista XVII)
Área motora	Global	“É uma prática em que usamos o cavalo para fins terapêuticos, a nível (…) motor (…)” (Entrevista XVIII)
	Tonicidade	“(…) Portanto, eu acabo por trabalhar também a consciencialização tónica, que tem a ver com a relaxação. (…)” (Entrevista XXVI)
	Propriocektividade	“(…) que se trabalha a propriocepção (…)” (Entrevista V)
	Equilíbrio	“(…) o equilíbrio estamos sempre a trabalhar em cima do cavalo. (…)” (Entrevista X)
	Postura	“(…) Trabalhamos também a postura, alguns exercícios para corrigirmos a postura em cima do cavalo (…)” (Entrevista VII)
	Coordenação	“(…) dentro de se calhar mais da minha área, procuro sempre trabalhar a questão (…) da coordenação (…)” (Entrevista XXIV)
	Lateralidade	“(…) a lateralização, esquerda, direita, também trabalhamos muito (…)” (Entrevista VIII)

(continua)

(continuação)

Área sensorial		“(…) Ao montar (…) a parte sensorial também acaba por ser trabalhada (…)” (Entrevista XIX)
Área comunicacional		“(…) são essas áreas todas (…) a parte de comunicação (…)” (Entrevista XI)
Área comportamental		“(…) Alguma questão de comportamento, nós vamos trabalhando também. (…)” (Entrevista X)
Manutenção		“(…) acaba por ser muito um trabalho de manutenção para que eles não percam funcionalidade. (…)” (Entrevista I)
Plano de intervenção	Formação do técnico	“(…) eu tenho formação nessa área e o que eu aplico é aquilo que eu aprendi na minha formação como monitor (…)” (Entrevista XVII)
	Dificuldades e necessidades dos clientes	“(…) Nós cá criamos isto de raiz de acordo com as necessidades da pessoa.” (Entrevista XXIV)

Anexo 17 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática V

Categorias	Subcategorias	Exemplos de frases
Parâmetros	Áreas fortes/fracas	“(…) faço uma avaliação e vejo quais são as áreas fortes, as áreas fracas e aí estipulo depois um programa de intervenção (…)” (Entrevista XII)
	Condição física	“(…) É avaliada a idade, o peso (…)” (Entrevista XVI)
	Comportamento	“(…) fazemos uma, duas sessões para (…) avaliar no fundo, qual será a capacidade de entrosamento no grupo (…)” (Entrevista XXVII)
	Área socioemocional	“(…) se o movimento do cavalo ajuda no fundo a criança a acalmar-se e a organizar-se ou se também a embala (…) Vou fazendo essa avaliação um bocadinho mais informal (…)” (Entrevista XXV)
	Área cognitiva	“(…) O que nós fazemos é (…) eu avalio a terapia ocupacional: a nível (…) cognitivo. (…)” (Entrevista XV)
	Área motora	“(…) fazemos uma avaliação das capacidades motoras (…) (Entrevista XIX)
	Características do cavalo	“(…) também é feita uma avaliação, um diagnóstico para a identidade do cavalo, que seja adequado para a terapia. (…)” (Entrevista XVI)

(continua)

(continuação)

Métodos	Recolha prévia	“(...) Há sempre um fator importante que é, se a pessoa já teve ou não teve Hipoterapia. (...)” (Entrevista XXIV)
	Instrumentos	“(...) depois de conhecer o cliente, aí, procedo aos instrumentos de avaliação que achar que são adequados (...)” (Entrevista XXVI)
	Reavaliação	“(...) Depois temos uma avaliação para nós, terapêutica (...) para depois também fazermos uma reavaliação (...) para comparar, se evoluiu (...)” (Entrevista VIII)

Anexo 18 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática VI

Categorias	Subcategorias	Subcategorias	Exemplos de frases
Periodicidade	1x p/ semana		“(…) É uma atividade que decorre connosco uma vez por semana. (…)” (Entrevista IX)
	Quinzenalmente		“A periodicidade, está estipulado ser quinzenal (…)” (Entrevista XXII)
Duração	Das sessões	Até 2h	“(…) É uma sessão de uma hora e um quarto, no total. (…)” (Entrevista XIII)
		+ que 2h	“(…) Neste momento, estamos a fazer duas horas e meia (…)” (Entrevista XXIV)
	Do processo de intervenção		“(…) Isso depois depende muito. Eu não consigo dizer que há um, não há um tempo para especificar se a pessoa leva (…)” (Entrevista XXIII)
	Razões para interrupção do processo	Alteração clínica	“(…) Há clientes que, por vezes, por questões motoras, de saúde, temos que interromper o processo. (…)” (Entrevista IX)
		Falta de vontade ou interesse do cliente	“(…) E nós aqui podemos esforçar ou tentar um bocadinho mais, mas se o cliente não quiser, não estamos aqui para obrigar ninguém.” (Entrevista XIV)
		Outros	“(…) Só se houver alguma evolução muito grande, em que um miúdo atingiu um nível que vai para a competição (…)” XIV

(continua)

(continuação)

Tipologia	Em grupo	“(…) Se for a adaptada, o grupo da adaptada são quatro utentes. Esses fazem em grupo, fazem uma sessão em grupo (…)” (Entrevista XXIII)
	Individual	“(…) acaba por ser mais ou menos cerca de quinze minutos para cada um (…)” (Entrevista I)
Estrutura	Preparação	“(…) Aí tem sempre uma fase de preparação (…)” (Entrevista XII)
	Desenvolvimento	“(…) depois vamos lá para dentro. Faz-se o volteio. (…)” (Entrevista XIV)
	Conclusão	“(…) E depois para acabar desmonta com segurança. E um bocado de comunicação com o animal antes de ir embora. A típica festinha. (…)” (Entrevista IV)
Adaptações do espaço		“(…) temos vários blocos para montar, blocos com rampas, altos (…)” (Entrevista XXIII)

Anexo 19 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática VII

Categories	Subcategories	Subcategories	Exemplos de frases
Socioemocionais	Incentivo		“(…) Há alguns deles que são muito difíceis (…) e nós vamos sempre um bocadinho incentivando (…)” (Entrevista X)
	Relação de afeto		“(…) É termos uma relação muito, muito próxima com eles (…)” (Entrevista XVII)
	Confiança		“(…) Acima de tudo é dar-lhes confiança (…)” (Entrevista I)
	Limites		“Temos que ter regras. (…)” (Entrevista XVII)
	Inserção social		“(…) Nós costumamos fazer um concurso de Páscoa, com os nossos clientes locais e pessoas em férias, nós integramos os cavaleiros dos <i>Special Olympics</i> , então todos fizeram o mesmo concurso. Então, inserção social. (…)” (Entrevista XX)
	Outras		“(…) posso apresentar super-heróis que ele é fã. E utilizamos como estratégia (…)” (Entrevista V)
Cognitivas	Sistematização/repetição		“(…) Tento utilizar muito (…) a repetição (…)” (Entrevista XXIV)
	Escolha sequencial de cavaleiros		“(…) tentamos escolher pôr a cavalo primeiro o cavaleiro que aguenta mais tempo e pôr em último o cavaleiro que aguenta menos tempo. (…)” (Entrevista XX)
	Organização temporal		“(…) no nosso caso (…) que trabalho com eles à segunda-feira, tentamos sempre que eles nos façam uma retrospectiva de como foi o fim-de-semana (…)” (Entrevista I)
	Demonstração		“(…) nós (…) demonstramos o exercício (…)” (Entrevista X)
Comunicacionais	Proxémica		“(…) normalmente eu e a minha esposa colocamo-nos do lado contrário, se ele está a contar (…) digo-lhe “não estou a ouvir”, para ele se esforçar para falar alto. (…)” (Entrevista XVII)
	Ajuste de tom e volume		“(…) O tom de voz, o ajustar o tom de voz a cada miúdo. Um miúdo que precise ser mais desperto, falar (…) mais rápido. Um miúdo que tenha muito medo e que seja muito pouco confiante se (…) mostrar-lhe um tom de voz calmo (…)” (Entrevista XXV)
	Reforço positivo		“As estratégias que nós usamos, pronto, a questão o reforço positivo (…)” (Entrevista XXIV)

(continua)

(continuação)

Lúdicas	Materiais	Didáticos	“(...) temos depois brinquedos lúdicos para também facilitar a interação com a criança. (...) Temos uns sacos de areia também com baldes (...)” (Entrevista VIII)
		De segurança	“(...) com rédeas já podem ir sozinhos dar uma volta, às vezes vamos até ao lago (...)” (Entrevista XXI)
	Verbais	“(...) aquilo que nós fazemos no jogo, a educação semântica, que é o quê, que eles saibam nomes, terras, é o jogo do STOP. Isso é ótimo em termos de desenvolvimento do léxico. (...)” (Entrevista V)	
	Sensório-motoras	“(...) As festas, por exemplo, para contar. Vamos fazer cinco festas, e agora vamos fazer mais duas, quantas festas é que fizemos? (...)” (Entrevista XXV)	

Anexo 20 – Tabela com as categorias, subcategorias e exemplos de frases da temática VIII

Categorias	Subcategorias	Exemplos de frases
Na área socioemocional	Autoestima	“Na autoestima, valorização (...)” (Entrevista XIV)
	Autoconfiança	“Acima de tudo, acho que na autoconfiança deles. É aquilo que se nota mais. (...)” (Entrevista I)
	Comunicação	“A nível relacional, também temos resultados a nível da comunicação (...)” (Entrevista XIII)
	Motivação	“(…) eu acho que as diferentes abordagens trazem sempre benefício, nem que seja a nível motivacional. (...)” (Entrevista X)
	Outros	“A nível emocional, questões de ansiedade (...) noto grandes resultados. (...)” (Entrevista IX)
Na área cognitiva		“(…) Os períodos de concentração também são maiores. (...)” (Entrevista X)
Na área físico-motora	Global	“(…) a nível motor acho que é onde se vê mais resultados. (...)” (Entrevista XVIII)
	Coordenação motora	“(…) A nível de coordenação (...) são ganhos mais a longo prazo e nós notamos isso. (...)” (Entrevista XXIV)
	Postura	“(…) o controlo do tronco noto muito as diferenças (...)” (Entrevista XXV)
	Equilíbrio	“(…) O aumento do equilíbrio, aumento da capacidade de manter o equilíbrio, que é muito importante. (...)” (Entrevista XXIII)
	Tensão/relaxamento	“Para mim o resultado maior tem a ver (...) com o relaxamento (...)” (Entrevista III)
	Outros	“(…) amplitudes, sem dúvida nenhuma. (...)” (Entrevista XXIII)
Outros		“(…) Na deficiência mental o que eu acho mais é (...) a tal responsabilidade, o cuidar do cavalo (...)” (Entrevista III)

Anexo 21 – Tabela com as categorias e exemplos de frases da temática IX

Categorias	Exemplos de frases
Psicólogo/a como mais-valia	“(…) Eu acho que seria uma mais-valia para nós ter o apoio do psicólogo que conhece bem o aluno (…)” (Entrevista XX) “Eu penso que é sempre uma mais-valia. (…)” (Entrevista XXII)
Apoio no projeto de intervenção	“(…) E quando temos um psicólogo é muito útil, porque o psicólogo pode nos aconselhar outros métodos mais eficazes conforme cada aluno (…)” (Entrevista XX) “(…) o trabalho do psicólogo neste caso é fundamental. Porque temos de criar objetivos (….) quem consegue fazer isto, tem possibilidade continuar (….) é o aspeto psicológico que vai ser mais importante (….) queremos basicamente tentar ensinar-lhes a serem melhores pessoas. (….)” (Entrevista XX)