

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

GABRIEL ULYSSES ARAUJO ORLANDO
BRUNA FERREIRA ARAUJO DE SOUZA

**A EFETIVIDADE DA EQUOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE
PARENTAL, FORÇA MUSCULAR E MOBILIDADE DE CRIANÇAS COM
DEFICIÊNCIAS**

BRASÍLIA

2021

**GABRIEL ULYSSES ARAUJO ORLANDO
BRUNA FERREIRA ARAUJO DE SOUZA**

**A EFETIVIDADE DA EQUOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE
PARENTAL, FORÇA MUSCULAR E MOBILIDADE DE CRIANÇAS COM
DEFICIÊNCIAS**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: ALESSANDRA VIDAL PRIETO

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento desse projeto de iniciação científica contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradecemos:

A professora e orientadora Alessandra Vidal Prieto, que durante 1 ano de projeto, nos acompanhou, dando todo suporte necessário para elaboração desta pesquisa, e que ao longo de diversos anos na graduação, nos inspirou a buscar a excelência, através de seus ensinamentos em sala de aula e através da demonstração do seu amor pela profissão.

A todos os praticantes de equoterapia, juntamente com seus pais e responsáveis, que aceitaram participar deste projeto e colaboraram com a coleta de dados ao longo de vários meses.

Ao Centro de Equoterapia Pietra César e todos que nele trabalham, que possibilitaram a realização do projeto, nos acolheram com muito carinho e proporcionaram aprendizados e experiências inigualáveis.

Aos nossos pais e familiares que nos incentivaram a cada momento, nos deram apoio tanto emocional quanto financeiro para que não perdêssemos o foco dos nossos objetivos, tornando possível a realização deste projeto.

“Nada mais gratificante que o sorriso de uma criança.”

- **Wagner Oliveira**

RESUMO

A equoterapia é um método terapêutico, que utiliza o cavalo como facilitador, de modo interdisciplinar visando o desenvolvimento biopsicossocial de seus praticantes, e a literatura nesta área tem aumentado de forma significativa nos últimos tempos. Este estudo foi desenvolvido para verificar a efetividade da equoterapia na qualidade de vida, estresse parental, força muscular e mobilidade de crianças com deficiências, sendo uma série de casos que incluiu 6 crianças do sexo masculino, de 3 a 13 anos de idade, portadoras de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e que já praticavam equoterapia antes do início da pesquisa. Foi utilizados dois questionários padronizados para avaliar a qualidade de vida e o estresse parental, sendo respectivamente Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) e Parenting Stress Index (PSI); e para avaliar a mobilidade foi utilizada a Escala de Avaliação de Mobilidade para Equoterapia (EAMEQ), que é uma escala padronizada desenvolvida especialmente para equoterapia, sendo feita a avaliação no início da pesquisa, e uma reavaliação após aproximadamente dois meses, para observar o progresso dos praticantes. A análise feita nesta série de casos, indicou que não houve melhora significativa na qualidade de vida, estresse parental e na mobilidade das crianças. Contudo, essa pesquisa apresentou algumas limitações, como o fato de que as crianças inseridas neste estudo já praticavam equoterapia anteriormente ao início da pesquisa, o baixo número amostral, o tempo de intervenção foi muito curto e o preenchimento dos questionários nem sempre foi feito pelo mesmo responsável. Por isso, implica-se que novos estudos devem ser feitos abrangendo este mesmo tema, porém, incluindo crianças novatas na equoterapia, com maior período de intervenção e com critérios metodológicos mais rigorosos, para poder chegar a uma conclusão mais fidedigna em relação à efetividade da equoterapia na qualidade de vida, estresse parental e mobilidade de crianças com deficiências.

Palavras-chave: equoterapia; qualidade de vida; estresse parental; mobilidade; transtorno do espectro autista.

SUMÁRIO

Introdução	7
2. Fundamentação teórica	9
3. Método	11
3.1 Tipificação da Pesquisa	11
3.2 Caracterização do local da pesquisa	11
3.3 Objeto de estudo	11
3.4 Delimitação e universo da amostra	11
3.5 Critérios de inclusão	12
3.6 Critérios de exclusão	12
3.7 Instrumentos de coleta de dados	13
3.8 Procedimentos metodológicos	14
3.9 Tabela 1. Datas das CDI's e CDF's:	15
4. Resultado e Discussão	16
5. Considerações Finais	20
REFERÊNCIAS	22
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	29
ANEXO B - Termo de Assentimento do Menor (TAM)	34
ANEXO C - Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0)	35
ANEXO D - PARENTING STRESS INDEX (PSI) (SHORT FORM)	38
ANEXO E - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE PARA EQUOTERAPIA (EAMEQ)	41

1. Introdução

A prática em atividades equoterápicas vem aumentando de forma significativa nos últimos anos, porém essa prática ainda carece de evidências científicas (PRIETO et al., 2018), pois só a partir da década de 70 que seus benefícios começaram a ser descritos. Inicialmente, a análise de seus efeitos era feita de forma empírica, subjetiva e não quantitativa, pois esse tipo de proposta só teve início a partir do final da década de 80 (JANG et al., 2016; ZADNIKAR; KASTRIN, 2011).

A equoterapia é um método terapêutico, que utiliza o cavalo como facilitador, de modo interdisciplinar nas áreas da educação, equitação e saúde visando o desenvolvimento biopsicossocial de seus praticantes (ANDE-Brasil, 2016). Esta terapêutica engloba fatores físicos, comportamentais, funcionais e sociais através do movimento natural do cavalo (KOCA, ATASEVEN, 2015).

Ao se movimentar, o cavalo desloca o seu centro de gravidade em três planos: transversal, sagital e frontal, similares ao movimento pélvico do ser humano durante a marcha. Assim, ao deslocar o centro de massa do praticante, a propriocepção, equilíbrio postural, estimulação sensorial e vestibular são favorecidas (MORAES et al., 2015) contribuindo para o desenvolvimento da força muscular, relaxamento, conscientização corporal, melhora da coordenação motora e do equilíbrio. Mudanças também podem ser observadas na respiração, função cognitiva, percepção, emoções e fala (BECHEVA M et al., 2016).

Distúrbios neurológicos representam uma ameaça para a saúde pública (World Health Organization, 2006) sendo que suas manifestações clínicas comumente incluem disfunções do tônus muscular, controle motor seletivo e equilíbrio. Essas alterações podem resultar em incapacidades físicas, podendo restringir no desempenho de atividades físicas, na participação da vida diária, no lazer, nos papéis educacionais e sociais.

A paralisia cerebral (PC) é uma desordem do desenvolvimento motor que afeta a postura e os movimentos, desencadeando alterações no equilíbrio e fraqueza muscular. Na PC, os músculos recebem impulsos nervosos de maneira inadequada, gerando distúrbios do tônus (ŽALIENĚ, 2018).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio heterogêneo do neurodesenvolvimento, caracterizado principalmente por alterações comportamentais e da comunicação. Estes apresentam dificuldades para estabelecer interações sociais e comportamentos estereotipados (SAGHAZADEH, 2017).

A Síndrome de Down (SD), determinada por uma alteração no cromossomo 21, é a mais comum das síndromes genéticas. Disfunções do controle postural, hipotonia,

dificuldades de coordenação motora, alterações na integração sensório-motora ou até mesmo movimentos atípicos são frequentemente observados em indivíduos com SD.

A equoterapia é de extrema importância para o desenvolvimento global das crianças com SD, misturando o ato recreativo de montar a cavalo em benefícios físicos, emocionais, sociais e intelectuais, permitindo que a partir do movimento tridimensional do cavalo se obtenha ajustes tônicos, ganho de força muscular, melhora do equilíbrio, postura e coordenação motora global e fina. (BARRETO et al., 2007, pg 82)

Tais condições de saúde não só implicam disfunções ou alterações no desenvolvimento neuropsicosocial dos indivíduos, mas também afetam direta ou indiretamente as pessoas de seu convívio. O diagnóstico pode impactar uma família de diversas formas, principalmente ao predizer maiores responsabilidades, possíveis dificuldades financeiras devido a intervenções secundárias ao diagnóstico, maiores limitações a atividades ocupacionais, problemas de relacionamento, tristeza e isolamento social relacionados aos responsáveis pela criança (WHITTINGHAM, 2016), desta forma, o estresse parental pode ser considerado como algo inerente a família destes indivíduos. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi verificar a efetividade da equoterapia na qualidade de vida, estresse parental, força muscular e mobilidade de crianças com deficiências.

Objetivos

Objetivo primário

Inicialmente o objetivo primário era verificar a efetividade da equoterapia na qualidade de vida, estresse parental, força muscular e mobilidade de crianças com deficiências. Porém, devido à atrasos na submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e devido à pandemia, houve atraso significativo na coleta de dados diminuindo o tempo hábil para coletar os dados e por esses motivos, decidimos eliminar a variável “força muscular” da nossa pesquisa, pois ela demandaria um tempo de coleta de dados que nós não tínhamos.

Objetivo secundário

Inicialmente iríamos comparar a qualidade de vida, estresse parental e força muscular de crianças com diferentes condições de saúde que já estão inseridos na equoterapia com pacientes em atendimento no Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB (CAC), porém, como explicado anteriormente, não foi possível incluir a avaliação da força muscular em nossa pesquisa; E devido a não haver crianças com PC e SD na equoterapia nos dias em

que os pesquisadores estavam disponíveis para realizar a coleta de dados, foi incluído na pesquisa apenas as crianças com TEA, contudo, não havia crianças do CAC que eram portadoras exclusivamente de TEA, por isso não foi realizada coleta de dados com crianças do CAC.

2. Fundamentação teórica

A PC afeta cerca de sete crianças a cada 1.000 nascidos vivos em países em desenvolvimento, sendo a causa mais comum de deficiência física grave na infância (BRASIL, 2013). Por se tratar de uma condição de saúde heterogênea, a PC possui diversas formas de classificação, podendo ser classificada em discinética (atetóide, coreico e distônico), atáxica, mista e espástica, de acordo com a disfunção motora; E baseando-se em membros afetados pela lesão como monoplegia, diplegia, hemiplegia ou quadriplegia (LEITE;PRADO, 2019).

Ainda, visando identificar o nível de comprometimento motor das funções motoras globais, a PC também pode ser classificada através do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS), que avalia marcos do desenvolvimento e os níveis de I à V sendo que cada nível de gravidade está associado a um padrão único de deficiências físicas, trajetória de crescimento e funcionalidade (CHANG et al, 2017).

A função motora na criança com PC é imprescindível para sua independência, capacidade laboral, qualidade de vida e conseqüente funcionalidade em atividades de vida diária (PRIETO, 2018). Ao se considerar o GMFCS, crianças com hemiplegia espástica são frequentemente classificadas como GMFCS I e II, ao passo que crianças com diplegia e quadriplegia são constantemente classificadas nos níveis III, IV ou V da escala (SALEH et al., 2019). Assim, compreender e analisar a distribuição de crianças com PC através dos níveis de GMFCS pode orientar os prestadores de serviços na prescrição de planos de cuidados baseados no status funcional e nas necessidades específicas de cada indivíduo.

As disfunções motoras não se limitam apenas a indivíduos com PC. Pessoas que apresentam a Trissomia do cromossomo 21 ou Síndrome de Down (SD), além de possuírem características fenotípicas particulares também podem apresentar diferentes graus de atraso no desenvolvimento e déficit intelectual (MAI et al., 2010).

Nesse contexto, para a otimização de disfunções ou comorbidades atribuídas a PC, TEA e SD, a equoterapia surge como uma possível estratégia terapêutica (FRANKI, 2012) que ao utilizar o cavalo em uma abordagem interdisciplinar, pode ser utilizada na reabilitação de pessoas com desordens físicas, mentais e psicológicas (CABBIDU et al., 2016). As atividades equoterápicas combinam os benefícios da atividade física com benefícios decorrentes da interação entre ser humano e animal (CERULLI et al., 2014) e pesquisas têm associado a relação com o cavalo a aspectos do bem-estar e satisfação pessoal de indivíduos com deficiência (DEBUSE; GIBB; CHANDLER, 2009) além da qualidade de vida dessas pessoas (DAVIS et al., 2009) .

A qualidade de vida é um conceito abrangente e multidimensional que engloba percepções subjetivas de bem estar, saúde física, estado psicológico, independência, relações sociais, crenças pessoais e ambiente de convívio, que pode ser também pode ser influenciado pelo estresse (BURGESS E GUTSTEIN, 2007; VAN HEIJST E GEURTS, 2014).

Após o nascimento de uma criança com deficiência, a família precisa adaptar-se a inúmeras condições estressantes que se modificam em intensidade e frequência ao longo do tempo (RIBEIRO, 2013). Tendo em vista que a integridade do sistema neurológico é essencial para o desenvolvimento da função motora, desempenho funcional e qualidade de vida, essas crianças desenvolvem alterações físicas e biológicas e provavelmente, serão encaminhadas para serviços de reabilitação em escolas de estimulação precoce ou clínicas de fisioterapia (DANTAS et al., 2010). Assim, os pais podem ter um risco maior de desenvolver distúrbios da saúde física e do bem-estar psíquico, pois a tarefa de cuidar, exercida por um longo tempo, pode se tornar uma fonte contínua de estresse (RIBEIRO, 2013).

O estresse parental não é algo homogêneo, ou seja, cada condição de saúde pode influenciá-lo de diferentes formas. Mães de crianças com PC por exemplo, são expostas a mais estresse do que mães de crianças típicas (RENTINCK, 2007), além de possuírem uma chance quatro vezes maior de desenvolver sintomas graves de ansiedade e cinco vezes maior de desenvolver sintomas moderados de depressão (BARLOW, 2006; LACH, 2009). Já os pais de crianças com TEA frequentemente apresentam elevados níveis de ansiedade e depressão, problemas de saúde, além de maiores níveis de estresse e menor qualidade de vida quando comparados a pais de crianças típicas ou pais de crianças com SD (ILIAS et al., 2018).

3. Método

3.1 Tipificação da Pesquisa

O presente estudo tinha como objetivo ser uma pesquisa aplicada, quantitativa, explicativa. Baseada em pesquisas bibliográficas, com um delineamento experimental e transversal. Contudo, devido a complicações ao longo da pesquisa, finalizamos a pesquisa como uma série de casos.

3.2 Caracterização do local da pesquisa

A pesquisa seria realizada no Centro de Equoterapia Pietra César e no Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB (CAC). Porém, como explicado anteriormente, devido a complicações ao longo da pesquisa e baixo número amostral, não incluímos o Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB (CAC).

3.3 Objeto de estudo

Inicialmente seriam crianças com idade entre 6 e 12 anos, praticantes do Centro de Equoterapia Pietra César, diagnosticadas com PC, SD ou TEA; e seus respectivos responsáveis e crianças com a mesma faixa etária, inseridas no Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB (CAC).

Contudo, devido ao baixo número amostral, decidimos alterar a faixa etária, passando a incluir crianças entre 3 e 13 anos, e devido a ter somente crianças com TEA na equoterapia, e não haver crianças com TEA no CAC, não realizamos a coleta de dados com crianças inseridas no CAC.

3.4 Delimitação e universo da amostra

De acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, a participação no presente estudo foi voluntária, sendo um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelos

responsáveis dos participantes do estudo. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB). Por se tratar de crianças de 3 a 13 anos com comprometimento motor e/ou cognitivo, muitas delas estavam impossibilitadas de preencher o Termo de Assentimento do Menor Livre e Esclarecido (TAM). Para participar da pesquisa será necessário que o indivíduo obedeça aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

3.5 Critérios de inclusão

1. Inicialmente seriam crianças de 6 a 12 anos de idade com diagnóstico PC, SD ou TEA praticantes de equoterapia; Mas foi necessário alterar a faixa etária devido ao baixo número amostral, passando a ser crianças de 3 a 13 anos; E devido a não haver crianças com PC e SD na equoterapia nos dias em que os pesquisadores estavam disponíveis para realizar a coleta de dados, e a grande maioria das crianças serem portadoras de TEA, incluímos somente crianças com TEA.
2. Crianças classificadas com GMFCS níveis I, II, III e IV;
3. Entendimento, acordo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
4. Entendimento, acordo e assinatura do Termo de Assentimento do Menor, quando aplicável;

3.6 Critérios de exclusão

1. Presença de síndromes associadas ou deformidades estruturais que impossibilitem a realização da Equoterapia;
2. Apresentar crises convulsivas sem controle medicamentoso;
3. Não possuir amplitude articular de quadril suficiente para montaria (cerca de 20 graus de abdução);
4. Ter previsão de procedimento invasivo ou cirúrgico durante o estudo;
5. Não estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0) - O PedsQL™ é um questionário desenvolvido para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes de 5 a 18 anos, que tenham distúrbios de saúde crônicos ou em crianças e adolescentes saudáveis, e um questionário para os pais de crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos. Este foi traduzido e validado para a cultura brasileira e possui 23 itens que abordam as seguintes dimensões: física que apresentam 8 itens, emocional (5 itens), social (5 itens) e escolar (5 itens), que serão desenvolvidas a partir de grupos de discussão, entrevistas cognitivas e pré-testes. A avaliação das crianças inclui as seguintes faixas etárias: cinco a sete, oito a doze e treze a dezoito anos. O questionário dos pais com as faixas etárias de dois a quatro anos (pré-escolar), cinco a sete (criança pequena), oito a doze (criança) e treze a dezoito anos (adolescente). (Souza et al., 2014)

PARENTING STRESS INDEX (PSI) (SHORT FORM) - O Parenting Stress Índice identifica e prevê possíveis problemas de comportamento dos pais e dificuldades de adaptação que podem levar a problemas de comportamento da criança. A forma reduzida, validada para a população brasileira, possui 36 itens e foi projetada para uso com os pais de crianças com idade variando entre 1 mês a 12 anos (RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013). Os pais deverão escolher a alternativa que melhor lhes convêm: concordo plenamente (5 pontos), concordar (4 pontos), indecisos (3 pontos), discordam (2 pontos), discordo totalmente (1 ponto). Quanto maior a pontuação, maior é o nível de estresse nos pais (RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013; WILLIFORD; CALKINS; KEANE, 2007).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE PARA EQUOTERAPIA (EAMEQ) - Tem como objetivo avaliar a mobilidade do praticante de equoterapia, com diversas condições de saúde, em relação à forma de montar, conduzir, manter e mudar sua posição sobre o cavalo. Esta avaliação ocorre de forma padronizada, observacional e quantitativa, possuindo 20 itens que são divididos em três dimensões: 1. independência nas atividades de montar e conduzir o cavalo; 2. necessidade de apoio durante a sessão de Equoterapia, 3. atividades de mudar a posição sobre o cavalo. Sua pontuação foi desenvolvida em forma de escala de cinco pontos, onde cada item possui cinco alternativas, que variam de zero (menor capacidade) a quatro

(maior capacidade), e deve ser aplicada apenas por profissionais que atuam na equoterapia. (FILHO et al., 2020).

O Teste do Esfigmomanômetro Modificado (TEM), que é um dos diversos testes que podem ser usados para mensurar a força muscular, sendo usado em diversos contextos clínicos por profissionais da saúde para mensurar a força muscular dos MMSS, MMII e músculos do tronco, e mostrou ter adequada confiabilidade para mensurar a força muscular de pacientes com AVC ((AGUIAR et al., 2016). Este teste seria feito para avaliar a força muscular, porém como foi explicado anteriormente, devido às circunstâncias que nosso projeto se encontrava, seria inviável realizar esta etapa e por isso decidimos excluir esta variável da pesquisa.

3.8 Procedimentos metodológicos

A coleta foi realizada no Centro de Equoterapia Pietra César, situado no Distrito Federal, conduzida e orientada por equipe devidamente treinada. Inicialmente os responsáveis leram, concordaram e assinaram o TCLE, e logo após responderam aos questionários PARENTING STRESS INDEX (*PSI*) (*SHORT FORM*) e *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL 4.0) - O PedsQL™. Enquanto os responsáveis assinavam o TCLE e preenchiam os questionários, a criança estava realizando sua sessão de equoterapia normalmente, não sendo prejudicada de nenhuma forma devido a sua participação na pesquisa, e pelo menos um dos pesquisadores estava presente junto aos responsáveis da criança para tirar possíveis dúvidas. Esta etapa ocupou o tempo de 1 a 2 sessões.

Após concluir a etapa acima, um pesquisador acompanhou a sessão de equoterapia para realizar o preenchimento da ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE PARA EQUOTERAPIA - EAMEQ. Essa avaliação da mobilidade através da EAMEQ ocupou o tempo de 1 sessão e também não prejudicou a criança e nem o decorrer da sessão, devido ao fato desta escala ser desenvolvida especificamente para equoterapia. A fase de coleta de dados iniciais (CDI) foi feita entre os dias 19/03/21 e 16/04/21, e então o mesmo pesquisador continuou fazendo acompanhamentos semanais às sessões de equoterapia dos praticantes envolvidos na pesquisa para poder manter contato com as crianças e acompanhar de perto sua evolução.

A média do período entre o término da CDI e o início da coleta de dados finais (CDF) foi de aproximadamente 2 meses, sendo que a CDF foi feita exatamente da mesma forma que a CDI, com exceção do preenchimento do TCLE, que foi feito apenas no início da pesquisa. A CDF foi feita entre os dias 21/05/21 e 09/06/21, sendo válido ressaltar que somente os pesquisadores têm acesso aos questionários e escalas dos praticantes, não sendo divulgado seus nomes e nenhuma outra informação pessoal do praticante; e também é importante frisar que houve diferença nas datas de cada etapa entre os praticantes, devido à alguns praticantes terem faltado no dia da realização da coleta de dados, adiando a coleta de dados desse praticante. As datas específicas da CDI e CDF de cada praticante estão descritas na tabela 1.

3.9 Tabela 1. Datas das CDI's e CDF's:

Paciente		Peds-QL	PSI	EAMEQ
-----//-----	Condição / Idade	Início / Final	Início / Final	Início / Final
Paciente 1	TEA / 7	35 (26/03/21) / 32 (21/05/21)	123 (26/03/21) / 123 (21/05/21)	76 (16/04/21) / 78 (28/05/21)
Paciente 2	TEA / 5	15 (19/03/21) / 14 (09/06/21)	117 (19/03/21) / 117 (09/06/21)	69 (26/03/21) / 75 (09/06/21)
Paciente 3	TEA / 13	54 (09/04/21) / 36 (21/05/21)	96 (09/04/21) / 106 (21/05/21)	48 (16/04/21) / 44 (04/06/21)
Paciente 4	TEA / 7	27 (19/03/21) / 33 (21/05/21)	129 (19/03/21) / 133 (21/05/21)	58 (26/03/21) / 64 (04/06/21)
Paciente 5	TEA / 3	15 (20/11/20) / 25 (21/05/21)	116 (20/11/20) / 144 (21/05/21)	38 (16/04/21) / 33 (04/06/21)
Paciente 6	TEA / 5	51 (19/03/21) / 44 (21/05/21)	117 (19/03/21) / 128 (21/05/21)	54 (26/03/21) / 71 (28/05/21)

Todos os voluntários estavam devidamente matriculados nos Centros de Equoterapia e no seu dossiê constatou, além dos instrumentos de avaliação, parecer e avaliação médica, avaliação fisioterápica e avaliação psicológica.

Os cavalos que participaram da pesquisa são dóceis, com altura adequada, treinados e preparados por equitador experiente e são aptos ao trabalho da Equoterapia. Durante toda a sessão, as crianças foram acompanhadas por dois profissionais (um de cada lado do cavalo) especializados e treinados pelo Órgão norteador da Equoterapia no Brasil. Também fez parte da equipe de atendimento, um auxiliar-guia qualificado, que conduziu o animal com cabresto e cabeçada completa, que inclui rédeas e embocadura, oferecendo maior controle sobre o animal. Foi fornecido seguro financiado pelo pesquisador responsável para utilização de ambulância (UTI móvel), caso houvesse alguma intercorrência.

Inicialmente, as variáveis foram verificadas quanto à distribuição de normalidade por meio do teste Shapiro-Wilk e a homocedasticidade pelo teste de Levene. Assumindo o pressuposto de distribuição normal e uma amostra homocedástica, as variáveis numéricas foram expressas em média \pm desvio padrão. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e todas as análises foram conduzidas no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 23.0.

4. Resultado e Discussão

Características da amostra. Dados expressos em média \pm desvio padrão

Tabela 2. Resultados:

Crianças com TEA			
↓			
Idade (anos)		6,67 ± 3,44	
↓			
Variáveis analisadas	Pré teste	Pós teste	Teste T Pareado ($p < 0,05$)
PEDS-QL	32,83 ± 17,04	30,67 ± 10,23	0,615
PSI	116,33 ± 11,13	120,17 ± 9,82	0,150
EAMEQ	57,17 ± 13,83	60,83 ± 18,25	0,316

A Tabela 2. Resultados, apresenta os dados referentes ao pré e pós teste de praticantes com TEA que já realizavam a equoterapia. O resultado do Teste T pareado não apresentou diferenças significativas nas medidas do pré-teste em relação ao pós-teste.

O objetivo deste estudo foi verificar a efetividade da equoterapia na qualidade de vida, estresse parental e mobilidade de crianças com deficiências.

A participação na sociedade tem sido apresentada em estudos como sendo um dos mais importantes aspectos relacionados a crianças com deficiência. Neste contexto, a equoterapia tem sido amplamente aplicável para a melhoria da qualidade de vida dessas crianças.

Embora este estudo não tenha mostrado uma melhora significativa da qualidade de vida de crianças com TEA após o tratamento de equoterapia, outros estudos tiveram desfechos positivos. (KERN et al., 2011) demonstraram uma melhora na qualidade de vida avaliada pelos pais de crianças com TEA quando compararam a qualidade de vida no período

de pré teste (3 a 6 meses antes do início da intervenção), com 6 meses de intervenção de equoterapia.

Lanning et al., 2014, em seu estudo, avaliaram as mudanças de comportamento de crianças com TEA participando de 9 semanas de equoterapia, comparando com as mudanças de comportamento de crianças que tiveram uma intervenção não equina, onde os pais notaram melhoras significativas no funcionamento físico, emocional e social de seus filhos após as primeiras 6 semanas de equoterapia e as crianças participantes do programa não equino também demonstraram melhora no comportamento, mas em menor grau.

No estudo de Gabriels et al. (2015), observou-se que os pesquisadores registraram melhoras nos respectivos grupos de estudo em relação à irritabilidade e a hiperatividade das crianças em comparação ao grupo de controle. Em ambos os trabalhos, este grupo de pesquisadores, no caso do grupo de controle, como intervenção estabeleceu contato a distâncias com os equinos além de atividades realizadas em celeiros com animais de pelúcia em formato de pôneis e cavalos.

As melhorias nos quesitos irritação e hiperatividade advindas com as sessões de equoterapia tem a potencialidade de melhorar a qualidade de vida das crianças, pois de acordo com Defilippis e Wagner (2016), estes são dois aspectos que muito dificultam a interação social de pacientes com TEA. Neste sentido, observando ainda os estudos publicados por Gabriels et al. (2015 e 2018) a eficácia dos tratamentos aplicados por estes ficam ainda mais nítida levando em consideração que no grupo de controle não houve as mesmas melhorias. Isto permite inferir que o contato direto com animais equinos em um arranjo terapêutico designadamente planejado, tendo a disponibilidade de um espaço (ambiente) organizado, animais treinados e em condições de saúde adequadas e contando com uma equipe especializada, as práticas de equoterapia tem demonstrado efetividade.

As respostas adaptativas que trazem benefícios através dos movimentos transmitidos do cavalo para o praticante, bem como, a interação humana com o animal e natureza no ambiente onde é realizado a terapia, proporcionam uma melhor aprendizagem de crianças com transtorno de desenvolvimento psicomotor, de acordo com sua idade motora cronológica. Atuando de forma a prevenir atrasos motores (BARBOSA; MUNSTER, 2014).

O TEA pode acarretar inadequações na habilidade de se comunicar, na interação social, no aprendizado e capacidade de se adaptar às demandas ambientais. Podendo desenvolver atraso ou ausência na linguagem em desenvolvimento, afetando a capacidade de comunicação e ao iniciar e manter uma conversação (DSM V, 2013). Durante a equoterapia os praticantes com TEA interagem com os terapeutas, com o cavalo, e com outras pessoas presentes, o que favorece a sua interação social (HILTON et al. 2012).

A equoterapia traz benefícios psíquicos, as melhorias clinicamente significativas avaliadas em seu estudo os autores (AJZENMAN, H et al. 2013) observaram respostas positivas no comportamento adaptativo, categorias de comunicação, facilidade de ouvir, atender e seguir instruções, além de aumentar a socialização, isso corrobora com (GOMEZ et al. 2014) que relata que houve uma diminuição da agressividade com a prática da equoterapia, assim como o estudo de Gabriels et al. (2015) que houve diminuição na irritabilidade. GHORBAN (2013) também relatou melhoras significativas nas habilidades sociais com a prática da equoterapia.

A existência de estudos com resultados que vão contra os resultados encontrados nesta pesquisa, pode ser explicada pelas limitações presentes neste estudo:

Curto período de tempo entre a CDI e a CDF;

Houve atraso para o início da coleta de dados em comparação com o cronograma inicial devido a complicações técnicas e devido à pandemia, pois diversas vezes as atividades do centro de equoterapia e da Clínica escola do UniCEUB foram suspensas devido aos decretos de lockdown do Distrito Federal.

Ao perceber que o período de tempo entre as coletas de dados iniciais e finais estava muito curto, os pesquisadores optaram por eliminar uma das variáveis da pesquisa, optando por não realizar a avaliação da força muscular, que originalmente seria feita através do teste do esfigmomanômetro modificado.

Baixo número amostral (PC, SD e TEA);

O número da amostra foi diminuído devido à pandemia, pois tanto o número de praticantes da equoterapia quanto o número de crianças realizando tratamento fisioterapêutico na clínica escola diminuíram bastante com o início da pandemia.

Também houve dificuldade dos pesquisadores em fazer as coletas de dados em diferentes dias da semana, uma vez que os pesquisadores assistentes são estudantes e são monitores bolsistas, tiveram que conciliar a realização da pesquisa com suas aulas, monitorias e estágios obrigatórios.

A diminuição das crianças realizando tanto o tratamento equoterápico quanto tratamento fisioterapêutico convencional ficou muito evidente para os pesquisadores uma vez que crianças com Paralisia Cerebral (PC) e Síndrome de Down (SD) não fizeram parte da

pesquisa, devido aos pesquisadores não encontrarem crianças com essa patologia nos dias que os pesquisadores estavam disponíveis para fazer as coletas de dados. E foi observado que mesmo nos demais dias havia um número baixíssimo de crianças com PC que estavam inseridas na equoterapia.

As crianças já estavam inseridas na equoterapia anteriormente à pesquisa;

Devido às crianças já estarem inseridas na equoterapia antes do início da pesquisa, torna possível que as crianças já tivessem passado, antes do início da pesquisa, por uma grande melhora nos quesitos de mobilidade, qualidade de vida e assim, gerando menos estresse nos seus pais ou responsáveis.

Preenchimento dos questionários da CDI e CDF nem sempre foram feitos pelo mesmo responsável;

Em alguns casos, o pai respondeu os questionários na CDI e a mãe respondeu os questionários na CDF, ou vice e versa, fazendo com que haja um certo viés no resultado da comparação dos dados.

Regressão do quadro em comparação com o progresso que o praticante havia adquirido, gerado pela interrupção do acompanhamento devido à quarentena / lock down;

Alguns praticantes interromperam o tratamento por um período de tempo devido à pandemia ou por motivos pessoais, e foi observado um regresso importante em relação à evolução que esses praticantes vinham apresentando anteriormente à interrupção do tratamento.

5. Considerações Finais

O presente estudo foi uma série de casos e teve como objetivo verificar a efetividade da equoterapia na qualidade de vida, estresse parental, força muscular e mobilidade de crianças com deficiências. A pesquisa foi realizada com 6 crianças do sexo masculino, portadoras de TEA e que já estavam inseridas no programa de equoterapia. Avaliamos a qualidade de vida e o estresse parental através dos questionários PedsQL e PSI, que foram respondidos pelos pais ou responsáveis das crianças, no início e ao final da pesquisa; avaliamos a mobilidade através da EAMEQ, sendo feito o preenchimento da escala sempre pelo mesmo pesquisador no início e ao final da pesquisa. Já a avaliação da força muscular não foi realizada, devido a problemas ao longo da pesquisa.

A análise feita nesta série de casos, indicou que não houve melhora significativa na qualidade de vida, estresse parental e na mobilidade das crianças. Contudo, essa pesquisa apresentou algumas limitações: as crianças inseridas neste estudo já praticavam equoterapia anteriormente ao início da pesquisa, baixo número amostral, o tempo de intervenção foi muito curto, houve interrupção do tratamento de alguns praticantes devido a quarentena / lockdown e o preenchimento dos questionários nem sempre foi feito pelo mesmo responsável. Tendo isso em mente, novos estudos devem ser feitos com crianças novatas na equoterapia, com maior período de intervenção, onde o tratamento seja feito sem

interrupções e com critérios metodologicamente mais rigorosos, para poder chegar a uma conclusão mais fidedigna em relação a efetividade da equoterapia na qualidade de vida, estresse parental e mobilidade de crianças com deficiências.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Larissa T.; LARA, Eliza M.; MARTINS, Júlia C.; TEIXEIRA-SALMELA, Luci F.; QUINTINO, Ludmylla F.; CHRISTO, Paulo P.; FARIA, Christina D. Modified sphygmomanometer test for the assessment of strength of the trunk, upper and lower limb muscles in subjects with sub-acute stroke: Reliability and validity. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, [S. l.], v. 52, n. 5, p. 637–649, 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA - ANDE. Curso básico de Equoterapia. Brasília, 2016.

AJZENMAN, H. F.; STANDEVEN, J. W.; SHURTLEFF, T. L. Effect of hippotherapy on motor control, adaptive behaviors, and participation in children with autism spectrum disorder: a pilot study. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, [s. l.], v. 67, n. 6, p. 653–663, 2013. DOI 10.5014/ajot.2013.008383. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24195899&lang=pt-br&site=ehost-live>.

BARBOSA, Gardenia de Oliveira; MUNSTER, Mey de Abreu van. O efeito de um programa de equoterapia no desenvolvimento psicomotor de crianças com indicativos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, v. 20, n. 1, p. 69-84, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141365382014000100006&lng=pt&nrm=iso>.

BARRETO, Fernanda; GOMES, Gláycide; SILVA, Ignacio Antonio Seixas Da; GOMES, Andre Luiz Marques. Equoterapia. **Fitness Performance**, [S. l.], v. 6, p. 82–8, 2007. DOI: 10.3900/fpj.6.2.82.p.

BECHEVA M; GEORGIEV D; OBRESHKOVA D; PETKOVA V. Hippotherapy: Integrated Approach in Children With Cerebral Palsy (Cp). **World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences** **WORLD JOURNAL OF PHARMACY AND PHARMACEUTICAL SCIENCES SJIF Impact Factor Review Article ISSN**, [S. l.], v. 5041, n. 7, p. 9–17, 2016. DOI: 10.20959/wjpps20167-7236.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília, 2013

BURGESS, AF; Gutstein, SE. Quality of life for people with autism: raising the standard for evaluating successful outcomes. **Child and Adolescent Mental Health** 12: 80–86. 2007

CABIDDU, Ramona et al. Faculty of Physical Education , Federal University of Uberlândia , Rua João Naves de NU SC. **Physiology & Behavior**, [S. l.], 2016. DOI: 10.1016/j.physbeh.2016.03.012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.03.012>.

CERULLI, C. et al. Therapeutic horseback riding in breast cancer survivors: a pilot study. **Journal of alternative and**

complementary medicine, v. 20, n. 8, p. 623–9, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963599>>.

CHANG, Chia Hsieh; CHEN, Yu Ying; YEH, Kuo Kuang; CHEN, Chia Ling. Gross motor function change after multilevel soft tissue release in children with cerebral palsy. **Biomedical Journal**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 163–168, 2017. DOI: 10.1016/j.bj.2016.12.003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bj.2016.12.003>.

DANTAS, Meryeli Santos de Araújo; COLLET, Neusa; MOURA, Flávia Moura De; TORQUATO, Isolda Maria Barros. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 229–237, 2010. DOI: 10.1590/s0104-07072010000200003.

DAVIS, Eda; DAVIES, B.; WOLFE, R.; RAADSVELD, R.; HEINE, B.; THOMASON, P.; DOBSON, Fiona; GRAHAM, H. K. A randomized controlled trial of the impact of therapeutic horse riding on the quality of life, health, and function of children with cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 111–119, 2009. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2008.03245.x.

DEBUSE, D.; GIBB, C.; CHANDLER, C. Effects of hippotherapy on people with cerebral palsy from the users' perspective: a qualitative study. **Physiotherapy theory and practice**, v. 25, n. 3, p. 174–192, 2009.

DEVELOPMENT, Early Child; BARLOW, J. H.; CHESHIRE, A. Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. [S. l.], v. 176, n. May, p. 421–428, 2006. DOI: 10.1080/0300443042000313403.

DEFILIPPIS, M.; WAGNER, K. D. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. *Psychopharmacol Bull*, v. 46, n. 2, p. 18-41, 2016 Aug.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 edição. [S.l.]: [s.n.], 2013.

DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 edição. [S.l.]: [s.n.], 2013.

ESPINDULA, Ana Paula; RIBEIRO, Mariane Fernandes; SOUZA, Luciane Aparecida Pascucci Sande De; FERREIRA, Alex Abadio; FERRAZ, Mara Lúcia da Fonseca; TEIXEIRA, Vicente de Paula Antunes. Effects of hippotherapy on posture in individuals with Down Syndrome. *Fisioterapia em Movimento*, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 497–506, 2016. DOI: 10.1590/1980-5918.029.003.ao07.

FRANKI, Inge; DESLOOVERE, Kaat; DE CAT, Josse; FEYS, Hilde; MOLENAERS, Guy; CALDERS, Patrick; VANDERSTRAETEN, Guy; HIMPENS, Eveline; VAN DEN BROECK, Christine. The evidence-base for basic physical therapy techniques targeting lower limb function in children with cerebral palsy : A systematic review using the international classification of functioning, disability and health as a conceptual framework. *Journal of Rehabilitation Medicine*, [S. l.], v. 44, n. 5, p. 385–395, 2012. DOI: 10.2340/16501977-0983.

FILHO, Gutierrez; ESCALA, P. J. B.; DE, De; ATIVIDADE, Laboratório De; ADAPTADA, Motora; EDUCAÇÃO, Faculdade De; UNIVERSIDADE, Física. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE PARA EQUOTERAPIA - EAMEQ Prieto , Alessandra Vidal Ms ; Ayupe , Kênea Martins Almeida PhD ; Gutierrez Filho , Paulo PhD Laboratório de Atividade Motora Adaptada / LABAMA ; Faculdade de Educação Física / FEF ; Universidade de Brasília / UnB - 2020 FORMULÁRIO DE PONTUAÇÃO A escala tem o objetivo de avaliar a mobilidade do praticante de Equoterapia

FUENTEFRIA, Rubia do N.; SILVEIRA, Rita C.; PROCIANOY, Renato S. Desenvolvimento motor de prematuros avaliados pela Alberta Infant Motor Scale: artigo de revisão sistemática. *Jornal de Pediatria*, [S. l.], v. 93, n. 4, p. 328–342, 2017. DOI: 10.1016/j.jped.2017.03.003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.03.003>.

GABRIELS, R. L. et al. Long-term effect of therapeutic horseback riding in youth with autism spectrum disorder: A randomized trial. *Frontiers in Veterinary Science*, v. 5, n. JUL, 2018.

GARCIA-GOMEZ, A. G.; RISCO, M. L.; RUBIO, J. C.; GUERRERO, E; PENA, I. M. G. Efectos de un programa de equitación adaptada y terapéutica en un grupo de niños con trastornos del espectro Autista. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014.

GHORBAN, H.; SEDIGHEH, R. D.; MARZIEH, G.; YAGHOOB, G. Effectiveness of therapeutic horseback riding on social skills of children with autism spectrum disorder in Shiraz, Iran. *Journal of Education and Learning*, v. 2, n.3, p.79-84, 2013.

GUINDOS-SANCHEZ, Laura; LUCENA-ANTON, David; MORAL-MUNOZ, Jose; SALAZAR, Alejandro; CARMONA-BARRIENTOS, Ines. The Effectiveness of Hippotherapy to Recover Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Children*, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 106, 2020. DOI: 10.3390/children7090106.

HELENA, Fabiana; PIRES, Coelho; HELEN, Mayara; SP, Pindamonhangaba; HELENA, Fabiana; PIRES, Coelho; HELEN, Mayara. O EFEITO DA EQUOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS

COM SÍNDROME DE DOWN : revisão de literatura 2014 O EFEITO DA EQUOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN : revisão de literatura Pindamonhangaba – SP. [S. l.], 2014.

HERNÁNDEZ-VICENTE, H. V. Adriá; SANTOS-LOZANO, Alejandro L.; DE COCKER, Katrien; GARATACHEA, Nuria. Validation study of Polar V800 accelerometer. **Annals of Translational Medicine**, [S. l.], v. 4, n. 15, p. 1–12, 2016. DOI: 10.21037/atm.2016.07.16

HILTON, C. L.; ZHANG, Y.; WHILE, M. R.; KLOHR, C. L.; CONSTANTINO, J. Motor impairment in sibling pairs concordant and discordant for autism spectrum disorders. *Autism*, v.16, p. 430-441, 2012.

HSIEH, Yueh Ling; YANG, Chen Chia; SUN, Shih Heng; CHAN, Shu Ya; WANG, Tze Hsuan; LUO, Hong Ji. Effects of hippotherapy on body functions, activities and participation in children with cerebral palsy based on ICF-CY assessments. **Disability and Rehabilitation**, [S. l.], v. 39, n. 17, p. 1703–1713, 2017. DOI: 10.1080/09638288.2016.1207108.

ILIAS, Kartini; CORNISH, Kim; KUMMAR, Aurette S.; PARK, Miriam Sang Ah; GOLDEN, Karen J. Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia: A systematic review. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 9, n. APR, 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00280.

JANG, Chul Hwan; JOO, Min Cheol; NOH, Se Eung; LEE, Sang Yeol; LEE, Dae Bo; LEE, Sung Ho; KIM, Ho Kyun; PARK, Hyo In. Effects of hippotherapy on psychosocial aspects in children with cerebral palsy and their caregivers: A pilot study. **Annals of Rehabilitation Medicine**, [S. l.], v. 40, n. 2, p. 230–236, 2016. DOI: 10.5535/arm.2016.40.2.230.

KERN, JK; Fletcher, CL; Garver, CR; Mehta, JA; Grannemann, BD; Knox, KR; Richardson, TA; Trivedi, MH. Prospective trial of equine-assisted activities in autism spectrum disorder. *Altern Ther Health Med*. 2011 May-Jun;17(3):14-20. PMID: 22164808.

KOCA, Tuba Tulay. What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. **Northern Clinics of Istanbul**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 247–252, 2016. DOI: 10.14744/nci.2016.71601.

KRAFT, Kathryn A.; WEISBERG, Janet; FINCH, Michael D.; NICKEL, Amanda; GRIFFIN, Kristen H.; BARNES, Timothy L. Hippotherapy in Rehabilitation Care for Children with Neurological Impairments and Developmental Delays: A Case Series. **Pediatric Physical Therapy**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. E14–E21, 2019. DOI: 10.1097/PEP.0000000000000567.

LACH, Lucyna M.; KOHEN, Dafna E.; GARNER, Rochelle E.; BREHAUT, Jamie C.; MILLER, Anton R.; KLASSEN, Anne F.; ROSENBAUM, Peter L. The health and psychosocial functioning of caregivers of children with neurodevelopmental disorders. [S. l.], v. 31, n. 8, p. 607–618, 2009. DOI: 10.1080/09638280802242163.

LANNING, Beth A.; MATYASTIK, Margaret E.; NANCY, Julie Ivey-hatz; JACK, Krenek. Effects of Equine Assisted Activities on Autism Spectrum Disorder. *[S. l.]*, 2014. DOI: 10.1007/s10803-014-2062-5.

LEITE, Jaqueline Maria Resende Silveira; PRADO, Gilmar Fernandes Do. Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. **Revista Neurociências**, *[S. l.]*, v. 12, n. 1, p. 41–45, 2019. DOI: 10.4181/rnc.2004.12.41.

LUCENA-ANTÓN, David; ROSETY-RODRÍGUEZ, Ignacio; MORAL-MUNOZ, Jose A. Effects of a hippotherapy intervention on muscle spasticity in children with cerebral palsy: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, *[S. l.]*, v. 31, p. 188–192, 2018. DOI: 10.1016/j.ctcp.2018.02.013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.013>.

LUCYNA, M; Lach, Dafna E. Kohen, Rochelle E. Garner, Jamie C. Brehaut, Anton R. Miller, Anne F. Klassen & Peter L. Rosenbaum (2009) The health and psychosocial functioning of caregivers of children with neurodevelopmental disorders, **Disability and Rehabilitation**, 31:8, 607-618, DOI: [10.1080/09638280802242163](https://doi.org/10.1080/09638280802242163)

MATUSIAK-WIECZOREK, Ewelina; DZIANKOWSKA-ZABORSZCZYK, Elzbieta; SYNDER, Marek; BOROWSKI, Andrzej. The influence of hippotherapy on the body posture in a sitting position among children with cerebral palsy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, *[S. l.]*, v. 17, n. 18, p. 1–9, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17186846

MAI, Cara T. et al. A R REPORT FROM THE NATIONAL BIRTH DEFECTS PREVENTION NETWORK Selected Birth Defects Data from Population-Based Birth Defects Surveillance Programs in the United States , 2006 to 2010 : Featuring Trisomy Conditions. *[S. l.]*, v. 725, p. 709–725, 2013. DOI: 10.1002/bdra.23198.

MORAES, Andréa Gomes; SILVA, Marianne; COPETTI, Fernando; ABREU, Ana Cristina; DE DAVID, Ana Cristina. Equoterapia no controle postural e equilíbrio em indivíduos com paralisia cerebral: Revisão sistemática. **Revista Neurociências**, *[S. l.]*, v. 23, n. 4, p. 546–554, 2015. DOI: 10.4181/RNC.2015.23.04.1062.09p.

PRIETO, A. V., Silva, F. C., Silva, R., Santos, J. A. T., & Gutierrez, P. J. B.. (2018). A equoterapia na reabilitação de indivíduos com paralisia cerebral: uma revisão sistemática de ensaios clínicos [The hippotherapy in the rehabilitation of individuals with cerebral palsy: A systematic review of clinical trials]. **Brazilian Journal of Occupational Therapy**, 26(1), 207–218. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1067>

RENTINCK ICM, Ketelaar M, Jongmans MJ, et al. Parents of children with cerebral palsy: a review of factors related to the process of adaptation. **Child Care Health Dev** 2007;33:161–9.

RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins; PORTO, Celmo Celeno; VANDENBERGHE, Luc. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 1705–1715, 2013. DOI: 10.1590/s1413-81232013000600022.

SAGHAZADEH, Amene; AHANGARI, Narges; HENDI, Kasra; SALEH, Fatemeh; REZAEI, Nima. Status of essential elements in autism spectrum disorder: systematic review and meta-analysis. [S. l.], 2017. DOI: 10.1515/revneuro-2017-0015.

SALEH, Eli; DAHAN-OLIEL, Noémi; MONTPETIT, Kathleen; BENAROCH, Thierry; YAP, Rita; BARAKAT, Nadia; MULCAHEY, M. J. Functional Gains in Children With Spastic Hemiplegia Following a Tendon Achilles Lengthening Using Computerized Adaptive Testing—A Pilot Study. **Child Neurology Open**, [S. l.], v. 5, p. 2329048X1881145, 2018. DOI: 10.1177/2329048x18811452.

SALEH, Maysoun; ALMASRI, Nihad A.; MALKAWI, Somaya H.; ABU-DAHAB, Sana. Associations between impairments and activity limitations components of the international classification of functioning and the gross motor function and subtypes of children with cerebral palsy. **Journal of Physical Therapy Science**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 299–305, 2019. DOI: 10.1589/jpts.31.299.

SOUZA, João Gabriel S.; PAMPONET, Marcela Antunes; SOUZA, Tamirys Caroline S.; PEREIRA, Alessandra Ribeiro; SOUZA, Andrey George S.; MARTINS, Andréa Maria E. d. B. L. Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida de crianças Brasileiras. **Revista Paulista de Pediatria**, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 272–278, 2014. DOI: 10.1590/0103-0582201432214313.

VAN HEIJST, Barbara F. C.; GEURTS, Hilde M. Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. **Autism**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 158–167, 2015. DOI: 10.1177/1362361313517053.

WILLIFORD, By Amanda P.; CALKINS, Susan D.; KEANE, Susan P. Predicting Change in Parenting Stress Across Early Childhood: Child and Maternal Factors By Amanda P. Williford, Susan D. Calkins, and Susan P. Keane. **Journal of Abnormal Child Psychology**, [S. l.], v. 35, p. 251–263, 2007. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/c782u647hq665147/?p=8fd7d0e99c564d80bf73a0c59ed6e773&pi=9>.

World Health Organization. Neurological disorders: public health challenges: World Health Organization; 2006.

WHITTINGHAM, Koa; SHEFFIELD, Jeanie; BOYD, Roslyn N. Parenting acceptance and commitment therapy: A randomised controlled trial of an innovative online course for

families of children with cerebral palsy. **BMJ Open**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 1–7, 2016. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012807.

ZADNIKAR, Monika; KASTRIN, Andrej. Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: A meta-analysis. **Developmental Medicine and Child Neurology**, [S. l.], v. 53, n. 8, p. 684–691, 2011. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.03951.x.

ŽALIENE, L.; MOCKEVIČIENE, D.; KREIVINIENE, B.; RAZBADAUSKAS, A.; KLEIVA, Z.; KIRKUTIS, A. Short-Term and Long-Term Effects of Riding for Children with Cerebral Palsy Gross Motor Functions. **BioMed Research International**, [S. l.], v. 2018, 2018. DOI: 10.1155/2018/4190249.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“A efetividade da Equoterapia na qualidade de vida, estresse parental, força muscular e mobilidade de crianças com deficiências”

Instituição do/a ou dos/(as) pesquisadores(as): Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)

Pesquisador(a) responsável. Alessandra Vidal Prieto

Pesquisador(a) assistente [aluno(a) de graduação]: Bruna Ferreira Araujo de Souza e Gabriel Ulysses Araujo Orlando

Seu filho (a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. A colaboração dele(a) neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja que ele(a) participe (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida permitir a participação, você será solicitado(a) a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Seu filho(a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) também assinará um documento de participação, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (a depender da capacidade de leitura e interpretação do participante).

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

objetivo específico deste estudo é: Comparar a qualidade de vida, estresse parental e força muscular de crianças com diferentes condições de saúde que já estão inseridos na

equoterapia com pacientes em atendimento no CAC e verificar a efetividade da equoterapia na mobilidade de crianças com deficiência novatas na equoterapia.

- Seu filho (a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) está sendo convidado(a) a participar exatamente por: ser portador de Paralisia Cerebral, Transtorno do Espectro Autista ou Síndrome de Down.

Procedimentos do estudo

- A participação dele(a) consiste em: realizar normalmente as sessões de equoterapia ou sessões de fisioterapia convencional, sendo necessário que em dois momentos da pesquisa, participe do teste de força com esfigmomanômetro modificado que será avaliado pelos pesquisadores.
- Os procedimentos são: Os pais devem preencher dois questionários, *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL 4.0) - O PedsQL™, que avalia a qualidade de vida relacionada a saúde de crianças e adolescentes e *PARENTING STRESS INDEX (PSI) (SHORT FORM)*, que avalia o estresse parental. Além desses dois questionários (respondidos pelos pais), os pesquisadores vão quantificar a força muscular do paciente através do teste do Esfigmomanômetro Modificado, e avaliar a mobilidade das crianças inseridas na equoterapia através da Escala de Avaliação de Mobilidade para Equoterapia (EAMEQ).
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

A pesquisa será realizada no Centro de Equoterapia Pietra César e no Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB (CAC).

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos, que são os riscos existentes na própria terapia, não oferecendo riscos adicionais. Risco de quedas.

Medidas preventivas como, a utilização de cavalos dóceis, com altura adequada, treinados e preparados por equitador experiente e que estão aptos ao trabalho da Equoterapia. Durante toda a sessão, a criança será acompanhada por dois profissionais (um de cada lado do

cavalo) especializados e treinados pelo Órgão norteador da Equoterapia no Brasil. Também fará parte da equipe de atendimento, um auxiliar-guia qualificado, que conduzirá o animal com cabresto e cabeçada completa, que inclui rédeas e embocadura, oferecendo maior controle sobre o animal. Será fornecido seguro financiado pelo pesquisador responsável para utilização de ambulância (UTI móvel), caso haja alguma intercorrência. Estas medidas serão tomadas durante as sessões de equoterapia e fisioterapia convencional, assim como durante as avaliações de força e mobilidade para minimizar qualquer risco ou incômodo.

- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, o(a) participante não precisa realizá-lo.
- Com a participação nesta pesquisa ele(a) poderá/terá alterações na qualidade de vida, estresse parental, força muscular e mobilidade, possibilitando o desenvolvimento de futuras abordagens para sua manutenção, além de contribuir para maior conhecimento sobre a efetividade da equoterapia, tanto no tratamento de crianças com diferentes condições de saúde, como na sua comparação em relação a fisioterapia convencional.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- A participação é voluntária. A pessoa por quem você é responsável não terá nenhum prejuízo se você não quiser que ele(a) participe.
- Ele(a) poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela participação dele(a) neste estudo.

Confidencialidade

- Os dados dele(a) serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados, questionários, escalas e anotações sobre a força muscular ficarão guardados sob a responsabilidade de Bruna Ferreira Araujo de Souza e Gabriel Ulysses Araujo Orlando, com a garantia de manutenção do sigilo e

confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.

- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome dele(a), instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada a privacidade de quem você é responsável.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UnICEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a participação dele(a) no estudo.

Eu, _____ RG _____,
após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em consentir que ele(a) faça parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Responsável Legal por _____.

Pesquisador(a) responsável: Alessandra Vidal Prieto celular: 61 9292-6575 /telefone
institucional: 61 3966 - 1201

Pesquisadores assistentes: Bruna Ferreira Araujo de Souza e Gabriel Ulysses Araujo Orlando
celular: 61 9982-7256/61 98642-0188

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Endereço: Condomínio vivendas campestre conjunto "C" casa 04

Bloco: /Nº: /Complemento: 04

Bairro: /CEP/Cidade: 73090918

Telefones p/contato: 61 9292-6575

ANEXO B - Termo de Assentimento do Menor (TAM)

Termo de Assentimento do Menor

VOCÊ ESTA SENDO CONVIDADO PARA:



SEUS PAIS JÁ DEIXARAM



COISAS BOAS PODEM ACONTECER E COISAS RUINS TAMBÉM



FAREMOS TUDO PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA



MAS SE ALGO ACONTECER....



Brasília, _____ de _____ de _____.

ANEXO C - Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0)

VERSÃO PORTUGUÊS (BRASIL)

Nº de identificação: _____
Data: _____

TM PedsQL

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Português (Brasil)

RELATO DOS PAIS SOBRE O FILHO / A FILHA (8 a 12 anos)
RELATO DOS PAIS SOBRE O ADOLESCENTE (13 a 18 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.
Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0 se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1 se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2 se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3 se ele / ela **freqüentemente** tem dificuldade com isso
- 4 se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante o **ÚLTIMO MÊS**, o seu filho / a sua filha tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?*

CAPACIDADE FÍSICA (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele/ela	0	1	2	3	4

ASPECTO SOCIAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

ATIVIDADE ESCOLAR (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

VERSÃO PORTUGUÊS (BRASIL)

Nº de identificação: _____
Data: _____

TM

PedsQL

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Português (Brasil)

RELATO DOS PAIS SOBRE O FILHO / A FILHA (5 a 7 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.
Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0 se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1 se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2 se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3 se ele / ela **freqüentemente** tem dificuldade com isso
- 4 se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante o ÚLTIMO MÊS, o seu filho / a sua filha tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?*

CAPACIDADE FÍSICA (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas, como apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele/ela	0	1	2	3	4

ASPECTO SOCIAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

ATIVIDADE ESCOLAR (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

VERSÃO PORTUGUÊS (BRASIL)

N° de identificação: _____
Data: _____

TM

PedsQL

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Português (Brasil)

RELATO DOS PAIS SOBRE O FILHO / A FILHA (2 a 4 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.
Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0 se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
1 se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
2 se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
3 se ele / ela **freqüentemente** tem dificuldade com isso
4 se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante o **ÚLTIMO MÊS**, o seu filho / a sua filha tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?*

CAPACIDADE FÍSICA (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Andar	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Participar de brincadeiras ativas ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho	0	1	2	3	4
6. Ajudar a apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Ficar preocupado/a	0	1	2	3	4

ASPECTO SOCIAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Brincar com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

**Por favor, complete esta parte se seu filho / sua filha vai à escola ou à creche*

ATIVIDADE ESCOLAR (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Fazer as mesmas atividades escolares que as outras crianças das turmas	0	1	2	3	4
2. Faltar à aula/creche por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
3. Faltar à aula/creche para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ANEXO D - PARENTING STRESS INDEX (PSI) (SHORT FORM)

Instruções

Ao responder às perguntas deste formulário, pense no seu filho que tem diagnóstico de paralisia cerebral. As perguntas constantes das páginas seguintes requerem que você escolha uma resposta que melhor descreva os seus sentimentos. Se não houver uma resposta que descreva exatamente os seus sentimentos, marque a resposta que mais se aproxime da descrição de como você se sente. A SUA PRIMEIRA REAÇÃO A CADA QUESTÃO DEVE CONSTITUIR SUA RESPOSTA.

Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda das afirmações seguintes, circulando o número que melhor corresponde ao que você sente.

1	2	3	4	5
Concordo plenamente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo completamente

Exemplo.

Eu gosto de ir ao cinema 1 2 3 4 5
(se você gosta de ir ao cinema algumas vezes, você deve escolher o número 2)

1	2	3	4	5
Concordo plenamente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo completamente

1. Eu tenho a sensação de que não consigo lidar muito bem com as coisas.

1 2 3 4 5

2. Desisti das minhas coisas para cuidar das necessidades do meu filho mais do que esperava.

1 2 3 4 5

3. Sinto-me presa às minhas responsabilidades de mãe.

1 2 3 4 5

4. Desde que tive meu filho, eu não consigo mais fazer coisas novas e diferentes.

1 2 3 4 5

5. Sinto que quase nunca tenho tempo de fazer as coisas que eu gosto.

1 2 3 4 5

6. Estou descontente com a última compra de roupa que fiz para mim.

1 2 3 4 5

7. Há algumas coisas que me incomodam em minha vida.

1 2 3 4 5

8. O meu filho tem causado mais problemas na minha relação com meu esposo/companheiro do que eu imaginava.

1 2 3 4 5

9. Eu me sinto só e sem amigos.

1 2 3 4 5

10. Quando eu vou a uma festa, eu geralmente acho que não vou me divertir muito.

1 2 3 4 5

11. Eu não me interessava mais pelas pessoas como antes.

1 2 3 4 5

12. Eu não gosto das coisas como antes.

1 2 3 4 5

13. Meu filho raramente faz coisas para mim que me deixam feliz.

1 2 3 4 5

14. Meu filho sorri para mim muito menos do que eu esperava.

1 2 3 4 5

15. Quando faço alguma coisa para o meu filho, eu sinto que meus esforços não são reconhecidos por ele.

1 2 3 4 5

16. Meu filho não ri com frequência quando está brincando.

1 2 3 4 5

17. Meu filho não parece aprender tão rápido quanto a maioria das crianças.

1 2 3 4 5

18. Meu filho não sorri tanto quanto a maioria das crianças.

1 2 3 4 5

19. Meu filho não é capaz de fazer as coisas tanto quanto eu esperava.

1 2 3 4 5

20. Demora muito e é muito difícil para o meu filho se acostumar a coisas novas.

1 2 3 4 5

21. Eu me considero.

1. uma mãe muito boa
 2. uma mãe melhor do que a maioria
 3. uma mãe mediana/razoável
 4. alguém que tem dificuldade em ser mãe
 5. não muito boa mãe
-

22. Eu esperava sentir mais carinho e mais afeto pelo meu filho do que sinto e isso me incomoda.

1 2 3 4 5

23. Algumas vezes, meu filho faz coisas só para me chatear.

1 2 3 4 5

24. Meu filho parece chorar ou fazer birra mais frequentemente que a maioria das crianças.

1 2 3 4 5

25. Meu filho geralmente acorda de mau humor.

1 2 3 4 5

26. Eu sinto que meu filho é muito temperamental e fica chateado facilmente.

1 2 3 4 5

27. Meu filho faz algumas coisas que me incomodam muito.

1 2 3 4 5

28. Quando acontece alguma coisa que meu filho não gosta, ele reage vigorosamente.

1 2 3 4 5

29. Meu filho fica chateado facilmente com coisas muito pequenas.

1 2 3 4 5

30. É difícil estabelecer horários para o meu filho comer e dormir.

1 2 3 4 5

31. É difícil fazer meu filho começar ou parar de fazer alguma coisa.

1 2 3 4 5

32. Pense cuidadosamente e conte quantas coisas o seu filho faz que lhe aborrecem. Exemplos: mostra-se lento, não escuta quando você fala, reage de modo exagerado, chora, interrompe você, briga, faz manha. Faça um círculo no número que corresponde ao número de coisas que você contou.

1. 1-3 2. 4-5 3. 6-7 4. 8-9 5. 10 ou mais

33. Tem algumas coisas que meu filho faz que me aborrecem muito.

1 2 3 4 5

34. Meu filho passou a ser um problema maior do que eu esperava.

1 2 3 4 5

36. Meu filho exige muito de mim.

1 2 3 4 5

ANEXO E - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE PARA EQUOTERAPIA (EAMEQ)



ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE PARA EQUOTERAPIA - EAMEQ

Prieto, Alessandra Vidal Ms; Ayupe, Kênea Martins Almeida PhD; Gutierrez Filho, Paulo PhD
 Laboratório de Atividade Motora Adaptada/LABAMA; Faculdade de Educação Física/FEF;
 Universidade de Brasília/UnB - 2020

FORMULÁRIO DE PONTUAÇÃO

A escala tem o objetivo de avaliar a mobilidade do praticante de Equoterapia, com diferentes condições de saúde, nas atividades de montar e conduzir o cavalo, bem como manter e mudar sua posição sobre o animal. É uma escala quantitativa, padronizada, que deve ser aplicada por profissionais atuantes em Equoterapia. Contém uma lista de tarefas que o **praticante** deve conseguir realizar durante os atendimentos. Marque com um "X" a resposta que representa a melhor capacidade do seu praticante. Para completar a pontuação da escala, o examinador deve considerar o período de um atendimento completo de Equoterapia. Praticante é o indivíduo, adulto ou criança, que pratica a Equoterapia e mediador é o profissional responsável pelo atendimento de Equoterapia.

Material de encilhamento sugerido: manta com cilhão ou alça fixa e estribos; ou sela com alça e estribos. Não existem respostas certas ou erradas. Deve ser marcada apenas uma resposta por item.

Praticante _____

Idade (DN) ___/___/___ Sexo _____

Condição de Saúde: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Data avaliação ___/___/___ Avaliador: _____

Mediadores: _____ Guia: _____

Cavalo: _____ Encilhamento: _____

Local: _____

12. Necessidade de apoio do mediador em declives suaves (cerca de 10 a 20 graus de inclinação)

0	em cervical
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio

Soma dos pontos da Dimensão 2: _____

DIMENSÃO 3. ATIVIDADES DE MUDAR A POSIÇÃO SOBRE O CAVALO

13. Abraçar o pescoço do cavalo. Cavalo antepistando em linha reta

0	não leva as mãos no pescoço do cavalo
1	tenta tocar o pescoço do cavalo, mas não consegue alcançá-lo
2	toca o pescoço do cavalo com pelo menos uma das mãos.
3	abraça o pescoço do cavalo, utilizando pelo menos um dos membros superiores com pequena inclinação de tronco
4	abraça o pescoço do cavalo, utilizando pelo menos um dos membros superiores com inclinação total de tronco (deita sobre o pescoço do cavalo)

14. Apoiar as mãos na garupa do cavalo. Cavalo antepistando em linha reta

0	não leva as mãos na garupa do cavalo
1	tenta levar as mãos atrás do corpo, mas não alcança a garupa
2	leva pelo menos uma das mãos atrás do corpo, toca a garupa
3	apoiar uma das mãos na garupa do cavalo
4	apoiar as duas mãos na garupa do cavalo

15. Sentado sobre o cavalo, braços em elevação lateral (avião). Cavalo antepistando em linha reta

0	não realiza a tarefa
1	realiza a tarefa com auxílio do (s) mediador (es)
2	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados menos de 3 segundos
3	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados entre 3 e 9 segundos
4	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados por 10 ou mais segundos

16. Sentado sobre o cavalo, braços em elevação anterior (navio). Cavalo antepistando em linha reta

0	não realiza a tarefa
1	realiza a tarefa com auxílio do (s) mediador (es)
2	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados menos de 3 segundos

3	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados entre 3 e 9 segundos
4	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados por 10 ou mais segundos

17. Sentado sobre o cavalo, braços em elevação acima da cabeça (fogete). Cavalo antepistando em linha reta

0	não realiza a tarefa
1	realiza a tarefa com auxílio do (s) mediador (es)
2	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados menos de 3 segundos
3	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados entre 3 e 9 segundos
4	realiza a tarefa sozinho, mantém braços elevados por 10 ou mais segundos

18. Passa de sentado para de pé no cavalo sobre os estribos (posição "esporte"). Cavalo parado

0	não realiza a tarefa.
1	realiza a tarefa com auxílio do mediador
2	realiza a tarefa com auxílio do cilhão, alça fixa ou cepilho
3	realiza a tarefa sem auxílio ou apoio, permanece de pé menos de 5 segundos
4	realiza a tarefa sem auxílio ou apoio, permanece de pé por 5 segundos ou mais

19. Passa de sentado para de pé no cavalo sobre os estribos (posição "esporte"). Cavalo antepistando em linha reta

0	não realiza a tarefa.
1	realiza a tarefa com auxílio do mediador
2	realiza a tarefa com auxílio do cilhão, alça fixa ou cepilho
3	realiza a tarefa sem auxílio ou apoio, permanece de pé menos de 5 segundos
4	realiza a tarefa sem auxílio ou apoio, permanece de pé por 5 segundos ou mais

20. Sentado sobre o cavalo, muda de posição, girando 360º (montaria lateral direita, invertida e lateral esquerda). Se o praticante necessita de apoio durante o atendimento, avalie a tarefa com o cavalo parado.

0	não realiza a tarefa ou o mediador muda o praticante de posição. Cavalo parado
1	realiza a tarefa com auxílio do mediador. Cavalo parado
2	realiza a tarefa sem auxílio do mediador. Cavalo parado
3	realiza a tarefa com auxílio do mediador. Cavalo antepistando em linha reta
4	realiza a tarefa sem auxílio do mediador. Cavalo antepistando em linha reta

Soma dos pontos da Dimensão 3.: _____

Soma total dos pontos da EAMEQ: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE PARA EQUOTERAPIA – EAMEQ

DIMENSÃO 1. INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE MONTAR E CONDUZIR O CAVALO

1. Capacidade do praticante no ato de montar

0	totalmente dependente (é transferido para o cavalo)
1	realiza a montaria pela plataforma ou rampa com auxílio
2	realiza a montaria pela plataforma ou rampa sem auxílio
3	realiza a montaria do solo com auxílio
4	realiza a montaria do solo sem auxílio

2. Independência sobre o cavalo durante a sessão

0	necessita de 2 mediadores com apoio constante
1	necessita de 2 mediadores com apoio intermitente (ora com apoio, ora sem apoio)
2	necessita de 1 mediador com apoio constante
3	necessita de 1 mediador com apoio intermitente (ora com apoio, ora sem apoio)
4	necessita de 1 mediador próximo (sem apoio)

3. Capacidade na tarefa de segurar o cilhão ou alça fixa. Cavalo antepistando em linha reta

0	não segura o cilhão ou alça fixa
1	tenta levar as mãos ao cilhão ou alça fixa, sem conseguir tocá-lo
2	toca o cilhão ou alça fixa com pelo menos uma das mãos
3	segura o cilhão ou alça fixa com uma das mãos
4	segura o cilhão ou alça fixa com as duas mãos

4. Capacidade na tarefa de conduzir o cavalo

0	não segura as rédeas
1	tenta levar as mãos às rédeas, sem conseguir tocá-las
2	segura as rédeas com pelo menos uma das mãos, mas não conduz o cavalo
3	segura as rédeas com pelo menos uma das mãos e conduz o cavalo em linha reta
4	segura as rédeas com pelo menos uma das mãos, conduz e muda a direção do cavalo

Soma dos pontos da Dimensão 1: _____

DIMENSÃO 2. NECESSIDADE DE APOIO DURANTE O ATENDIMENTO

5. Necessidade de apoio do mediador no início do atendimento. Cavalo antepistando em linha reta

0	em cervical
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio

6. Necessidade de apoio do mediador no início da sessão. Cavalo transpistando em linha reta.

0	em cervical ou não é possível transpistar
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio

7. Necessidade de apoio do mediador no final do atendimento. Cavalo antepistando em linha reta

0	em cervical
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio

8. Necessidade de apoio do mediador no final do atendimento. Cavalo transpistando em linha reta

0	em cervical ou não é possível transpistar
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio

9. Necessidade de apoio do mediador em curva aberta (zigue-zague, cones enfileirados com distância de 3,5 metros)

0	em cervical
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio

10. Necessidade de apoio do mediador em curva fechada (zigue-zague, cones enfileirados com distância de 2,5 metros)

0	em cervical
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio

11. Necessidade de apoio do mediador em aclives suaves (cerca de 10 a 20 graus de inclinação)

0	em cervical
1	em porção superior do tronco
2	em porção inferior do tronco
3	nas pernas
4	sem apoio