

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

FELIPE MARTINS GOMES DE LIMA

DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN NA
EQUOTERAPIA

RIO DE JANEIRO

2005

FELIPE MARTINS GOMES DE LIMA

DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN NA
EQUOTERAPIA

Dissertação apresentada à Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro como
requisito parcial para obtenção de
graduação de Pedagogo.
Orientador Prof. Maria Ângela.

RIO DE JANEIRO

2005

DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN NA
EQUOTERAPIA

Monografia de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Pedagogia da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, como requisito parcial para obtenção
do Grau de Licenciado em Pedagogia.

Aprovada em 09 de Januário de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Maria Ângela Monteiro Correa

Prof. Maria Ângela Monteiro Correa – Orientador

Ângela Maria Souza Martins

Prof. Ângela Martins

Ligia Coelho

Prof. Ligia Martha Coimbra da Costa Coelho

Rio de Janeiro

2005

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais e Familiares, aos meus
amigos de Faculdade, aos meus amigos do
Cotidiano e todas aquelas pessoas que de
certa forma me ajudaram.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Maria Ângela, por todo o apoio dado.

EPÍGRAFE

“Tenha Dúvidas de Suas Certezas”

(São Tomás de Aquino)

LIMA, F. M. G. de. Desenvolvimento de crianças com Síndrome de Down na equoterapia. 2005. 41 folhas. Monografia (graduação em Pedagogia) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

O trabalho apresentado tem como objetivo relacionar estudos de portadores de Síndrome de Down (S.D.), com o trabalho seu desenvolvido na equoterapia. Para isso, foram feitos estudos teóricos sobre a Síndrome de Down, mostrando suas características, seus conceitos, o desenvolvimento de pessoas com essa alteração cromossômica e como é trabalhado a estimulação e as atividades com vistas ao seu desenvolvimento. Sobre a equoterapia, os estudos foram feitos na área de história, de como esse método terapêutico surgiu no mundo e no Brasil, como é realizado esse trabalho, o público alvo, os objetivos, os profissionais e os benefícios e recomendações, assim como é desenvolvido o programa de equoterapia no Brasil. Para finalizar buscamos os benefícios, de quem pratica esse método terapêutico.

Palavras Chaves: Síndrome de Down, equoterapia, estimulação, atividades, desenvolvimento e benefícios.

SUMÁRIO

Introdução	07
1. Síndrome de Down	08
1.1. Conceitos.....	08
1.2. Característica clínica das crianças com Síndrome de Down.....	10
1.3. Desenvolvimento.....	12
1.4 Estimulação e Atividades.....	15
2. Equoterapia	20
2.1. Conceito.....	20
2.2. História/ Brasil + Mundo.....	22
2.3.O Trabalho.....	24
2.4. Público alvo, objetivos, profissionais, benefícios e recomendações.....	27
2.5. Desenvolvimento do programa de equoterapia.....	31
3. Benefícios da Equoterapia	33
Considerações Finais	38
Referências bibliográficas.....	41

Introdução

O trabalho apresentado tem como objetivo relacionar estudos de portadores de Síndrome de Down (S.D.), com o trabalho seu desenvolvido na equoterapia. Para isso, foram feitos estudos teóricos sobre a Síndrome de Down, mostrando suas características, seus conceitos, o desenvolvimento de pessoas com essa alteração cromossômica e como é trabalhado a estimulação e as atividades com vistas ao seu desenvolvimento. Sobre a equoterapia, os estudos foram feitos na área de história, de como esse método terapêutico surgiu no mundo e no Brasil, como é realizado esse trabalho, o público alvo, os objetivos, os profissionais e os benefícios e recomendações, assim como é desenvolvido o programa de equoterapia no Brasil. Para finalizar buscamos os benefícios, de quem pratica esse método terapêutico.

O capítulo I trata sobre a Síndrome de Down, nesse capítulo, são mostrados os principais conceitos, como foi descoberta, a sua causa, como é o desenvolvimento das pessoas que possuem a Síndrome de Down e como é feito o trabalho de estimulação e de atividades.

No capítulo II, a equoterapia é mostrada, por meio da sua história no mundo e no Brasil, o trabalho desenvolvido por este método terapêutico, qual é seu público alvo; seus objetivos, os profissionais ligados a ela, os principais benefícios e recomendações e como é desenvolvido o programa de equoterapia.

No capítulo III, mostra os benefícios para as pessoas que praticam a equoterapia.

1. Síndrome de Down

1.1 Conceitos

A Síndrome foi caracterizada pela primeira vez pelo médico John Langdon Down, em 1866, que descreveu alguns dos traços característicos das pessoas com Síndrome de Down. A denominação dada por ele foi "mongolian idiots", porque acreditava que a Síndrome representava uma "regressão, por degeneração, a uma raça mais primitiva". Esta denominação prejudicou a imagem do portador da Síndrome, pois deu um caráter pejorativo e ajudou as pessoas pouco esclarecidas a criarem certos preconceitos que vigoram até os dias de hoje.

A Síndrome de Down se caracteriza, principalmente, por um atraso no desenvolvimento das funções motoras e das funções mentais do indivíduo. Quando bebê, a criança é pouco ativa e "molinha", consequência da hipotonia. A hipotonia diminui com o tempo e permite que o bebê conquiste mais lentamente que as outras crianças, as diversas etapas do desenvolvimento.

Face a hipotonia do bebê, este é mais quieto, apresenta dificuldade para sugar, engolir, sustentar a cabeça e os membros. A abertura das pálpebras é inclinada para cima e a prega no canto interno dos olhos é semelhante as das pessoas da raça amarela. Tem também a língua protusa, isto é, para fora da boca, e cerca de 40% dos casos possuem cardiopatias.

A Síndrome de Down era também conhecida como mongolismo, face às

pregas no canto dos olhos que lembram pessoas de raça mongólica (amarela). Essa expressão não se utiliza atualmente.

A Síndrome ocorre devido ao que se pode chamar de cromossomopatia, ou seja, é uma Síndrome cujo quadro clínico global deve ser representado por um desequilíbrio na constituição cromossômica, devido à presença em excesso de genes no cromossomo 21 em 95% dos casos o que é denominado de Trissomia 21. O restante, é identificado por translocação ou mosaïcismo. A trissomia implicaria no excesso de genes interferindo na produção enzimática que resultaria na Síndrome de Down. Só podemos dizer que um indivíduo tem Síndrome de Down quando possui várias características próprias da síndrome, e excesso no material cromossômico do 21.

1.2 Característica Clínica das Crianças com Síndrome de Down

Estudos mostram que o risco de nascer uma criança com trissomia do 21 aumentam com a idade materna. Por exemplo, o risco de que um recém-nascido tenha Síndrome de Down, quando a mãe tem até 30 anos é de 1 em 1.000, se a mãe tiver entre 31 e 40 anos, o risco é de 9 em 1.000. Na população em geral, a frequência da Síndrome de Down é de 1 para cada 650 a 1.000 recém-nascidos vivos e de cerca de 85% dos casos ocorre em mães com menos de 35 anos de idade.

Os sinais diagnósticos ou manifestações gerais da Síndrome de Down, são mais de cinquenta sinais físicos e na maioria dos casos nenhum deles é encontrado isoladamente, sendo que algumas características não aparecem até a criança atingir certa idade, enquanto outras desaparecem com a idade. Porém as características comportamentais e o padrão de desenvolvimento, das crianças com Síndrome de Down não é previsível em todas as crianças.

Gibson, Polosy e Zarfes (citado por Telford & Sawrey, 1968) reduziram o número de sinais diagnósticos significativos aos treze itens seguintes:

1. crânio achatado, mais largo do que comprido;
2. narinas anormalmente arrebitadas, por falta de desenvolvimento dos ossos nasais;
3. intervalo anormal entre os dedos dos pés (maior espaço, principalmente entre os primeiros segmentos dos dedos);
4. quinto dedo da mão desproporcionalmente curto;

5. quinto dedo da mão recurvado para dentro;
6. quinto dedo da mão com apenas uma articulação, em vez de duas normais;
7. mãos curtas e sobre o quadrado;
8. prega epicântica nos cantos inferiores dos olhos;
9. grande língua fissurada;
10. prega única no sentido transversal da mão (prega siamesa);
11. ouvido anormalmente simplificado;
12. lóbulo auricular aderente, e
13. coração anormal.

Outras características que podemos identificar, dizem respeito ao déficit no desenvolvimento motor; estatura mais baixa; hipotonia; e em relação ao peso, apresentam quase sempre um excesso nos seus valores, em relação à altura. Essas características encontram-se em boa parte dos indivíduos com Síndrome de Down.

1.3 Desenvolvimento

O desenvolvimento da criança com S.D. ocorre em um ritmo mais lento que o das crianças normais. O bebê, devido à hipotonia, é mais quieto, tem dificuldades para sugar, engolir, sustentar a cabeça e os membros. Embora haja um atraso no desenvolvimento motor, isso não impede que a criança aprenda tarefas diárias e participe da vida social da família. A criança com S.D. pode, portanto, executar tarefas simples, mas a deficiência mental dificulta a resolução de problemas abstratos, que são para ela complicados. É importante que a criança com S.D. receba estimulação para se desenvolver desde o nascimento. A família deve ser orientada sobre como proceder com a criança em casa dentro da rotina familiar. Nesta fase inicial, quando o choque da notícia sobre a síndrome ainda está recente, os profissionais que assistem à família devem saber que muitas vezes é ela quem necessita de ajuda, mais do que a própria criança pelo menos no primeiro momento. Portanto, é sempre bom ter o cuidado de solicitar aos pais coisas que eles realmente tenham condições práticas e emocionais para cumprir.

O desenvolvimento humano ocorre, através de um longo processo de ensaios e erros, de ajuste progressivo da ação do corpo aos estímulos do meio e aos propósitos da ação. O que isto significa é que o esquema corporal não é uma questão de “tudo ou nada”, senão uma construção progressiva, na qual novos elementos vão sendo acrescentados como consequência da maturação e das aprendizagens que vão se realizando. É fundamental ensinar a criança com S.D. que, diante de qualquer atividade, o sucesso pode ou não, ser alcançado. Conseqüentemente algumas tarefas são realizadas com dificuldade, ou até, com fracasso. O principal é que se aprenda com essa experiência.

Muitas vezes a criança com S.D. é rotulada por suas características físicas ou

comportamentais, isto leva a uma desvalorização de si mesma, a uma baixa auto-estima, e a redução do senso de valor próprio. Por outro lado, é também por mais surpreendente que possa parecer, os elogios exagerados também acarretarão os mesmos sentimentos, porque eles não permitem que a criança perceba quem realmente ela é. A baixa auto-estima consiste em não confiar em si, não desejar se expor, evitar os outros ou evitar fazer coisas que possam chamar a atenção, sendo assim, embora se saiba que o modo pelo qual os pais tratam seus filhos é fundamental na determinação de sua auto-imagem, os companheiros e professores também exercem influência pela forma com que respondem ao outro sendo também responsáveis pela formação do autoconceito.

Uma criança com auto-estima alta tem a possibilidade de elaborar e refletir sobre frustrações e conflitos. Ela confia em seus próprios julgamentos e percepções, e acredita que pode conduzir seus esforços e resoluções de maneira favorável, por serem favoráveis, essas atitudes a levam a aceitar suas próprias opiniões e a depositar crédito e confiança às reações e conclusões a que chegou. Isso permite que, frente a divergências, ela mantenha suas opiniões e considere idéias novas, é possível que a autoconfiança, que acompanha os sentimentos de autovalorização, assegure-a de que ela está certa, e dê a ela coragem de expressar esta convicção. A criança com S.D. que apresenta auto-imagem positiva é mais ativa, tem facilidade em fazer amigos, tem senso de humor, participa de discussões e projetos, lida melhor com o erro, sente orgulho por contribuir e é mais feliz, confiante, alegre e afetiva.

Os diferentes processos que integram o desenvolvimento psicomotor de uma criança com S.D., não são fenômenos que acontecem separadamente e, por isso, a maturação neurológica, o desenvolvimento do esquema corporal, os processos de lateralização e, inclusive, o desenvolvimento cognitivo e da linguagem devem ser

abordados em seu conjunto. Isto não significa, não obstante, que não possamos considerar separadamente o papel especial de alguns componentes psicomotores no caminho da integração e do controle corporal ao longo dos anos.

Os pais devem estar atentos a tudo o que a criança começa a fazer sozinha, espontaneamente e devem estimular todos os seus esforços. Ajudando a criança a crescer e evitando que ela se torne dependente das pessoas a sua volta, os pais devem pensar que quanto mais cedo a criança aprender a cuidar de si mesma, melhores serão as suas condições para enfrentar o futuro, sempre considerando suas limitações e possibilidades. A criança com S.D. precisa participar das atividades em família como as outras crianças. Deve ser tratada, com carinho, com respeito e naturalidade. Na maioria dos casos a pessoa com S.D. quando adolescente e/ou adulta, têm uma vida semi-independente. Embora não possa atingir muitas vezes níveis mais avançados de escolaridade, pode trabalhar em diversas funções, de acordo com seu nível intelectual e suas condições de adaptações e aprendizagem. Ela pode praticar esportes, viajar, freqüentar festas, namorar enfim, pode viver em sociedade como todo mundo.

1.4 Estimulação e Atividades

A criança deve ser educada e disciplinada como qualquer outra criança. Os pais devem ensinar-lhe limites, não permitindo que ela faça tudo que quiser. Será necessário maior cuidado e atenção, principalmente em função da demora para aprender as coisas. Os pais devem ser pacientes e insistir porque a criança vai progredir gradualmente, em seu próprio ritmo. Clínicas instituições e escolas especializadas costumam ter programas de estimulação para crianças com S.D., esses programas poderão orientar os pais em exercícios específicos como vistos ao seu desenvolvimento global.

Às crianças com S.D. devem dispor dos mesmos cuidados que crianças normais contudo, há situações em que necessitam de cuidados especiais. Portadores de S.D., geralmente possuem deficiências de audição, e, nesse caso, é necessário avaliações audiológicas precoces e exames de seguimento são indicados. Elas podem ter doença congênita do coração e muitas dessas crianças, terão que se submeter a uma cirurgia cardíaca e, freqüentemente precisarão de cuidados de um cardiologista pediátrico por longo prazo. Anormalidades intestinais também acontecem com uma freqüência maior em crianças com S.D., nesses casos elas também podem necessitar de correção cirúrgica imediata para estes problemas.

Crianças com S.D., freqüentemente têm mais problemas oculares que outras crianças, problemas como estrabismo, miopia, e outras condições são observadas. Outra preocupação está relacionada ao aspecto nutricional, pois algumas crianças, especialmente as com doenças cardíacas severa, têm dificuldade constante em ganhar peso, e a obesidade é freqüentemente desenvolvida na adolescência. Estas condições podem ser prevenidas

pelo aconselhamento nutricional apropriado e orientação dietética preventiva.

Deficiências de hormônios tireoideanos são mais comuns em crianças com S.D. do que nas demais crianças, é importante identificar aquelas que têm problemas de tireóide, uma vez que o hipotireoidismo pode comprometer o funcionamento do sistema nervoso central. Problemas ortopédicos também são vistos com uma frequência mais alta em crianças com S.D., entre eles estão incluídos subluxação da rótula, luxação de quadril e instabilidade de atlanto-axial. Outros aspectos médicos importantes na S.D. estão relacionados aos problemas imunológicos, leucemia, doença de *Alzheimer*, convulsões, apnéia do sono e problemas de pele. Todos estes podem requerer a atenção de especialistas.

Com o avanço na identificação dos principais problemas de saúde associados à S.D., é possível muitas vezes minimizar seus efeitos e tornar os pais e profissionais de saúde mais atentos as suas manifestações e conseqüências. Dessa forma, hoje já se pode observar que o número de pessoas com S.D. consegue ter uma qualidade de vida superior à obtida antigamente. Existe muitas maneiras de ajudar essas crianças a ter um desenvolvimento melhor, mais próximo das outras crianças. É sobre este tema que vamos tratar a seguir: a importância da estimulação e das atividades para crianças com S.D.

Normalmente as atividades diárias com um bebê incluem diferentes situações em que os estímulos estão sempre presentes. Para as crianças com S.D., no entanto, o papel da estimulação cresce de importância em decorrência das inúmeras dificuldades que essas crianças apresentam. Dessa forma, daremos destaques a alguns aspectos do desenvolvimento e alguns exemplos de atividades que levam esses aspectos em consideração.

Estimulação Visual: A estimulação visual deve fazer parte da vida da criança desde o seu nascimento. Inicialmente, o que mais atrai o bebê são os rostos humanos, seguidos por objetos coloridos e brilhantes, A família deve ser orientada no sentido de apresentar tais estímulos ao bebê com frequência, estando atenta para que ele fixe o olhar e posteriormente acompanhe com os olhos o movimento do rosto humano ou do brinquedo. As brincadeiras na frente do espelho também devem ser introduzidas assim que o bebê fixar o olhar.

Estimulação Auditiva: A voz humana é o primeiro estímulo auditivo que o bebê recebe. É importante orientar a mãe para que converse com o bebê sempre de forma clara e tranqüila. A música, cantada pela mãe ou tocada, também é um estímulo que agrada. Os brinquedos que produzem som também funcionam como estimulação para a percepção auditiva. Tanto os pais como os terapeutas podem fazer uso de chocalhos, papéis aluminizados, caixinhas de música ou qualquer outro tipo de objeto que produza som, como meio de estimulação.

Estimulação Sensitiva: É a partir da estimulação sensitiva que a criança reagirá cada vez mais com movimentos. Preferencialmente, para atividades que procuram desenvolver esses aspectos, a criança deve usar a menor quantidade de roupa possível, de acordo com o tempo naturalmente, tanto em casa, como na terapia. O contato com diferentes materiais propiciará maior experiência sensitiva. Brinquedos ásperos, lisos, de borracha, de madeira, de ferro, de pano, bem como o contato com a água e com a areia, oferecem grande demanda de estímulos sensitivos.

Estimulação Labiríntica: Atividades que envolvam o movimento do corpo estimulam os órgãos do equilíbrio. Portanto, desde cedo a criança deverá experimentar

estas sensações, tanto na terapia, como em casa. O balanço na bola Bobath facilita as reações de controle de cabeça e tronco. O uso de redes, balanços e brincadeiras com o corpo devem ser estimulados e orientados à família.

Estimulação Social: O profissional que está em contato direto com a família deve orientá-la para procurar manter, desde cedo, uma vida social semelhante à de outros bebês.

No desenvolvimento da psicomotricidade, que visa privilegiar a qualidade da relação afetiva estarão sendo trabalhados; a mediatização; a disponibilidade tônica; a segurança gravitacional e o controle postural, a noção do corpo, sua lateralização e direcionalidade e a planificação práxica, enquanto componentes essenciais e globais da aprendizagem e do seu ato mental concomitante. Nela o corpo e a motricidade são abordados como unidade e totalidade do ser. O enfoque da psicomotricidade é, portanto, psico somático, psico cognitivo, psiquiátrico, somato-analítico, psico neurológico e psico terapêutico, o que mais afeta o desenvolvimento da criança, é a hipotonia generalizada, presente desde o nascimento. Esta hipotonia origina-se no sistema nervoso central, e afeta toda a musculatura e as partes dos ligamentos da criança. Com o passar do tempo, a hipotonia tende a diminuir espontaneamente, mas ela permanecerá presente por toda a vida, em graus diferentes. O tônus é uma característica individual, por isso há uma variação entre as crianças com esta síndrome. A criança que nasceu com S.D. conseguirá controlar a cabeça, rolar, sentar, arrastar, engatinhar, andar e correr, exceto se houver algum comprometimento além da síndrome.

O que acontece, geralmente é que, a criança tem alta da fisioterapia por ocasião dos primeiros passos. Na verdade, quando ela começa andar, há necessidade ainda

de um trabalho específico para o equilíbrio, para a postura e para a coordenação de movimentos. É essencial que nesta fase, em que há maior independência motora, a criança tenha espaço para correr e brincar e poder exercitar sua motricidade global. A brincadeira deve estar presente em qualquer proposta de trabalho infantil, pois é a partir dela que a criança explora e internaliza conceitos, sempre aliados inicialmente à movimentação do corpo.

O trabalho psicomotor deve enfatizar aspectos como o equilíbrio e a coordenação de movimentos, a estruturação do esquema corporal, a orientação espacial, o ritmo, a sensibilidade, os hábitos de posturas e os exercícios respiratórios. Todos estes aspectos devem ser trabalhados dentro de atividades que sejam essencialmente interessantes para a criança.

2. Equoterapia

2.1 Conceito

A equoterapia é um método terapêutico que usa o cavalo como forma de otimizar o desenvolvimento integral de pessoas nos aspectos biológico, psicológico, social e educacional, através de um procedimento interdisciplinar, nas áreas da saúde e da educação, que visa. O indivíduo interage com o cavalo e com a equipe de trabalho. O termo equoterapia é, em geral, utilizado para descrever os diversos usos reabilitatórios por meio de cavalo. Usa-se essa terminologia para descrever as várias atividades eqüestres com pessoas portadoras de deficiência. Na maioria das organizações que têm equitação para deficientes convencionou-se chamar de “Riding for the Disabled” (Equitação para deficientes, Equitação Terapêutica) Riding for Disabled (1984).

“A Equoterapia ocorre quando praticada por pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial e têm por objetivos melhorar a qualidade de vida e a saúde. Através da equitação terapêutica é possível melhorar principalmente o equilíbrio e a coordenação motora, auto-estima entre outros. Além desses aspectos, estão presentes também, os aspectos lúdico, de lazer, e esportivo. A equitação terapêutica também pode ser usada com pessoas de terceira idade, crianças com problemas de comportamento e dificuldades cognitivas em geral”.

(ARAÚJO, & MARQUEZAN, 1999, p.77).

A Associação Nacional de Equoterapia (ANDE/BRASIL, 1999, p. 80)

define essa terapia como:

"(...) um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou com necessidades especiais".

Na Equoterapia o cavalo envia informações sensoriais ao praticante, pois ao andar, o cavalo faz com que a pessoa que o monta execute, mesmo que involuntariamente movimentos tridimensionais horizontais, verticais e laterais fazendo que o praticante busque respostas adaptativas apropriadas a estes estímulos. O objetivo não é ensinar técnicas de equitação específica e sim estabelecer melhores funções neurológicas e melhor processamento sensorial.

2.2 História/ Brasil + Mundo

A relação entre homens e cavalos é muito antiga, desde o ano 3.500 antes da era Cristã, os assírios já realizavam desfiles sobre cavalos. A arte de montar a cavalo com a utilização da sela, estribos e freio generalizou-se, aos poucos, no século XV. O cavalo já era utilizado para fins terapêuticos, mas somente após a Primeira Guerra Mundial é que passou a ser utilizado na terapia reabilitatória.

Em 438-370 a.C., Hipócrates, recomendava a equitação contra insônia, dizendo que a equitação é regeneradora da saúde. Em 124-40 a.C., Asclepiades, de Prusa, recomendava o movimento do cavalo contra epilepsia e em diferentes casos de paralisia. (ANDE, s/d).

Foi na Inglaterra, em 1901, onde ocorreu a primeira aplicação de equoterapia em contexto hospitalar, no Hospital Ortopédico de Oswentry. Em 1951, Liz Hartel passa a ser o primeiro exemplo de “auto-terapia”. Após ter sido acometida de paralisia infantil (poliomelite) que, na época, não tinha vacina e nem programa de reabilitação eficaz, ela conquistou a Medalha de Prata Olímpica sucessivamente em Helsinque (1952) e Melbourne (1956), na modalidade adestramento.

Na França a reeducação eqüestre nasceu em 1965, com a reintrodução da terapia através da equitação. Usam-se duas denominações: Equotherapie e Equitation Thérapeutique, empregadas pela Associação Handi-Cheval. Nesse ano, a equoterapia torna-se matéria didática universitária (Salpentiére). No ano de 1969, desenvolveu-se o primeiro trabalho científico de reeducação eqüestre, no Centro Hospitalar

Universitário de Salpentiére.

A corrente francesa deu origem a corrente italiana que ampliou e desenvolveu a temática. A reeducação equestre na Itália é indicada para deficiências motoras causadas por lesões neuromotoras (lesões cerebrais, paresias, espasticidades, distúrbios do equilíbrio, entre outros), distúrbios evolutivos e comportamentais (atraso maturativo, psicoses infantis, entre outros) distúrbios sensoriais, patologias ortopédicas (cifoses, escolioses, entre outros).

No Brasil a equoterapia apareceu oficialmente em 1992, em Brasília, com a fundação da Associação Nacional de Equoterapia – ANDE, que tem como finalidade o desenvolvimento e divulgação das atividades de equoterapia. Vários estados brasileiros, entre eles o Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal utilizam a terapia por meio do cavalo com pessoas portadoras de deficiência.

2.3 O Trabalho

A equoterapia é um método terapêutico, que utiliza o cavalo como instrumento de trabalho, auxiliando no desenvolvimento físico, psíquico e emocional de pessoas portadoras de deficiências. Cavalgar se constitui num prazeroso processo de aplicação dos melhores exercícios de coordenação que se conhece, além de proporcionar a sensação de independência, aumento da autoconfiança, do autocontrole e da auto-estima.

A equoterapia facilita o aprendizado pela atenção, concentração, disciplina e responsabilidade, a despeito das limitações intelectuais, psicológicas e físicas dos mais diversos tipos de comprometimentos motores, como paralisia cerebral, problemas neurológicos, ortopédicos, posturais; comprometimentos mentais como a síndrome de Down. Pessoas com comprometimentos sociais, como os distúrbios de comportamento, o autismo, a esquizofrenia, e psicoses; comprometimentos emocionais; deficiência visual; deficiência auditiva; problemas escolares, tais como distúrbio de atenção, de percepção, de fala, de linguagem, de hiperatividade, e mesmo pessoas consideradas como saudáveis, mas que tenham problemas de posturas, insônia ou mesmo de estresse, têm nesta prática uma melhora significativa.

No trabalho de equoterapia é necessário que ocorra uma integração entre o cavalo, o praticante e os equoterapeutas, pois o praticante sempre estará se ajustando ao ritmo do cavalo. Os equoterapeutas, por sua vez, deverão dar segurança e corrigir a postura do praticante a todo o momento. A linguagem utilizada por estes profissionais deve ser clara, incentivando o praticante a adquirir novos termos para enriquecer o

vocabulário.

Segundo Botelho (1997 apud ARAÚJO & MARQUEZAN, 1999, p. 80):

Com relação aos movimentos exigidos o autor destaca:

“O cavalo provoca o deslocamento tridimensional do centro de gravidade da pessoa, com cadência, ritmo e trajetória similares ao movimento pélvico observado na deambulação humana. O passo do cavalo faz com que o centro de gravidade da pessoa provoque uma mudança na linha média, estimulando, assim, as reações de equilíbrio, que proporcionam a restauração do centro de gravidade dentro da base de sustentação (o cavalo)”.

O movimento repetido do andar do cavalo provoca a reeducação do mecanismo dos reflexos posturais e a noção de posição dos vários segmentos corporais no espaço. Quando a pessoa monta, alonga os adutores do quadril. O calor natural do animal, a estimulação vestibular lenta e os movimentos lentos de reflexo-extensão da cabeça, tronco e membros auxiliam o relaxamento do tônus muscular de todo o corpo.

O movimento realizado pelo cavalo precisa ser simétrico e rítmico. Os estímulos sensório-motores fazem contato pelo movimento do cavalo com o sistema nervoso central do indivíduo e pode ajudá-lo a se organizar, podendo melhorar a coordenação, consciência do corpo, orientação espacial, noções de lateralidade e outros. Esses estímulos auxiliam no desenvolvimento de funções cognitivas. Na equoterapia, não se consegue separar as funções de cada terapeuta, pois todos trabalham em equipe e claro que todos precisam obter o conhecimento de todas as áreas, para se obter uma terapia adequada em todos os programas de equoterapia (hipoterapia, educação/reeducação, pré-esportivo).

A equoterapia contribui de forma agradável para a aplicação de exercícios de coordenação motora, agilidade, flexibilidade, ritmo, concentração e lateralidade. Desenvolve a sensibilidade física e psíquica, na medida em que exige a constante percepção e reação frente a diversos estímulos. Assim, resultando em maior harmonia e equilíbrio físico e psíquico.

2.4 Público Alvo, objetivos, profissionais, benefícios e recomendações

Cientificamente já está comprovado os benefícios da equoterapia para pessoas com deficiências motoras, paralisia cerebral, deficientes na produção de movimentos e com movimentos involuntários, problemas na coordenação, equilíbrio, lesões medulares e de nervos periféricos, patologias ortopédicas. Ainda pode favorecer àqueles com distúrbios de comportamento relacional, problemas de baixo-estima e outros casos como pacientes psicóticos graves, com S.D. e autismo, porque age de maneira bastante satisfatória.

A terapia por meio do cavalo também pode ajudar o ser humano a encontrar o seu equilíbrio corporal e emocional perdido pela vida agitada das grandes cidades. O stress; depressões; esgotamento nervoso; dores lombares e cervicais; timidez; hiperatividade; dificuldades no aprendizado escolar; problemas de coordenação motora; postura ou deficiências físicas podem ser sensivelmente aliviados ou mesmo superados, quando utilizado esse recurso terapêutico.

Antes de iniciar a terapia, a pessoa deve ser encaminhada a um médico que esclarecerá se o praticante está apto ou não a realizar a Equoterapia. Depois disso, as pessoas encaminhadas passam por uma avaliação multidisciplinar, na qual os profissionais deverão prescrever laudos médicos, fisioterápicos, fonoaudiológicos, pedagógicos, psicológicos, entre outros, considerando os pacientes aptos ou não à prática da Equoterapia. Deve-se ter cautela com indivíduos que apresentam os seguintes problemas: distúrbios respiratórios relacionados à poeira, mofo, pêlo de animais e quadros epnéicos; problemas que envolvam seguridade: psicose, medo,

fobias, obesidade, estado febril; alterações de sensibilidade em região de maior contato; mobilidade restrita de quadril e coluna lombar; epilepsia com crises convulsivas freqüentes em crianças; pessoas idosas com tendência a osteoporose; e descontrole vesical e intestinal.

Também são contra-indicados os estados agudos de dor; as alterações cárdio-respiratórias severas; os quadros inflamatórios agudos; a hemofilia ou distúrbios da coagulação sanguínea; as doenças vasculares periféricas agudas, hemorróidas; severas osteoporoses; *Mielodisplasia* (distúrbios sanguíneos) sem risco de compressão medular; severa *Hidrocefalia* sem válvula de decompressão; alergias; hipertensão de difícil controle; epilepsia com crises convulsivas freqüentes em adultos; todos os tumores malignos em atividade ou recém operados; comprometimento da coluna vertical; hipotonias ou hipertonias severas que comprometem a estabilidade das articulações, principalmente da coluna vertebral; degeneração, luxação, próteses e inflamação de quadril.

A equoterapia tem como objetivo proporcionar à pessoa com necessidades especiais o desenvolvimento de suas potencialidades, respeitando seus limites e visando sua integração na sociedade, proporcionando ao praticante benefícios físicos, psicológicos, educativos e sociais. Na parte física, o praticante da equoterapia é levado a acompanhar os movimentos do cavalo, tendo que manter o equilíbrio e coordenação para movimentar simultaneamente tronco, braços, ombros, cabeça e o restante do corpo, dentro de suas possibilidades. O movimento tridimensional do cavalo provoca um deslocamento do centro gravitacional do paciente, desenvolvendo o equilíbrio; a normalização do tônus; o controle postural; a coordenação motora de maneira geral; a redução de espasmos; a respiração; e as informações proprioceptivas; estimulando

não apenas o funcionamento de ângulos articulares, como o de músculos e circulação sanguínea.

Durante toda a sessão as terapeutas também ajudam a estimular a autoconfiança; auto-estima; fala; linguagem; estimulação tátil; lateralidade; cor; organização e orientação espacial e temporal, memória, percepção visual e auditiva; direção; análise e síntese; raciocínio; e vários outros aspectos. Na esfera social, a equoterapia é capaz de diminuir a agressividade, tornar o paciente mais sociável, melhorar sua auto-estima; diminuir antipatias; construir amizades e treinar padrões de comportamento como: ajudar e ser ajudado; encaixar as exigências do próprio indivíduo com as necessidades do grupo; aceitar as próprias limitações e as limitações do outro, facilitando assim a interação do deficiente físico e mental com a sociedade.

Na equoterapia é essencial uma equipe multidisciplinar para desenvolver o tratamento, seja para tratar problemas físicos ou psicológicos. A equipe é constituída por médico, fisioterapeuta, psicóloga, instrutor de equitação, pedagoga e fonoaudióloga, estes avaliam caso a caso e é feito um programa de exercícios. Se a dificuldade do praticante é de aprendizado, é feito um programa na área pedagógica. Muitas vezes há a participação de um ou mais profissionais durante o tratamento. No caso, por exemplo, de um aluno paraplégico, o programa terá a participação de um fisioterapeuta, mais o instrutor de equitação.

O efeito terapêutico com o cavalo vem sido descrito desde a época de Hipócrates (438-370 a.C.), que indicava a equitação para regenerar a saúde. A utilização da Equoterapia é coerente com a prática padrão da Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Pedagogia, Medicina, entre outros, na medida em que a atividade é

experimental, funcional e exercida em um ambiente natural. O movimento do cavalo, como uma ferramenta, pode ser comparado a outras ferramentas terapêuticas como bolas, patinetes ou balanços. No entanto, a variabilidade do movimento do cavalo, o ritmo, a dimensionalidade, a regularidade e a habilidade do terapeuta em atuar nestas qualidades de movimento, fazem com que o cavalo, como uma ferramenta, suplante as demais. Através do movimento tridimensional e multidirecional do cavalo, é possível mandar estímulos ao praticante para a conquista do equilíbrio, relaxamento, coordenação, adequação do tônus muscular e desenvolvimento neuropsicomotor. Emocionalmente, o praticante é favorecido pelo ambiente natural, pelas trocas afetivas com o animal, além de se trabalhar a segurança e a autoconfiança através da possibilidade do domínio de um animal grande e forte. O caráter de diversão, prazer e descontração fazem com que o paciente seja um participante ativo em seu processo de reabilitação, característica importante que difere dos atendimentos em consultórios.

A equoterapia seria recomendada, de um modo geral, a qualquer indivíduo e especialmente, para pessoas com deficiências física ou mental, necessidades especiais ou distúrbios evolutivos, comportamentais e de aprendizagem.

2.5 Desenvolvimento do programa de equoterapia

Na Equoterapia são três os programas de atuação:

A dependência ou hipoterapia, que diz respeito à situação na qual o praticante ainda não tem condições físicas e/ou mentais para governar o cavalo, e necessita de um auxiliar-guia para controlar o animal e auxiliares laterais para o apoio. A ênfase é na ação dos especialistas da área de saúde e o cavalo, pelo movimento, influencia mais o praticante do que este o governa.

O segundo programa, o de semi-autonomia ou reabilitação-reeducação acontece quando o praticante tem condições de exercer alguma atuação sobre o cavalo, geralmente montando e apeando sem auxílio; existe equivalência nas ações dos especialistas de educação e saúde com os de equitação. As influências recíprocas praticante-cavalo são do mesmo grau.

O terceiro programa é da autonomia ou pré-esportiva, nesta fase do programa o praticante tem boas condições para atuar sobre o cavalo; participa de pequenos exercícios de hipismo e está preparado para sua reinserção social. Há ênfase nas ações dos especialistas da área de equitação e o praticante influencia mais o cavalo do que este a ele. Para que estes programas aconteçam, é necessário que a equipe técnica seja interdisciplinar, a mais ampla possível, envolvendo diferentes áreas e buscando as potencialidades individuais de cada profissional envolvido, com o objetivo de fornecer ao praticante a mais variada gama de técnicas e estímulos.

Nos diversos centros de Equoterapia, devem-se encontrar os seguintes

profissionais atuando em conjunto: médico, fisioterapeuta, terapeuta-ocupacional, professor de educação-física, psicólogo, fonoaudiólogo, pedagogo, equitador e outros. Todos trabalhando para estabelecer as prioridades de atuação dentro da equipe, de acordo com cada caso acompanhado.

3. Benefícios da equoterapia

O desenvolvimento de uma criança seja ela com Síndrome de Down ou não, é uma experiência única e peculiar. Podemos estabelecer parâmetros e descrever processos, porém é preciso reconhecer que o desenvolvimento é indissociável das experiências de mundo que a criança vivencia, que definirão, em grande parte, o indivíduo que esta criança virá a ser. O desenvolvimento não é uma simples somatória de aquisições de diferentes áreas, tais como; o crescimento físico e emocional; o desenvolvimento psicomotor; lingüístico e cognitivo; aquisições sócio-afetivas e senso-perceptivas.

As diferentes áreas do que entendemos como desenvolvimento vão sendo minuciosamente construídas e harmonizadas pela criança em interação com seu meio, mas principalmente em interação com um adulto que lhe apresenta este meio, adulto esse que serve de mediador para todo o processo. Nesta concepção, a medida em que o mundo se apresenta como construtor do indivíduo que a criança virá a ser, criança/adulto vão construindo conjuntamente o mundo da criança. Portanto, o estabelecimento de adequados e efetivos vínculos entre a criança e as pessoas que lidam com ela é premissa básica da adequada e efetiva estimulação.

Um fator fundamental na vida de todo o ser humano é sua integração na sociedade. Por isso que a família, como primeiro núcleo social, deve estar preparada para esse processo. No caso do portador de deficiência, esta integração sofre alterações, uma vez que, a grande maioria das famílias não se prepara previamente, para receber uma criança com síndrome de Down. O fato se complica na medida em

que essa família não encontra recursos disponíveis na sociedade, para cuidar do desenvolvimento integral dessa criança.

As diversas teorias do desenvolvimento infantil são unânimes ao afirmar a importância da família no desenvolvimento da criança. A criança vai se constituindo como um ser que se comunica com seus semelhantes e, de acordo com os códigos culturalmente estabelecidos, desenvolve sistemas simbólicos, dentre os quais a linguagem, fundamental na construção de seu pensamento e conhecimento.

Quando uma criança apresenta transtornos no seu desenvolvimento, como costuma ocorrer com as crianças com S.D., o fato de ela ter de ser atendida por terapeutas de diversas especialidades que esporadicamente trocam informações, isto gera inúmeras dificuldades, pois a criança é tratada em partes, impedindo a mediação efetiva construtora do desenvolvimento, esta visão partida não ocorre na equoterapia, pois os profissionais de diferentes áreas trocam entre si, numa comunicação sempre direta, trabalhando com a criança como um todo.

O que a equoterapia busca oferecer para as crianças com S.D. é uma melhor condição para enfrentar a sociedade, a partir de um trabalho interdisciplinar, com o apoio e a integração da família. O trabalho de estimulação essencial realizado com essas crianças deverá ser desenvolvido por uma equipe de profissionais que tenham objetivos em comum, ou seja, a estimulação de aspectos básicos do desenvolvimento para uma futura inclusão desta criança. Para que a criança se estruture internamente, ela necessita que se imagine um futuro para ela, que se crie um espaço, que esteja além da doença que a afeta ou do limite que sua deficiência lhe traça, acreditando na sua capacidade de ser alguém e de valorizar o seu espaço dentro

do contexto social.

A técnica tem como objetivo proporcionar ao portador de necessidades especiais o desenvolvimento de suas potencialidades, respeitando seus limites e visando sua integração na sociedade, proporcionando aos praticantes benefícios físicos, psicológicos, educativos e sociais. A equoterapia é baseada na prática de atividades eqüestres e técnicas de equitação, sendo um tratamento complementar na recuperação e reeducação motora e mental.

No que se refere ao aspecto físico, o praticante da equoterapia é levado a acompanhar os movimentos do cavalo, tendo que manter o equilíbrio e coordenação para movimentar simultaneamente tronco, braços, ombros, cabeça e o restante do corpo, dentro de seus limites. O movimento tridimensional do cavalo, citado anteriormente, provoca um deslocamento do centro gravitacional do paciente, desenvolvendo o equilíbrio, a normalização do tônus, controle postural, coordenação, redução de espasmos, respiração, e informações proprioceptivas, estimulando não apenas o funcionamento de ângulos articulares, como o de músculos e circulação sanguínea.

Durante toda a sessão os profissionais de equoterapia também ajudam a estimular a autoconfiança, auto-estima, fala, linguagem, estimulação tátil, lateralidade, cor, organização e orientação espacial e temporal, memória, percepção visual e auditiva, direção, análise e síntese, raciocínio, e vários outros aspectos. No que se refere ao aspecto social, a equoterapia é capaz de diminuir a agressividade, tornar o paciente mais sociável, melhorar sua auto-estima, diminuir antipatias, construir amizades e treinar padrões de comportamento como: ajudar e ser ajudado,

encaixar as exigências do próprio indivíduo com as necessidades do grupo, aceitar as próprias limitações e as limitações do outro.

Para os pais de crianças portadoras de alguma deficiência, a exposição do filho no meio social se torna mais difícil, pois diante das exigências do cotidiano eles têm um filho que, a princípio, parece já estar em desvantagem. Para Casarin 1999 (apud VOIVODIC, 2004, pg. 53), “observar-se uma ambigüidade: os pais estimulam, mas não acreditam no desenvolvimento de seu filho e o mantêm como uma eterna criança. Isso compromete a possibilidade de exploração e ampliação das representações que a criança pode fazer do ambiente”. A função da equoterapia não é apenas atender a criança, tentando minimizar as suas imperfeições, mas também, a de ajudar a cada família que chega, a se re-estruturar, tentando ver a sua criança além da deficiência, ou seja, valorizando, o que ela tem de capacidade, acima da dificuldade.

O lazer não é, em geral, associado a objetivos sérios e assuntos importantes, e menos ainda quando se trata de pessoas portadores de deficiência. Isto pode estar relacionado ao fato da sociedade gerar um tipo de personalidade ideal, com uma aparência física adequada aos padrões estabelecidos, existindo ainda, uma valorização, sobretudo quanto à produtividade do indivíduo. A criança deficiente, além de ser estigmatizada por suas próprias características, acaba por ser considerada como um futuro adulto improdutivo. A ela, são oferecidas poucas ou nenhuma chance de trabalho, fazendo com que, em consequência, tenha poucas chances de lazer. Na equoterapia, ocorre a educação pelo lazer, fazendo com que as crianças vivenciem atividades variadas e aprendam a se comportar em cada uma delas, aumentando suas chances de integração social.

O esquema corporal é o referencial básico para a criança chegar ao

conhecimento do mundo que a rodeia. As informações sensoriais, perceptivas e motoras que a criança recebe através do movimento do cavalo, são de real importância na formação do esquema corporal, portanto, a estimulação perceptiva, deve estar intimamente relacionada com o treinamento das demais funções específicas. É importante utilizar uma postura que favoreça maior liberdade de movimentação, despertando na criança, o desejo de fazer, aprender, de se descobrir, descentrando-se da patologia, fazendo fluir um sujeito capaz de evoluir.

Com essa conduta, se ampliarão as possibilidades de crescimento nos diferentes campos, como físico, aprendizagem, socialização, linguagem, dentre outros. Para se trabalhar com uma criança com S.D., deve-se levar em conta que antes de ser um deficiente, ela é uma criança, que tem as mesmas necessidades básicas que qualquer outra. Por este motivo, necessita que as pessoas que lidam com ela, oportunizem uma melhor qualidade de infância, em que seja permitido que esse indivíduo, vivenciar brincadeiras adaptadas ou não, onde possam ter experiências motoras, nas quais todo o contexto é envolvido, ajudando-a no desenvolvimento cognitivo e na elaboração das questões emocionais, que são possíveis de serem elaboradas através dessas atividades.

Considerações finais

A criança com S.D. vem enfrentado grandes dificuldades no que se refere a sua sociabilidade, mesmo considerando que, atualmente, a mídia tenha incluído pessoas com deficiência em programas, comerciais e novelas. O acesso aos locais de lazer tem se limitado a algumas poucas experiências que, na maioria das vezes servem, apenas para evidenciar o preconceito e a discriminação com que se trata a pessoa portadora de deficiência. A forma de conviver com essas crianças, é voltada para o que lhes falta, para a deficiência, limitando assim, o aproveitamento das possibilidades para as experiências sociais significativas que podem vir a ter. A superação dessas dificuldades se dará pela construção de uma nova concepção sobre a “deficiência”, sobre o sujeito portador de deficiência, enfim, pela luta dos pais, das instituições, dos educadores, entre outros. A importância da equoterapia para a criança com S.D., é a possibilidade de ela estar em um grupo de profissionais e de pessoas que possibilite uma maior integração social, já que estabelece maiores oportunidades de amizades e adequação social e certamente, a deixará menos expostos ao preconceito e o fator de discriminação.

Por mais que a equoterapia promova grandes avanços no desenvolvimento da criança, não irá conseguir fazer a mágica que remova o sintoma da deficiência. A maior evolução de uma criança com S.D. não retira o prejuízo sempre presente do cromossoma a mais. O déficit, mais que nunca, se faz presente quando é preciso percorrer a cultura formal. Crianças que, apesar da S.D., se mostram espertas nas aquisições e conversas cotidianas, se mantendo bem conectadas e ativas. A reação

positiva da criança é a demonstração de que não percebeu a sua deficiência. Mas podem ter uma reação regressiva diante de um obstáculo que lhes parece insuperável. Essas crianças são deficientes, precisam receber todo o estímulo para que possam evoluir como pessoas “normais”, que precisam de tempo para elaborar as informações que recebem. É muito mais uma questão de ritmo do que de limite, pois sempre estamos acostumados pela pressa de produzir, pela necessidade de ser produtivo e econômico.

Considerar a criança com S.D. como um ser social dotado de singularidade, implica conceber que sua constituição como sujeito tem raízes sociais. Implica, também, crer que a criança, enquanto ser humano, tem direito à singularidade, à diferença e como ser social, que é, tem direito à cidadania. Como cidadão, todo ser humano tem a autorização de exigir que a sociedade lhe dê tudo o que lhe é de direito, inclusive o de ser respeitado, enquanto singularidade.

A criança com S.D. quando integrada na sociedade não têm só a ganhar, mas também contribui para a formação e o crescimento pessoal daqueles que tem o privilégio de conviverem com ela. Assim temos a necessidade de preparar a criança normal para receber uma diferente dela. Para aceitar o diferente, é preciso primeiro conhecer o que é diferença. Temos de conseguir olhar para nós mesmos e perceber o quanto somos diferentes das outras pessoas nos aspectos físicos, emocionais, de saúde, de experiências e outros. Desta forma, quando conseguimos olhar para o outro, para o diferente, para as nossas diferenças, aquilo que não gostamos em nós passa a ser mais leve, ganha mais legitimidade e, desta forma, os relacionamentos entre os seres humanos ganha uma dimensão há muito esquecida. Quando nos damos conta das nossas diferenças, e descobrimos que não somos iguais, que temos características

individuais, e isso nos torna únicos e fazem com que as pessoas sejam únicas também.

A Equoterapia é um dos raros métodos, que permite que o paciente vivencie muitos acontecimentos ao mesmo tempo no qual, as ações, reações e informações são bastante numerosas. Sendo assim, um dos aspectos mais importantes nesse tipo de tratamento é o de conscientizar crianças e jovens de suas capacidades e não de suas incapacidades, trabalhando o deficiente como um todo, tanto pelo seu aspecto psíquico como pelo aspecto somático.

A informação é um instrumento importante de conscientização. Contribui para a diminuição do estigma em relação às pessoas portadoras de S.D. na medida que desmistifica sua excepcionalidade como incapacidade total para a vida. Porém, a aceitação e integração, seja do indivíduo com S.D. ou qualquer outra excepcionalidade, não passa somente pela questão legal de garantir a estes os direitos concedidos aos demais cidadãos, nem se restringe ao processo educativo de transmissão de informação sobre a S.D. Depende, também, das relações sociais estabelecidas na sociedade. O que a equoterapia quer para as crianças com S.D., é favorecer condições sociais significativas, que possibilitarão vencer as barreiras da integração, não com imposições, mas valorizando e ressaltando o potencial existente e, com isso, contribuir para uma participação mais efetiva das nossas crianças especiais na comunidade. Sendo sempre importante o trabalho de mediação realizado pela família, médicos, terapeutas, instituições, pedagogos, amigos e outros.

Referências bibliográficas

ANDE. **A História da Reeducação Eqüestre**. Brasília-DF, Mimeo, 1999.

ARAÚJO, M. M; MARQUEZAN, R. **Equoterapia: modalidade de mediação** In: **CADERNOS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL**. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Educação/Departamento de Educação Especial. Vol. 1, nº 13. Santa Maria, 1999.

BRASIL Escola. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/doencas/sindrome-de-down.php>>. Acesso em: 22 Setembro 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Atenção à pessoa portadora de deficiência. Informações sobre a síndrome de Down**: Destinadas a profissionais de unidades de saúde: Brasília, 1994.

II CONGRESSO BRASILEIRO E I ENCONTRO LATINO-AMERICANO SOBRE SINDROME DE DOWN. **“Da segregação à interação”, Um processo para a construção da cidadania**. Brasília, 1997.

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL. **Onde tudo começa: a criança de 0 a 6 anos**. Saberes e Fazeres na Educação Infantil. Rio de Janeiro, 2004.

ENTRE Amigos. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/textos/defmenta/sindrdedown2.htm>>. Acesso em: 22 Setembro 2005.

MARCHESI, Álvaro, PALACIOS, Jesús, COLL, César (org). **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Psicologia Evolutiva, volume 1. Porto Alegre, 1995.

PROJETO Riodown. Disponível em: <<http://www.projektoriodown.org/prdown17.html>>. Acesso em: 15 Setembro 2005.

PUESCHEL, Siegfried (org) – Papyrus. **Síndrome de Down: Guia para pais e educadores**.

REVISTA INTEGRAÇÃO. Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Especial. Ano 9 número 21, 1999.

SINDROME de Down. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?393>>. Acesso em: 15 Setembro 2005.

SAÚDE ONLINE. Disponível em: <<http://www.saudevidaonline.com.br/artigo74.htm>>. Acesso em: 8 Dezembro 2005.

VOIVODIC, M. A. **Inclusão Escolar de Crianças com Síndrome de Down**. Petrópolis, 2004.

QUADRO RESUMO - ORIENTAÇÕES

Mês Agosto

Dia	24/08	31/08		
Observações	Orientações	Orientações		
Professor	<i>mj</i>	<i>mj</i>		
Aluno				

Mês Setembro

Dia	14/09	28/09		
Observações	Orientações	Orientações		
Professor	<i>mj</i>	<i>mj</i>		
Aluno				

Mês Outubro

Dia	05/10	19/10		
Observações	Orientações	Orientações		
Professor	<i>mj</i>	<i>mj</i>		
Aluno				

Mês novembro / dezembro

Dia	03/11	24/11	14/12	
Observações	Texto final	Texto final	Texto final	
Professor	<i>mj</i>	<i>mj</i>	<i>mj</i>	
Aluno				



UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS

ESCOLA DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE DIDÁTICA

DISCIPLINA : MONOGRAFIA II

ALUNO(A): Felipe Martins Gomes de LimaTÍTULO DO TRABALHO MONOGRÁFICO : Desenvolvimento decrianças com Síndrome de Down na equoterapiaORIENTADOR: Maria Ângelo Monteiro Correa

FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL

Primeiro avaliador :

Professor convidado: ANGELA M^{te} SOUZA MARTINSNota : 10,0 (DEZ)

Considerações:

O trabalho de Felipe discorre sobre uma temática nova e muito relevante a equoterapia e o desenvolvimento de crianças com Síndrome de Down. Esta monografia apresenta uma

ótima sistematização de ideias, como uma
fundamentação teórica adequada. Apresenta
também reflexões sobre a organiza-
ção da educação e o Síndrome
de Down. Por isso, comparei a
nota 10,0 (dez). DDD

Segundo avaliador :

Professor orientador :

Nota: 10,0 (dez)

Considerações:

Ha' muito tempo Felipe tem demonstrado interesse
em desenvolver esse tema e o fez muito bem.

Este trabalho sobre equitropia e SD permitiu
o aprofundamento de dois assuntos que, para
ele, são de grande interesse, as atividades
físicas e a Educação Especial.

Tentar abordar os assuntos permite
que outros colegas tenham tentativas semelhantes
de trabalho neste campo, como as possibili-

estudos de desenvolvimento de novas ciências espaciais.

Terceiro avaliador :

Professor da disciplina Monografia II: Lígia Mouta Coelho

Nota : 9,5

Considerações:

O trabalho contém alguns dos principais elementos de uma monografia, ou seja, a introdução poderia/d deveria apresentar o problema, as questões colocadas pelo autor e a justificativa na escolha do tema. Atenção p/ a folha de rosto: não é uma "dissertação", é sim uma monografia!

Lígia

RESULTADO FINAL

Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3	Pontos	Nota final
10,0	10,0	9,5	29,5	9,8

Rio de Janeiro, 09/01/2006

(NOME DO/A ALUNO/A)