

Elisabete da Conceição Gil Romão

Hipoterapia e a Tetraplegia Parcial – Estudo de Caso



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

2022

Elisabete da Conceição Gil Romão

Hipoterapia e a Tetraplegia Parcial – Estudo de Caso

Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em
Educação Especial – Domínios Cognitivo e Motor

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Cláudia Luísa

Mestre Daiana Ferreira



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

2022

Hipoterapia e a Tetraplegia Parcial – Estudo de Caso

Declaração de autoria da dissertação de Mestrado em Educação Especial - Domínios
Cognitivo e Motor.

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados
estão devidamente citados no texto e constam da lista de referências incluída.

Nome

Copyright- Elisabete da Conceição Gil Romão - A Universidade do Algarve reserva para si
o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito do Autor e dos Direitos
Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado,
bem como de a divulgar através de repositórios científicos ou de investigação e não
comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.



Dedicatória

De coração, dedico esta investigação a um ser que partiu durante a realização da mesma, o nosso cavalinho garrano de família, meu “morzinho malhado”, meu fiel amigo e amor incondicional.

Agradecimentos

São muitos os agradecimentos que tenho que fazer, nomeadamente aos participantes do estudo, ao B e ao N que aceitaram o desafio de participar nesta investigação;

Às minhas orientadoras professora Doutora Cláudia Luísa e à Mestre Daiana Ferreira, que estiveram sempre ao meu lado, durante todas as fases de concretização do estudo;

Agradeço a força e motivação que a minha querida mãe me deu e ao meu sobrinho;

Tenho a agradecer ao meu irmão, aos meus amigos mais próximos e a algumas colegas de mestrado, pelo incentivo e pela força dada.

Durante a realização desta dissertação, existiram alguns momentos que dificultaram a sua concretização, mas com a força e apoio de todos consegui alcançar este objetivo, pois juntos somos mais fortes e superamos tudo mais levemente.

Gratidão aos meus anjos, com e sem asas, que sei que estiveram sempre presentes.

Resumo

A hipoterapia é praticada com a finalidade de promover a reabilitação de pessoas com deficiências motoras, mas também com problemas cognitivos. Vários estudos sobre a perturbação do espectro do autismo, a síndrome de down, paralisia cerebral, entre outros, revelam que a prática da hipoterapia traz inúmeros benefícios, quer a nível físico, cognitivo e emocional. As lesões medulares resultantes de acidentes, podem causar vários condicionamentos de movimentos, desde paralisias até tetraplegias parciais ou totais.

Esta investigação teve como principal objetivo: compreender como é que a hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de uma pessoa com tetraplegia parcial, doravante designado por sujeito. Foram também formulados três objetivos específicos que permitiram delinear e estruturar o estudo: caracterizar o que é tetraplegia parcial; analisar como a hipoterapia é uma ferramenta na reabilitação; compreender, segundo as perspetivas do sujeito e do fisioterapeuta, quais foram as melhorias/benefícios percecionadas com o recurso à hipoterapia.

Este estudo de caso assentou numa metodologia qualitativa, onde foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas, uma entrevista ao sujeito com tetraplegia parcial e outra ao seu fisioterapeuta.

Após a análise e discussão de resultados, concluiu-se, segundo os participantes, que existiram melhorias que se fizeram notar a nível do equilíbrio do tronco, na aquisição da posição sentada dinâmica, a nível cardíaco e respiratório, na espasticidade, aumento da massa muscular dos músculos intercostais e a nível da capacidade circulatória do sangue.

Palavras-chave: Hipoterapia; Reabilitação; Deficiência Motora; Tetraplegia Parcial.

Abstract

Hippotherapy is practiced with the aim of promoting the rehabilitation of people with motor disabilities, but also with cognitive problems. Several studies on autism spectrum disorder, down syndrome, cerebral palsy, among others, reveal that the practice of hippotherapy brings numerous benefits, whether physical, cognitive and emotional. Spinal cord injuries resulting from accidents can cause various movement conditioning, from paralysis to partial or total quadriplegia.

The main objective of this investigation was to understand how hippotherapy can become an asset in the rehabilitation of a person with partial quadriplegia, hereinafter referred to as subject. Three specific objectives were also formulated that allowed the study to be delineated and structured: to characterize what partial quadriplegia is; analyze how hippotherapy is a tool in rehabilitation; understand, from the perspectives of the subject and the physical therapist, what were the improvements/benefits perceived with the use of hippotherapy.

This case study was based on a qualitative methodology, where two semi-structured interviews were carried out, an interview with the subject with partial quadriplegia and another with his physical therapist.

After analyzing and discussing the results, it was concluded, according to the participants, that there were improvements that were noted in terms of trunk balance, in the acquisition of a dynamic sitting position, at the cardiac and respiratory level, in spasticity, increase in muscle mass intercostal muscles and blood circulatory capacity.

Keywords: Hippotherapy; Rehabilitation; Motor Disability; Partial quadriplegia.

Índice geral

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice geral	iv
Índice de figuras	vi
Índice de tabelas	vii
Índice de anexos	viii
Índice de apêndices	ix
Lista de abreviaturas	x
Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento conceptual	3
1. Relação entre Homem e o Animal	3
1.1. Breve contextualização histórica da equitação com fins terapêuticos	5
1.2. Modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos	7
1.3. A equitação com fins terapêuticos	10
1.3.1. Hipoterapia	13
1.4. O cavalo como meio terapêutico	19
1.5. A Deficiência	21
1.5.1. Deficiência motora – Tetraplegia parcial	24
Capítulo - II – Estudo empírico	28
2. Metodologia	28
2.1. Contextualização do estudo.....	28
2.2. Natureza do estudo	30
2.3. Questão de pesquisa	31
2.4. Objetivos do estudo	32
2.4.1. Objetivo geral	32
2.4.2. Objetivos específicos	32
2.5. Participantes	32
2.6. Instrumentos de recolha de dados	33
2.6.1. Pesquisa bibliográfica	33
2.6.2. Conversas informais	33
2.6.3. Entrevistas semiestruturadas	34

2.7. Análise de conteúdo	35
2.8. Procedimentos éticos	35
Capítulo III – Análise e discussão de resultados	37
3.1. Análise dos dados referentes à entrevista do sujeito com tetraplegia parcial	37
3.2. Análise dos dados referentes à entrevista do fisioterapeuta	42
3.3. Análise global das entrevistas	53
Capítulo IV – Considerações finais	55
Referências bibliográficas	59
Anexos	64
Apêndices	71

Índice de figuras

Figura 1.1. - Esquematização dos modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos (adaptado de Leitão (2008)	8
Figura 1.2. - <i>Equitação com fins terapêuticos</i> apresentada pela Sociedade Hípica Portuguesa (2021)	11

Índice de tabelas

Tabela 1.1. – <i>Benefícios da hipoterapia</i> (Adaptado de Seixas (2011, pp. 9-10).....	15 e 16
Tabela 1.2. – <i>Indicações clínicas da hipoterapia</i> (Adaptado de Botelho, 1997; Corrêa e Nunes, 2012; Santos & Lopes, 2002; Leitão, 2004; 2008; Seixas, 2011; Vermelhudo, 2011)	18
Tabela 1.3. – <i>Contraindicações clínicas da hipoterapia</i> (Adaptado de American Hippotherapy Association, 2017; Botelho, 1997; Vermelhudo, 2011)	18 e 19
Tabela 1.4. – <i>Deficiência motora</i> (Adaptado da Associação Salvador, 2017, p. 22).....	25

Índice de anexos

I – Declaração de conformidade.....	65
II – Carta de compromisso – Covid-19	66
III – Parecer de conformidade de proteção de dados da Universidade do Algarve	67
IV – Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Algarve	68
V – Modelo de Consentimento informado	70

Índice de apêndices

A – Guião da entrevista do sujeito com tetraplegia parcial	73
B – Guião da entrevista do fisioterapeuta	75
C – Transcrição da entrevista do sujeito	78
D – Transcrição da entrevista do fisioterapeuta	90
E – Análise de conteúdo da entrevista ao sujeito	113
F – Análise de conteúdo da entrevista ao sujeito	116
G – Conversas informais	124

Lista de abreviaturas

ASIA – American Spinal Injury Association

ANDE-BRASIL – Associação Nacional de Equoterapia do Brasil

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

FRDI – Federation of Riding for the Disabled

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Introdução

As terapias complementares praticadas com recurso à intervenção de animais, são cada vez mais procuradas pelas pessoas com deficiência, com o intuito de obter melhorias a nível da saúde, da educação, a nível socio-ocupacional e são vários os estudos académicos que o têm comprovado (Caçador, 2014; Dias, 2014; Figueiredo, 2014; Leitão, 2008; Lobo, 2003; Santos 2013; Vermelhudo, 2011).

A presente investigação surge do mestrado em Educação Especial – domínios cognitivo e motor, e partiu de um interesse em comum entre orientadoras e investigadora, os animais. Esse interesse e fator motivacional impulsionou-nos para definirmos a questão de pesquisa da investigação: de que forma é que a hipoterapia pode ser promotora do processo de reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial?

Esta investigação tem como principal objetivo: compreender como é que a hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial?

Ao se delinear e estruturar a investigação, foram formulados três objetivos específicos: caracterizar o que é tetraplegia parcial; analisar como a hipoterapia é uma ferramenta de reabilitação; compreender, segundo as perspetivas do sujeito e do fisioterapeuta, quais foram as melhorias/benefícios percecionadas com o recurso à hipoterapia.

A natureza do estudo de caso investigado é de cariz exploratório e assentou numa metodologia qualitativa. Uma metodologia qualitativa possibilita recolher informações acerca de um assunto utilizando instrumentos diversificados, que permitem obter pormenores descritivos e perceções pessoais, que contribuem para o entendimento do que está a ser investigado (Bogdan & Biklen, 1994). Para esta investigação aplicou-se duas entrevistas semiestruturadas, que possibilitaram recolher informações para se fazer a análise e discussão de resultados e tecer as considerações finais.

A relação homem/animal está cada vez mais enraizada na nossa sociedade, os benefícios que os animais trazem ao ser humano, deixaram de ser apenas de satisfação de necessidades como se verificava outrora, passando atualmente para benefícios que promovem e desenvolvem o bem-estar a vários níveis. Neste sentido, vários profissionais relacionados com as áreas da saúde e da educação, começaram a utilizar o cavalo como elemento facilitador para promover a reabilitação de pessoas com problemas a nível cognitivo e motor, especialmente dentro da área da deficiência, originando assim algumas modalidades dentro da área equitação com fins

terapêuticos, onde se enquadra a hipoterapia (Sociedade Hípica Portuguesa, s.d.), um dos temas principais desta dissertação.

A hipoterapia pretende desenvolver a reabilitação na área da saúde. Esta modalidade, procura promover o desenvolvimento motor e neuromuscular, definição postural, fortalecimento do tônus muscular, coordenação motora, equilíbrio e ajudar o sistema respiratório. Alguns estudos referem que, também promove benefícios a nível cognitivo e psicológico, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. O cavalo tem um papel importantíssimo na dinamização das sessões. Este animal produz um movimento tridimensional, que é equiparado à marcha humana e é através desse movimento que é dada a sua contribuição como facilitador terapêutico no processo de reabilitação dos pacientes (Bender, 2018; Botelho, 1997; Corrêa & Nunes, 2012; Leitão, 2008; Lobo, 2003).

Na área da deficiência motora, existem lesões traumáticas devido a acidentes, que condicionam a vida das pessoas para sempre, como é o caso das lesões vertebro-medulares. Em alguns casos existe uma possível recuperação, que pode ser total ou parcial, graças às intervenções cirúrgicas e ao processo de reabilitação (Associação Salvador, 2017), como é o caso do sujeito que aceitou participar nesta investigação. Este sujeito beneficiou de sessões de hipoterapia dinamizadas pelo seu fisioterapeuta, com o intuito de melhorar o seu processo de reabilitação.

No que concerne à estrutura da dissertação, esta apresenta-se dividida por quatro capítulos. O primeiro capítulo, diz respeito ao enquadramento conceptual, onde se abordam conceitos e definições sobre os temas que envolvem a dissertação, particularmente a relação entre Homem e o Animal, a equitação com fins terapêuticos, a hipoterapia, o cavalo como meio terapêutico, a deficiência e a deficiência motora – tetraplegia parcial.

O segundo capítulo, refere-se ao estudo empírico, onde é explicado todo o processo metodológico, nomeadamente a natureza do estudo, contextualização do estudo, a questão de pesquisa, os objetivos do estudo (geral e os específicos), os participantes, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos éticos.

No terceiro capítulo, encontra-se a análise e discussão de resultados. Neste capítulo, houve um processo de triangulação de todas as informações e dados recolhidos durante a investigação.

O quarto e último capítulo, é constituído pelas considerações finais, onde se apresentam as conclusões da investigação.

Capítulo I – Enquadramento Conceptual

1. Relação entre Homem e o Animal

Desde os primórdios dos tempos e com a evolução da Humanidade, tem-se desenvolvido e verificado uma relação muito positiva de proximidade e cumplicidade entre o homem e o animal. As primeiras referências feitas pelos homens alusivas aos animais, surgiram através das gravuras/pinturas rupestres, tal como é referido nos livros escolares de História e de Ciências (Gago & Marinho, 2017). Essas gravuras/pinturas foram interpretadas como simbologia de rituais aos animais, não se sabendo verdadeiramente o propósito destas, contudo alguns historiadores referem que ilustravam o que o homem queria caçar, para satisfazer a sua necessidade de alimentação e posteriormente, este começou a aproveitar as peles dos animais para fazer o seu vestuário, protegendo-se do frio (Gago & Marinho, 2017).

Acompanhando a evolução dos tempos, a relação homem/animal sofreu alterações muito significativas, os animais têm agora um papel muito importante no quotidiano das pessoas, segundo Luísa e Ferreira (2020), estes passaram “de funções de defesa e alimentação a funções de uma maior proximidade relacional e afetiva com o Homem” (p. 99).

Atualmente, a relação entre estes dois seres desenvolve-se nos primeiros contextos sociais onde estamos inseridos, ou seja, na família e na escola. Bronfenbrenner (1987), à luz da teoria ecológica do desenvolvimento humano, refere que os primeiros contextos fornecem à criança uma série de informações provenientes do ambiente que a rodeia, que lhe permite formar emoções, pensamentos e adquirir conhecimentos sobre diversos assuntos. Se os conhecimentos são feitos através das primeiras vivências obtidas, desta maneira, se a criança no seu seio familiar tiver um contato próximo com animais de estimação ou até mesmo nos considerados objetos de conforto que são dados aos bebés, como por exemplo ursinhos, cães, cavalos, entre outros, esta poderá manifestar atitudes de respeito, proteção e um amor inexplicável pelos animais, que posteriormente levará a criança a criar e desenvolver laços de amizade e afetividade entre eles.

A proximidade relacional e afetiva com os animais reforça-se no segundo contexto social, na Creche, no Ensino Pré-escolar e no 1.º Ciclo do Ensino Básico, onde os educadores e professores desenvolvem temas com o intuito de estimular e desenvolver várias áreas de aprendizagem nas crianças. Os temas mencionados sobre os animais podem ser apresentados através de histórias infantis, de contos e de jogos tradicionais, normalmente contêm sempre

muitos animais, cão, gato, lobo, coelho, cavalo, que por sua vez deliciam e estimulam o imaginário das crianças. Esses temas permitem a identificação dos animais, a estimulação da linguagem, a reprodução de sons e promovem sobretudo orientações para a proteção dos animais (Silva et al., 2016).

Segundo Corrêa e Nunes (2012):

Diversos estudos têm demonstrado que a criação de uma verdadeira empatia com os animais é fundamental, pois ajuda a tornar esta faculdade extensiva a todos os seres vivos, incluindo o próprio homem. Constatou-se igualmente que a rejeição da violência está associada de uma forma positiva ao desenvolvimento do contato com os animais (p. 19).

No que diz respeito à relação homem/cavalo, a evolução desta também tem sido muito notória, o cavalo deixou de ser considerado como objeto de caça para satisfazer as necessidades de alimentação, para uma função totalmente diferente. O homem domesticou-o, para que este o ajudasse a transportar mercadorias, na agricultura e para servir de meio de transporte. Destacase o importante papel que o cavalo teve nas batalhas e nas guerras, este facilitava as deslocções territoriais e também tinha a função de transportar as pessoas acidentadas. O cavalo começou a ser utilizado para caçar, para participar em competições e para praticar equitação (Corrêa & Nunes, 2012; Leitão, 2008; Santos, 2013).

Atualmente, verifica-se uma grande relação de proximidade e cumplicidade entre o homem e o cavalo. Segundo Freire (1999, citado em Leitão, 2008), o homem estabeleceu com o cavalo um vínculo, “a que muitos atribuíram um sentido educativo, pedagógico, terapêutico (tanto a nível físico como psicológico) e recreativo/desportivo” (p. 82).

Devido à relação que se tem vindo a desenvolver entre o homem e o cavalo, estes dois seres formam agora uma extraordinária parceria. O homem para além de desfrutar de momentos de lazer quando monta o cavalo, também passou a valorizá-lo devido aos potenciais que o cavalo apresenta, nomeadamente começou a aproveitar os andamentos e os movimentos do cavalo para desenvolver modelos de intervenção de equitação com fins terapêuticos, com a finalidade de ajudar as pessoas em várias áreas, a nível físico, cognitivo e psicossocial (Sociedade Hípica Portuguesa (s.d.); Corrêa & Nunes, 2012).

1.1. Breve contextualização histórica da equitação com fins terapêuticos

Neste ponto da investigação não se pretende fazer uma análise profunda e detalhada sobre as origens históricas da equitação com fins terapêuticos até ao presente momento. Contudo é importante salientar algumas datas importantes, que contribuíram e mostraram ao mundo que a equitação com fins terapêuticos é considerada como uma vantagem na melhoria da qualidade de vida de quem a pratica e, por conseguinte, poderá também ajudar a promover a inclusão social das mesmas.

A primeira referência histórica é datada entre 458-370 a.C. e foi feita por Hipócrates, no “Livro das dietas”, onde mencionou que a prática de equitação ajudava a tonificar os músculos. Hipócrates referia que o uso do cavalo ajudava as pessoas a regenerar a saúde e tinha um efeito útil no tratamento da insónia (Caçador, 2014; Corrêa & Nunes, 2012; Dias, 2014; Figueiredo, 2014; Leitão, 2008; Lobo, 2003; Santos 2013; Vermelhudo, 2011).

Passados muitos anos da data anteriormente referida, conceituados médicos e outros estudiosos, começaram a acreditar e teceram as primeiras referências sobre a equitação com fins terapêuticos. Samuel T. Quelmals, médico, em 1747 fez a primeira menção escrita sobre o movimento tridimensional que o cavalo oferece (Caçador, 2014; Leitão, 2008; Vermelhudo, 2011).

Por volta de 1782, Joseph C. Tissot, médico e fisioterapeuta, refere que o movimento do passo do cavalo representa uma ação terapêutica e é o primeiro a falar sobre algumas contraindicações (Dias, 2014; Leitão, 2008; Vermelhudo, 2011).

Em 1875, Chassiagnac, neurologista de origem francesa, referencia e constata “que um cavalo em movimento apurava o equilíbrio, a dinâmica articular e o controlo muscular dos doentes” (Corrêa & Nunes, 2012, p. 13).

Segundo Corrêa e Nunes (2012), em 1918 é “no final da Primeira Guerra Mundial, que se dá um incremento importante na utilização do cavalo como meio terapêutico, em especial na reabilitação dos soldados feridos” (p. 14).

Uma data bastante importante foi quando, Liz Hartel, em 1952, fez com que o mundo passasse a olhar para a equitação com fins terapêuticos a partir de uma nova perspetiva. A jovem dinamarquesa, tinha um diagnóstico clínico de poliomielite e participou nos Jogos Olímpicos de Helsínquia, na modalidade de Dressage, conquistando uma medalha de prata. Somente quando esta jovem subiu ao pódio, é que os júris e todas as pessoas presentes descobriram que se movimentava com a ajuda de canadianas e tal facto, originou e despertou o interesse dos

médicos e psicólogos sobre as potencialidades da equitação (Corrêa & Nunes, 2012; Leitão, 2008; Lobo, 2003).

O primeiro relato sobre uma investigação acadêmica foi em 1972, pela Dra. Collette Picart Trintelin, na sua tese de doutoramento, onde defendeu a importância do cavalo como meio/agente terapêutico (Leitão, 2008; Lobo, 2003).

Em 1974, realizou-se o I Congresso Internacional, sobre a equitação com fins terapêuticos, *Reeducation par L' Equitation* pela Association Nationale De Rééducation par l'Equitation (A.N.D.R.E), em Paris e teve como presidente Hubert Lallery Gen e secretária Renee de Lubersac, duas ilustres figuras que contribuíram para a evolução desta terapia (Kluwer, 2003, para. 3).

Kluwer (2003), refere que no II Congresso Internacional, em 1976, são mencionados os primeiros termos da equitação com fins terapêuticos: a hipoterapia e a equitação terapêutica.

Segundo Leitão (2008), foi a partir do IV Congresso Internacional, em 1982, que se sentiu a necessidade de se criar um “Organismo Internacional que representasse e regulamentasse a Equitação Terapêutica” (p. 84) e algum tempo depois surgiu a *Federation of Riding for Disable International, FRDI*.

Em Portugal, os primeiros apontamentos referentes ao aparecimento da equitação com fins terapêuticos foram no Algarve, na Quinta do Lago, em 1980. Beverly Gibbons era instrutora de equitação e em colaboração com uma enfermeira, desenvolveram técnicas com a ajuda do cavalo para pessoas com deficiência. Mais tarde surgiu a "Associação Hípica para deficientes de Faro" (Lobo, 2003).

Também por volta dos anos 80, José Manuel Corrêa, equitador de profissão, através de uma amiga, teve contacto com a equitação com fins terapêuticos e aos poucos foi realizando várias formações, no âmbito da hipoterapia, algumas delas em colaboração com a Associação Nacional de Equoterapia - ANDE-BRASIL (Corrêa & Nunes, 2012).

No ano de 1999, a ANDE-BRASIL (s.d.), registou a palavra equoterapia e detém a sua patente a nível mundial. A equoterapia refere-se ao conjunto de terapias que usam o cavalo na reabilitação, educação e desenvolvimento físico e psicológico das pessoas com deficiência. A terminologia de equoterapia foi certificada pelo Conselho Federal de Medicina, em 1997 e considerada como um método terapêutico (ANDE-BRASIL, s.d., para. 2).

Recentemente, a Lei n.º 13.830 de 13 de maio de 2019 do Estado Brasileiro, declarou no seu Artigo 1.º, no ponto 1, que a equoterapia “é o método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência” (para. 3). No artigo 2.º, esta Lei

menciona que “a prática da equoterapia é condicionada a parecer favorável em avaliação médica, psicológica e fisioterápica” (para. 5).

Portugal tem implementado a equitação com fins terapêuticos dinamizando as suas modalidades nos clubes hípicas, nos centros de equitação e associações de cariz social, CERCI, APPC, algumas Câmaras Municipais e entre outras, através de projetos e parcerias, que têm contribuído para a melhoria da qualidade de vida e reabilitação das pessoas com deficiência. Destacam-se dois livros que resultaram dos projetos e parcerias desenvolvidas.

Em 2002, Santos e Lopes, em colaboração com a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Coimbra, escreveram uma obra literária sobre a terapia pelo cavalo, intitulada “Pégasos e os anjos”.

Corrêa e Nunes, em 2012, escreveram o livro “O cavalo como meio terapêutico”, onde descrevem este ser e mencionam várias características e terapias feitas pelo cavalo.

Recentemente, a Ana Mota Veiga, cavaleira paralímpica, representou Portugal nos Jogos Paralímpicos de 2021 em Tóquio e conquistando a 14.^a posição (VISÃO, 2021).

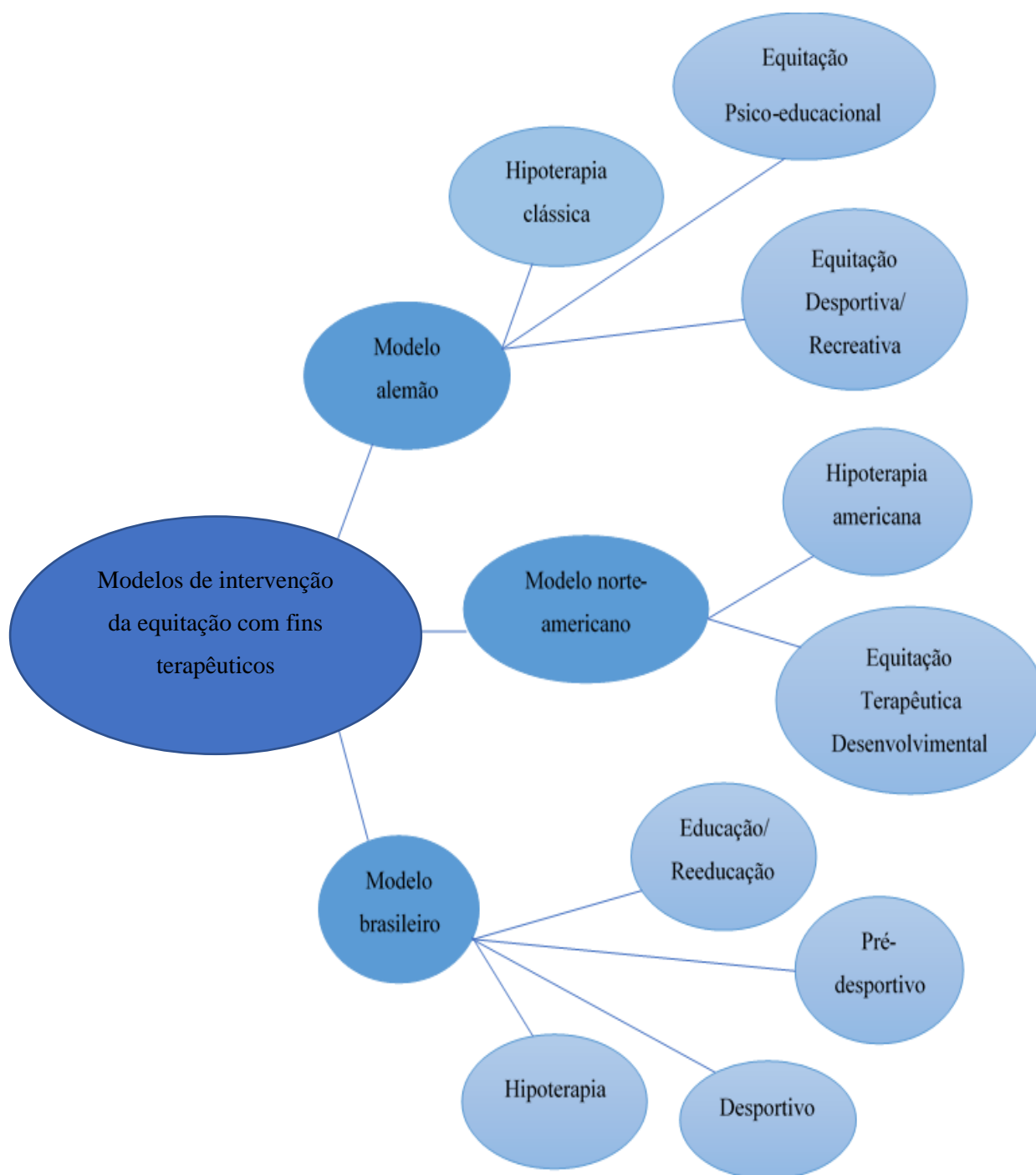
1.2. Modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos

Ao longo dos anos e devido aos marcos históricos anteriormente elencados, foram surgindo alguns modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos. De acordo com uma investigação realizada por Leitão em 2008, referenciada em quase todas as pesquisas de carácter investigativo, pode-se referir a existência de três modelos de intervenção, o modelo alemão, o modelo norte-americano e o modelo brasileiro, tal como é apresentado na esquematização da figura 1.1.

- O modelo alemão foi o primeiro modelo a ser criado e contempla três modalidades, a hipoterapia clássica, a equitação psico-educacional e a equitação desportiva/recreativa adaptada:

- Hipoterapia clássica: tem por base a área da saúde e reabilitação física;
- Equitação psico-educacional: enquadra questões a nível social, psicológico e educativo;
- Equitação desportiva/recreativa adaptada: visa promover e desenvolver aprendizagens equestres, junto de pessoas que apresentam alguns comprometimentos/dificuldades.

Figura 1.1. – Esquematização dos modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos (adaptado de Leitão, 2008)



▪ O modelo norte-americano, surge de forma a credibilizar as intervenções com recurso ao cavalo e abrange duas modalidades, a hipoterapia americana e a equitação terapêutica desenvolvimental:

- Hipoterapia americana: atua na área da saúde e reabilitação física e apresenta diferenças do modelo alemão, através de objetivos de movimento do cavalo mais ativos e destaca-se por incluir mais profissionais na equipa que a dinamiza;

- Equitação terapêutica desenvolvimental: pretende desenvolver uma abordagem mais holística de exercícios que promovam aspetos físicos e psicológicos, através da relação estabelecida entre a pessoa e os intervenientes da terapia.

▪ O modelo brasileiro, derivou das várias intervenções mundiais existentes e divide-se em quatro valências, hipoterapia, educação/reeducação, pré-desportivo e desportivo:

- Hipoterapia: tal como os outros modelos anteriores, debruça-se sobre a área da saúde e na reabilitação física;

- Educação/reeducação: parte do modelo alemão, centra-se na área da pedagogia, na educação e na psicologia;

- Pré-desportivo: abrange objetivos para a inserção social, para a reabilitação e para a educação dos seus praticantes;

- Desportivo: contempla as mesmas áreas do pré-desportivo, mas nesta valência as pessoas têm que conseguir apresentar condições de aptidão para terem ação sobre o cavalo.

O modelo alemão foi o primeiro a surgir e ajudou a originar os modelos seguintes. Analisando os modelos de intervenção pode-se verificar que existem semelhanças e diferenças. Os modelos de intervenção apresentados contemplam três áreas distintas: a saúde, a educação e a parte do desportiva, porém as modalidades diferem no que diz aos objetivos propostos e em termos de nomenclaturas utilizadas (Leitão, 2008). O modelo brasileiro foi um dos únicos que registou a patente sobre a palavra Equoterapia e esta é referida mundialmente. Segundo as pesquisas bibliográficas realizadas sobre o tema da equitação com fins terapêuticos e hipoterapia, em sites da Internet, investigações académicas, livros, ANDE-BRASIL e FRDI, verifica-se que quando se fala sobre as intervenções com cavalos existem diferenças conceptuais entre as terminologias utilizadas a nível mundial, que traduzidas para português podem ser designadas por: Equitação com fins terapêuticos, Terapia assistida por equinos, Equinoterapia, Terapia por meio do cavalo, Reeducação equestre, Equitação terapêutica, Intervenções assistidas com cavalos, entre outras.

Em Portugal, as terminologias mais utilizadas pelos investigadores, pelas associações, clubes hípicas ou centros equestres, variam entre a equitação com fins terapêuticos, a hipoterapia e terapia assistida por cavalos. As utilizações destes conceitos, por vezes podem

diferir consoante os participantes dos estudos, mas também podem resultar de uma má interpretação sobre os modelos existentes, tal como menciona Leitão (2008), na conclusão que realizou sobre a equitação terapêutica. Por conseguinte, os conceitos ou áreas específicas das intervenções com os cavalos podem ser confundidos por não existir diretrizes orientadoras que os definam.

Considera-se que, por vezes, existe uma má interpretação devido à comparação que é feita entre os modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos e os modelos de intervenção de terapia assistida por equinos. Nas modalidades da equitação com fins terapêuticos um dos objetivos é proporcionar ao paciente um contacto próximo e direto com o cavalo, que é feito através da sua colocação em cima do cavalo, para que este possa receber impulsos sensoriais e nervosos que o estimulam a nível emocional e motor (Bender, 2018). Já numa intervenção de terapia assistida por equinos, os objetivos são diferentes, não se pretende que o paciente suba para cima do cavalo, tal como o método Kiron de Nathalie Durel (s.d), onde o paciente está em contacto com o cavalo numa terapia mais direcionada para a área psicopedagógica, e com a ajuda de terapeutas consegue estabelecer uma ligação/conexão com o cavalo, permitindo-lhe identificar e superar aspetos relacionados com os seus comportamentos, medos e desafios a superar.

Ao se ter efetuado a pesquisa bibliográfica e documental para esta investigação, sentiu-se a necessidade de enquadrar o presente estudo de caso, a Hipoterapia e a Tetraplegia parcial, numa terminologia. Considerou-se que a terminologia equitação com fins terapêuticos, utilizada pela Sociedade Hípica Portuguesa, que é baseada no modelo alemão, é a mais coerente e consistente na literatura nacional. Esta terminologia será explorada de forma mais detalhada no ponto 1.3.

1.3. A equitação com fins terapêuticos

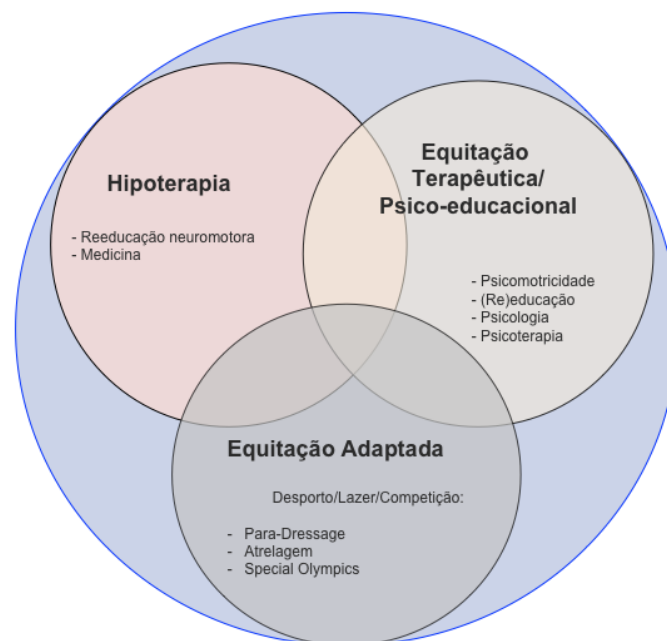
A Sociedade Hípica Portuguesa, menciona que a equitação com fins terapêuticos “alia os conceitos base da Equitação Clássica com os fundamentos teóricos da Reabilitação, cujos contributos se refletem a nível neuromotor, cognitivo e psicossocial. É considerada uma intervenção dinâmica, num ambiente estimulante e descontraído” (s.d., para. 1).

Esta abordagem terapêutica é uma atividade complementar através da qual se conseguem obter resultados bastante positivos ao nível da modulação do tónus, da

mobilidade articular, do equilíbrio e da coordenação. bastante positivos ao nível da modulação do tónus, da mobilidade articular, do equilíbrio e da coordenação. Verificam-se também resultados ao nível da aprendizagem, do desenvolvimento da atenção, concentração e orientação espacial, bem como ao nível do desenvolvimento da auto-estima e auto-confiança e da motivação para definir e atingir objetivos (Sociedade Hípica Portuguesa, s.d., para. 2).

No que se refere às modalidades da equitação com fins terapêuticos, tal como a figura 1.2 mostra, estas dividem-se em três, a equitação terapêutica/psico-educacional, a equitação adaptada e a hipoterapia.

Figura 1.2. - *Equitação com fins terapêuticos apresentada pela Sociedade Hípica Portuguesa (2021)*



Estas modalidades, embora sejam parecidas e se centrem na pessoa com deficiência ou com problemas de outras ordens, apresentam diferenças.

- A equitação terapêutica/psico-educacional: é uma modalidade mais utilizada nos clubes, centros hípicas, nas Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (APPC) e nas Cooperativas para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCI).

Garrigue (1996), Heipertz (1981) e Watson (1995), citados em Vasconcelos (2009), mencionam que “a equitação terapêutica é destinada a indivíduos com incapacidades motoras, sensoriais, mentais ou inaptações sociais, capazes de exercer uma acção sobre a preparação ou direcção do cavalo, funcionando este como instrumento cinesioterapêutico” (p. 32). Nesta modalidade, os pacientes já possuem alguma autonomia para guiar o cavalo. Esta contempla o desenvolvimento dos pacientes, a nível educacional, físico e psicológico. É recomendada para pessoas com deficiência ou com atraso global de desenvolvimento físico e cognitivo, com o objetivo de melhorar o seu bem-estar, autoestima, autoconfiança, desenvolvimento motor e integração na sociedade.

- A equitação adaptada: é caracterizada por ser uma modalidade direcionada para a prática de desporto para pacientes com deficiência ou atraso global de desenvolvimento, com um grau leve ou moderado. Esta modalidade promove a participação dos pacientes em jogos, pista de obstáculos e também a sua participação em competições como a paradressage ou a atrelagem adaptada. Nesta modalidade existe uma equipa multidisciplinar, que pode ser apenas constituída pelo equitador profissional e por pessoas auxiliares, praticantes de equitação, que o ajudam a dinamizar a modalidade. Esta equipa promove, ajuda e orienta os pacientes na realização dos exercícios. Na equitação adaptada, existe pouca intervenção do profissional de equitação, o papel deste agora, passa por incentivar, orientar e melhorar as potencialidades que os pacientes têm na prática dos desportos (Lobo, 2003).

Na equitação adaptada, os pacientes, tornam-se cavaleiros e são considerados como tal, promovendo a sua inclusão social na sociedade, eles aprendem a montar e a guiar o cavalo sozinhos, e usufruem dos três andamentos do cavalo, o passo, o trote e o galope (Corrêa & Nunes, 2012).

No que diz respeito à modalidade da hipoterapia, iremos fazer uma definição mais completa e pormenorizada sobre a mesma no ponto 1.3.3., por esta ser um dos temas principais desta investigação e por conseguinte irá abordar-se aspetos relacionados como a sua definição, seus objetivos, benefícios, indicações e contraindicações.

1.3.1. Hipoterapia. Para Fitzpatrick e Tebay (1998, citados em Monteiro, 2016), “hipoterapia deriva da palavra grega *hippos*, que significa cavalo, “montar a cavalo”, usado como uma forma do tratamento. O movimento rítmico e dinâmico do cavalo é usado para influenciar a postura, o equilíbrio e a mobilidade do praticante” (p. 31).

Para Bender (2018), hipoterapia divide-se em duas palavras de origem grega “*hippos* e *therapheia*”, que significam cavalo e tratamento (p. 2).

A modalidade da hipoterapia, segundo Leitão (2008), surgiu por volta dos anos 70, devido a várias “experiências médicas”, que permitiram dar um “sentido mais científico”, potencializando assim esta terapia complementar (p. 83). Desta forma, a hipoterapia é definida como uma “fisioterapia que utiliza o passo do cavalo como função de terapia e que contribui de forma decisiva para a compreensão sobre a importância da dimensão auto-experiencial, fornecida através do diálogo do corpo entre dois seres vivos” (p. 83).

A hipoterapia é definida por Lubersac e Lallery (1973, citados em Lobo, 2003) como “um método de intervenção terapêutica global e analítico, extremamente rico, que engloba o indivíduo no seu complexo psicossomático, quer seja praticado com deficientes físicos ou mentais” (p. 44).

É um método terapêutico baseado em princípios técnicos e pedagógicos, que utiliza o cavalo numa abordagem interdisciplinar, nas áreas da saúde, educação e de integração social, procurando-se a recuperação e o desenvolvimento biopsicossocial das pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais (Corrêa & Nunes, 2012, p. 17).

Na perspectiva de Leitão (2008), esta terapia tem como principais preocupações a reabilitação e aquisição de capacidades que proporcionem a reintegração do paciente nas atividades do seu quotidiano, a nível de trabalho, a nível pessoal e social. A hipoterapia caracteriza-se como uma modalidade cuja metodologia se baseia na área da medicina física e de reabilitação e não tem como objetivo ensinar o paciente a montar a cavalo.

A hipoterapia no processo de reabilitação, segundo Leitão (2004), pode ter como objetivos: “o fortalecimento da força muscular, a mobilidade, a capacidade respiratória, a circulação, a coordenação muscular, relaxar músculos tensos, corrigir posturas defeituosas” (p. 337).

A Sociedade Hípica Portuguesa quando faz referência à hipoterapia preconiza que deve ser aplicada:

Quando os objetivos são neuromotores, específicos e prioritários no processo de reabilitação do indivíduo. É uma abordagem de orientação clínica que é conduzida por profissionais de saúde com o apoio de Equitadores e de cavalos treinados para o efeito. O objetivo é retirar contributos de reabilitação através do movimento do cavalo e não o ensino equestre (Sociedade Hípica Portuguesa, s.d., para. 5).

Esta terapia complementar é aconselhada para pessoas com deficiências graves que necessitam de um processo de reabilitação e a apresentação de um relatório médico é imprescindível para que se possa fazer, pois nem sempre as pessoas reúnem condições físicas e psicológicas para a frequentar (Botelho, 1997; Corrêa & Nunes, 2012).

Botelho (1997), refere que a Fundação Selma (Brasil), em 1993, desenvolveu um programa de hipoterapia direcionado para “grandes incapacidades, inclusive tetraplegias altas e completas” (p. 45).

A hipoterapia requer uma consulta para estabelecer o programa e dirigir especificamente as sessões às áreas de planificação motora e de integração sensorial do paciente. O paciente, em função das indicações do terapeuta, pode adaptar diferentes posturas no cavalo em diferentes sessões (Santos & Lopes, 2002, p. 22).

A consulta pode ser feita por um especialista da área da saúde, mais especificamente por fisioterapeutas ou psicomotricistas, que definem um plano de ação com objetivos específicos para cada paciente, atendendo às suas necessidades e ao quadro clínico que apresentam (Corrêa & Nunes, 2012; Santos & Lopes, 2002).

Santos e Lopes, 2002, mencionam “que, montar a cavalo, despertava o estado anímico e que era particularmente benéfico para os paraplégicos e pacientes com outros traumas neurológicos” (p. 23).

Na opinião de diversos psiquiatras, o cavalo, para os pacientes que se deslocam numa cadeira de rodas, quando o montam, permite-lhes pela primeira vez nas suas vidas (...), olhar para os seus semelhantes de cima para baixo, ao contrário da posição numa cadeira de rodas, o que estimula em grande medida a sua auto-estima (Santos & Lopes, 2002, p. 23).

Seixas em 2011, realizou um estudo sobre “o efeito da hipoterapia e da atrelagem adaptada na autoeficácia e nas funções psicomotoras de crianças com necessidades educativas especiais”, que suscitou interesse na comunidade científica. Esta autora mencionou quatro níveis, onde a hipoterapia intervém e traz benefícios, tal como nos mostra a tabela 1.1.

Tabela 1.1. – *Benefícios da hipoterapia* (Adaptado de Seixas, 2011, pp. 9-10)

A nível neuromotor
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminui a espasticidade; ▪ Melhora a coordenação e a dissociação de movimentos; ▪ Fortalece a musculatura; ▪ Melhora o controle postural; ▪ Desenvolvimento da lateralidade; ▪ Coordenação psicomotora grossa e fina; ▪ Desenvolvimento da elasticidade, agilidade e força muscular; ▪ Aumento do equilíbrio; ▪ Estimula o sistema sensório-motor; ▪ Melhora a rapidez dos reflexos; ▪ Aumenta a capacidade de movimento das articulações; ▪ Reduz os padrões de movimentos anormais; ▪ Melhora a capacidade respiratória e circulatória.
A nível sensitivo

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento e melhora da consciência e do esquema corporal; ▪ Aumento e melhora da capacidade de percepção senso-táctil; ▪ Desenvolvimento do sistema propriocetivo; ▪ Aumento da integração sensorial (tátil, visual e auditiva).
A nível psicológico-cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhora e aumenta a comunicação gestual e oral; ▪ Aumenta o vocabulário; ▪ Ajuda a construir frases corretamente; ▪ Melhora a articulação das palavras.
A nível de socialização
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relação com as pessoas que não pertencem ao seu meio familiar; ▪ Criar laços de amizade com os seus companheiros e terapeutas; ▪ Desenvolver respeito e amor pelos animais e pela natureza; ▪ Prática de um desporto.

Para realizar as sessões de hipoterapia é necessário existir uma equipa multidisciplinar, que é formada por um profissional da área da saúde motora (fisioterapeuta ou psicomotricista), um auxiliar de equitação, equitador responsável e o cavalo (Corrêa & Nunes, 2012). Botelho (1997) e Leitão (2008), mencionam que a equipa, em alguns casos, poderá ainda incluir enfermeiros, terapeutas da fala, psicólogos, professores, dependendo do quadro clínico que o paciente apresente.

Os elementos da equipa multidisciplinar que acompanham o paciente, para além das tarefas que cada um desenvolve na terapia, posicionam-se nas laterais do cavalo, para que o paciente se sinta seguro e esteja sempre em segurança (Corrêa & Nunes, 2012; Leitão, 2008; Lobo, 2003; Seixas, 2011). Quando o paciente não consegue manter o equilíbrio na posição sentada em cima do cavalo, é colocado outro elemento na equipa, um segundo equitador, que fica por trás do paciente servindo de encosto, permitindo assim a sua segurança. Este membro é conhecido pelo nome de *backriding* (Corrêa & Nunes, 2012).

O paciente nesta modalidade não vai aprender a montar, mas vai sim, beneficiar dos andamentos que o cavalo produz e no caso da hipoterapia, o andamento pretendido que o cavalo

faça é o passo. O passo ajuda no fortalecimento dos músculos, no equilíbrio postural e na marcha.

Nas sessões de hipoterapia, o paciente é convidado a fazer exercícios físicos que o ajudam na sua reabilitação. “As sessões de hipoterapia devem ser antecedidas por um aquecimento muscular de forma a que os músculos e as articulações estejam preparadas para os exercícios que irão efectuar em cima do cavalo” (Santos & Lopes, 2002, p. 24).

Como foi referido anteriormente, a hipoterapia é habitualmente desenvolvida por um técnico da área da saúde, normalmente por um fisioterapeuta. Este em conjunto com os restantes membros da equipa, estimulam a pessoa a fazer exercícios em cima do cavalo que a irão ajudar a promover a sua reabilitação. Segundo Santos e Lopes (2002), “um aspecto muito importante desta terapia é que o paciente assume os exercícios como uma diversão, longe de uma mesa de tratamento do ambiente convencional da fisioterapia” (p. 23). O paciente é posicionado de diferentes maneiras em cima do cavalo, de acordo com as suas necessidades e é lhe pedido que este faça exercícios de reabilitação fisioterapêuticos. Os exercícios fazem parte da concretização dos objetivos definidos e planeados pela equipa e são específicos para cada caso, atendendo à necessidade do que é pretendido alcançar/desenvolver e posteriormente são avaliados (Bender, 2018; Corrêa & Nunes, 2012; Vermelhudo, 2011).

La hipoterapia es el único tratamiento en que el paciente está expuesto a movimientos físicos idénticos a los de la marcha humana. Esto significa que no enfrenta el tratamiento pasivamente debido a que su centro de gravedad varía constantemente; por lo tanto, no puede hacer otra cosa que reaccionar y adaptarse frente a los estímulos y sensaciones generados por el caminar rítmico del caballo. Esta reacción es sensorial, propioceptiva en lo muscular y articular, y laberíntica en lo gravitacional, direccional y referente a la velocidad. Esto mejora el tono muscular, la postura, el equilibrio y la coordinación en el paciente (Bender, 2018, p. 18).

Botelho (1997), Corrêa e Nunes (2012), Santos e Lopes (2002), assim como, Leitão (2004; 2008), Seixas (2011) e Vermelhudo (2011), referem que existem muitas situações clínicas, brevemente resumidas na tabela 1.2, que podem beneficiar com a prática da hipoterapia.

Tabela 1.2. – *Indicações clínicas da hipoterapia* (Adaptado de Botelho, 1997; Corrêa & Nunes, 2012; Santos & Lopes, 2002; Leitão, 2004; 2008; Seixas, 2011; Vermelhudo, 2011)

Indicações clínicas
<ul style="list-style-type: none">▪ Perturbação do espectro do autismo;▪ Paralisias, hemiplegias e amputações;▪ Esclerose múltipla;▪ Síndrome de Down, de Rett e Asperger;▪ Atrasos gerais no desenvolvimento neuropsicomotor e mental;▪ Espinha bífida;▪ Lesões medulares;▪ Distrofia muscular;▪ Perda de mobilidade pela ocorrência de um AVC;▪ Distúrbios visuais e/ou auditivos;▪ Reabilitação de acidentes.

Contudo, a *American Hippotherapy Association* (2017), Botelho (1997) e Vermelhudo (2011), referem que a prática de hipoterapia é desaconselhada para alguns casos clínicos, tais como, os que são apresentados na tabela 1.3.

Tabela 1.3. – *Contraindicações clínicas da hipoterapia* (Adaptado de American Hippotherapy Association, 2017; Botelho, 1997; Vermelhudo, 2011)

Contraindicações clínicas
<ul style="list-style-type: none">▪ Instabilidade da coluna;▪ Escolioses de 50 graus ou mais;▪ Processos artríticos em fase aguda;▪ Epilepsia não controlada;

- Úlceras de decúbito na região pélvica ou membros inferiores;
- Luxações de ombro ou quadril;
- Comportamento autodestrutivo ou com medo incoercível;
- Transtornos mentais;
- Hérnia de disco aguda com ou sem compressão de raiz nervosa;
- Osteoporose grave;
- Fraturas patológicas;
- Alergia ao pelo do cavalo;
- Convulsões de mal, não controladas por medicamentos;
- Síndrome de down quando existe instabilidade atlantoaxial – C1 e C2.

1.4. O cavalo como meio terapêutico.

Segundo Riede (1987, citado em Lobo, 2003), Hipócrates e Galeno, observaram que a utilização do cavalo, como elemento curativo, trazia contributos benéficos e recomendavam “a prática da equitação a pessoas que sofressem de doenças incuráveis, para lhes levantar a moral, fazendo já referência ao saudável ritmo do cavalo” (p. 34).

Todos constataam que o cavalo é um elemento com potencial no desenvolvimento de intervenções terapêuticas e que pode contribuir para ajudar a melhorar o nível biopsicossocial, especialmente às pessoas com deficiência física e cognitiva (Corrêa & Nunes, 2012; Leitão, 2008).

Corrêa e Nunes (2012), referem que a mudança de paradigmas existentes nos modelos de abordagem sobre a deficiência, contribuíram para uma nova perspectiva sobre a equitação com fins terapêuticos. A visão do modelo biopsicossocial realçou que “a saúde é um estado de bem-estar físico, psíquico e social” (p. 16). Estas concepções, contribuíram para a evolução do uso “do cavalo como meio terapêutico”, no mundo da equitação, “na hipoterapia, equitação terapêutica e na atrelagem adaptada” (Corrêa & Nunes, 2012, p. 16).

Para além do paciente, o cavalo é o elemento central da hipoterapia, pois é a partir dos seus movimentos, andamentos e características que esta pode ser dinamizada. Wickert (2002, citado em Vermeludo, 2011), menciona que “na hipoterapia as características do cavalo levam a benefícios adicionais a nível das respostas neurofisiológicas e das funções psicomotoras do cavaleiro” (p. 19).

O cavalo é conhecido por ser um animal com um temperamento muito forte e por isso nem todos os tipos de cavalo servem para facilitar a hipoterapia. Contudo há cavalos com um carácter muito dócil e quando devidamente bem adestrados, são esses os escolhidos para serem os facilitadores da modalidade. O temperamento é uma característica a ter em atenção quando se escolhe um cavalo. Este deve ser muito dócil e calmo, também deverá não ser muito novo e nem muito velho, mas se for bem desbastado, sem traumas que causem más reações, poderão ter mais idade (Corrêa & Nunes, 2012).

O cavalo deverá ter um dorso largo, ser forte, mas não com mais de 1,51 m de garrote (...). Cabe ao equitador, de acordo com a patologia e por consequência com o plano traçado, escolher o cavalo apropriado com o acordo do técnico responsável (Corrêa & Nunes, 2012, p.38).

As peças de arreios e utensílios que se utilizam na hipoterapia, são diferentes da equitação terapêutica. Os arreios, como cabeçada e o cilhão de volteio, são iguais, mas é essencial a utilização de:

Uma manta com uma pega central sobre o garrote e com a possibilidade de adaptar ao conjunto um par de loros com estribos além de admitir o cilhão de argolas. Essa manta tem uma espessura de 2 a 2,5 cm acolchoada em espuma compacta. Tem a particularidade de cobrir o cavalo desde o garrote à garupa afim de permitir o backriding com estabilidade e conforto (Corrêa & Nunes, 2012, p. 39).

O cavalo tem três andamentos, o passo, o trote e o galope. Como já foi referido, o passo é o que é indicado na hipoterapia devido a transmitir:

El movimiento similar a la marcha humana y es tolerable en todo tipo de discapacidad; además da seguridad y mantiene el contacto con el paciente. El trote y galope transmiten movimientos distintos, que son más bruscos y contraindicados para diferentes patologías. En el paso, el caballo puede caminar lento, mediano o más rápido, lo que

incita al paciente a adaptar constantemente sus posiciones y reacciones de equilibrio (Bender, 2018, p. 32).

Tauffkirchen (1978) e Freeman et al. (1984), citados em Artuso (2006), preconizam que o passo cria um movimento tridimensional a partir da “espinha dorsal do cavalo “semelhante” aos movimentos do caminhar humano; mais ainda, as variações do passo do cavalo, também como as mudanças em velocidade e direção, estimulam o equilíbrio e facilitam a estabilização postural” (p. 290). O passo do cavalo pode enviar ao paciente cerca de 96 a 110 impulsos neurosensoriais por minuto (Bender, 2018; Santos & Lopes, 2002).

O movimento tridimensional do cavalo é caracterizado por proporcionar movimentos repetitivos e suaves em três planos: no plano horizontal, da esquerda para a direita; no plano vertical, para cima e para baixo; no plano longitudinal, para a frente e para trás (Bender, 2018).

O cavalo oferece ao paciente um conjunto de estímulos magníficos que lhe proporciona e estimula o seu processo de reabilitação. Esses estímulos podem se verificar em três níveis, a nível sensorial, a nível motor e a nível neurológico. A nível sensorial, o contacto direto com o corpo quente do cavalo faz com que os músculos do paciente fiquem relaxados. A nível motor, como referido anteriormente, os estímulos são recebidos através do movimento tridimensional, que ao ser feito de maneira repetida e rítmica, ajuda no equilíbrio, na postura, na coordenação e no tônus muscular do paciente. A nível neurológico, o paciente recebe estímulos nos sistemas vestibular e proprioceptivo, estimulando o equilíbrio e a orientação do corpo no espaço e no tempo (Bender, 2018; Leitão, 2008; Santos & Lopes, 2002).

1.5. – A Deficiência

Os conceitos sobre a deficiência evoluíram muito ao longo dos tempos, graças às investigações desenvolvidas pela comunidade científica: médicos, psicólogos, terapeutas, professores de Educação Especial e principalmente às investigações feitas pelas pessoas com deficiência. Em todas as investigações e trabalho desenvolvido, é notório um objetivo comum, o de contribuir para que os cidadãos com deficiência sejam reconhecidos e incluídos na sociedade.

As percepções que as pessoas tinham sobre a deficiência foram-se alterando e deram origem ao aparecimento de novos modelos de abordagem à deficiência: modelo o biomédico;

o modelo social; modelo biopsicossocial; o modelo dos direitos humanos (Bampi, Guilhem, & Alves, 2010; Borges, 2020; Pinto, 2015; Silva, 2009).

No primeiro modelo, o biomédico, os profissionais da saúde afirmavam que a deficiência incidia em anormalidades, as pessoas tinham limitações resultantes de tragédias pessoais, considerando-as vítimas indefesas, categorizando-as conforme o diagnóstico que lhes davam, “cegos, surdos, deficientes físicos e deficientes mentais” (Pinto, 2015, p.176).

Tempos mais tarde, pessoas com problemas físicos e com alguma deficiência, rejeitaram os diagnósticos médicos e revoltaram-se contra as ideias de vitimização, limitação e de incapacidade preconizadas pelo modelo biomédico e essa revolta deu origem a novos paradigmas sobre a deficiência, o modelo social e posteriormente o modelo psicossocial.

O modelo biopsicossocial veio alterar todas as concepções e percepções acerca da deficiência. A diversidade resultante dos fatores intrínsecos e extrínsecos que englobavam este modelo foram determinantes para se mudar de paradigma e começar a falar numa perspectiva de inclusão social. Segundo Pinto (2015), o modelo biopsicossocial, alegava “que para compreender a deficiência é necessário um quadro teórico que contemple a interação entre biologia e contexto social, entre fatores individuais e fatores estruturais” (p.187). Este modelo resultou das concepções apresentadas pelo modelo biomédico e pelo social e rege-se por um documento orientador da Organização Mundial da Saúde (OMS), que é a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). A CIF reúne um conjunto de perguntas que incidem sobre vários fatores que permite fazer o diagnóstico médico sobre as incapacidades e problemas de saúde das pessoas com deficiência.

O Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2005), descreve a CIF como um:

Quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade, introduz uma mudança radical de paradigma: “do modelo puramente médico para um modelo biopsicossocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana”. A sua armadura conceptual assente num modelo interactivo pessoa-meio ambiente; a introdução da classificação dos factores ambientais; a linguagem comum que proporciona ao clarificar e uniformizar conceitos e terminologias, são aspectos cruciais que fazem com que a CIF

se constitua como uma ferramenta preciosa com múltiplas finalidades e seja susceptível de uma vasta gama de utilizações (p. 3).

Com a evolução das perceções pessoais e sociais e reforçando a necessidade de tornar o mundo num lugar em que todos, sem exceções, possam ter e beneficiar dos mesmos direitos, deixando para trás conceitos como a exclusão, segregação, integração e direccionando as pessoas para uma sociedade cada vez mais inclusiva, a Organização das Nações Unidas (ONU), promoveu a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006. Esta convenção contribuiu para a mudança de paradigma sobre a deficiência, desmistificando os conceitos de negativismo e estigmas associados à definição de deficiência, resultando um modelo diferente, o modelo dos direitos humanos (Pinto, 2015).

A Convenção da ONU (2006), no seu Artigo 1.º, define que “as pessoas com deficiência incluem aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interacção com várias barreiras podem impedir a sua plena e efectiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros” (p. 3).

Segundo Pinto (2015), o modelo dos direitos humanos é:

Uma abordagem à deficiência baseada nos direitos humanos, visa essencialmente reorientar a legislação e as políticas públicas pelo reconhecimento do valor e dignidade humana de todas as pessoas com deficiência, garantindo-lhes o gozo pleno do seu estatuto de cidadãos, com todos os direitos e liberdades inerentes (p. 190).

Portugal, tem seguido os diplomas internacionais, com vista a uma sociedade mais inclusiva. É ponto assente que a inclusão social, só trará benefícios para a sociedade, tornando-a de e com qualidade, respeitando os direitos humanos, assegurando igualdade de oportunidade entre todos (Borges, 2020). Entre os vários diplomas internacionais seguidos, destacam-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e a Convenção sobre os Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência, publicada na Resolução da Assembleia da República com a referência: n.º 56/2009.

A Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, da Assembleia da República, no seu artigo 2.º, preconiza que:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas (p. 5232).

A Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, representa, sem dúvida, um diploma de extrema importância, este diploma implementou em Lei os objetivos, princípios e finalidades preconizados pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006). Ao regulamentar as finalidades da Convenção, Portugal contribuiu para a elaboração de novas leis, por conseguinte surgiram novas organizações de apoio para as pessoas com deficiência. Embora já existissem associações e organizações que ajudavam as pessoas com deficiência, estas passaram a ter mais presente a necessidade de fomentar atitudes de solidariedade e de apoio, promovendo na sociedade iniciativas que apelassem ao respeito por todos de igual modo, favorecendo a promoção da inclusão social.

Quando se aborda o tema sobre a deficiência numa investigação, não se pode deixar de mencionar dois documentos de extrema importância, a Declaração de Salamanca de 1994 e o atual Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. Estes documentos, embora estejam direcionados mais para a área da educação, não se pode esquecer que também contemplam a área da saúde e a promoção da inclusão social. A sua relevância tem vindo a contribuir para que as pessoas com deficiência tenham melhor qualidade de vida.

1.5.1. Deficiência motora - Tetraplegia Parcial. Quando há uma deficiência, dependendo da sua gravidade, são comprometidas várias funções do corpo humano. Uma deficiência no domínio motor, pode afetar, na maior parte das vezes, o sistema locomotor, o sistema neuromuscular, o sistema respiratório, o aparelho urinário, a estrutura óssea, a espinhal medula e poderá ou não interferir com a parte cognitiva da pessoa (Bampi, Guilhem, & Lima, 2008).

Segundo a Associação Salvador (2017):

A deficiência motora assenta na existência de uma ou mais alterações na estrutura, ou função biológica e coordenativa do corpo humano. Isto é, refere-se à dificuldade ou impossibilidade em mexer, controlar ou coordenar algum tipo de movimento motor. Tal poderá ocorrer de forma temporária ou permanente e ser de carácter congénito ou adquirido (p. 20).

No domínio motor as deficiências podem surgir devido a alguma alteração a nível dos músculos, dos ossos ou a nível neurológico. As deficiências motoras são definidas pelas partes afetadas no corpo humano, pela perda de movimentos ou membros, tal como mostra a tabela 1.4.

Tabela 1.4. – *Deficiência motora* (Adaptado da Associação Salvador, 2017, p. 22)

Deficiências motoras
<ul style="list-style-type: none">▪ Amputação - Inexistência de um ou mais membros do corpo;▪ Hemiplegia - Paralisia de metade do corpo pelo eixo corporal;▪ Hemiparesia - Paralisia parcial de metade do corpo pelo eixo corporal;▪ Monoplegia - Paralisia de um membro do corpo apenas;▪ Monoparesia - Paralisia parcial de um membro do corpo apenas;▪ Paraplegia - Paralisia do corpo da cintura para baixo;▪ Paraparésia - Paralisia parcial do corpo da cintura para baixo;▪ Tetraplegia - Paralisia do corpo do pescoço para baixo;▪ Tetraparesia - Paralisia parcial do corpo do pescoço para baixo;▪ Paralisia geral - Paralisia de todo o corpo;▪ Paraparésia geral - Paralisia parcial em todo o corpo;▪ Paralisia Cerebral - Paralisia resultante de uma lesão não progressiva, que pode ocorrer no período pré-natal, perinatal ou pós-natal, podendo afetar a marcha e o controlo motor.

Na deficiência motora, existem lesões traumáticas que condicionam a vida das pessoas para sempre, contudo, em alguns casos existe uma possível recuperação, que pode ser total ou parcial, graças às intervenções cirúrgicas e ao processo de reabilitação.

As lesões medulares afetam a espinhal medula, que se encontra na coluna vertebral e chega até ao cérebro. A espinhal medula recebe informações do cérebro, através de neurotransmissores. O cérebro envia impulsos nervosos para as extremidades da espinhal medula e são esses impulsos que ajudam o corpo a desempenhar várias funções. Quando existe uma lesão medular, dá-se uma rutura na espinhal medula, que pode resultar de fraturas ou deslocamento das vertebrae, e a informação é interrompida, por consequência, a zona afetada, abaixo dessa vertebra, deixa de fazer a sua função (Bampi, Guilhem, & Lima, 2008; Sousa, 2017).

A escala de classificação da ASIA - *American Spinal Injury Association* referenciada em Sousa (2017), ajuda a avaliar a lesão medular a nível da motricidade e da sensibilidade. A escala é composta por quatro níveis: ASIA A (lesão medular completa); ASIA B (lesão motora completa e sensitiva incompleta); ASIA C (lesão sensitiva e motora incompletas); e ASIA D (lesão incompleta com função motora preservada abaixo do nível da lesão) (p. 69).

Lianza et al., (2007) e Maestro (2010), citados em Guerreiro e Cavaco (2020), mencionam que a lesão medular “pode ser traumática ou não traumática. As lesões não traumáticas caracterizam-se por doenças, malformações congénitas, neoplasias ou infeções”, e as lesões traumáticas resultam de “acidentes de viação ou quedas” (p. 137).

As principais causas da lesão medular traumática são acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo, quedas ou acidentes em mergulho. Segundo a Associação Salvador (2017), as pessoas com deficiência motora “em Portugal, a causa maioritária das lesões vertebro-medulares é traumática e em 39% destes casos a sua causa deve-se a acidentes de viação (p. 21).

As lesões medulares traumáticas resultantes de quedas e acidentes, são classificadas, consoante as áreas onde incidiu a lesão e poderão ser designadas por paraplegia ou tetraplegia.

No caso da tetraplegia são afetadas as vertebrae cervicais, C-1/C-7. Correia et al., (2009) citado em Sousa (2017), “a tetraplegia é a diminuição ou perda de função motora dos segmentos cervicais que provoca perda de mobilidade e sensibilidade dos membros superiores, tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos” (p. 20).

Segundo Sousa (2017):

A pessoa com tetraplegia completa experiência inúmeros problemas físicos, psicológicos e sociais, devido à sua imobilidade, alterações da sensibilidade e incontinência de esfíncteres. Estes limitam a pessoa no seu autocuidado assim como nas suas atividades ocupacionais e responsabilidades sociais, além das limitações físicas estes indivíduos experienciam várias alterações psicológicas, económicas e ambientais (p. 21).

Segundo Babamohamadi et al., (2011) citado em Sousa (2017) a tetraplegia completa é das piores lesões que se pode ter, a pessoa outrora independente, passa a estar dependente de outras pessoas para a ajudar a realizar pequenas tarefas, interferindo com o seu psicológico, pois estas pessoas permanecem com as funções cerebrais intactas. Após o trauma da lesão, a pessoa vê-se condicionada em movimentar o seu corpo, os seus membros, impossibilitando-a de realizar as simples tarefas diárias, como pegar num copo para beber água. A pessoa tetraplégica, vê-se perante vários problemas físicos, psicológicos e sociais, diminuindo a sua qualidade de vida e por conseguinte a da sua família também.

A tetraplegia pode ser completa/total (perda total de movimentos) e pode ser incompleta/parcial (existência de alguns movimentos).

Na presente investigação iremos utilizar o termo tetraplegia parcial, devido ao diagnóstico clínico apresentado pelo sujeito participante.

Segundo Baldassin (2017), nas lesões medulares entre níveis C-3 e C-4, as pessoas têm movimentos na cabeça e pescoço. A nível das limitações motoras, estas são dependentes de terceiras pessoas para a realização da maioria das suas atividades diárias, conseguem comunicar as suas necessidades e conseguem-se deslocar-se em cadeira de rodas motorizada. A lesão a nível da C5, as pessoas podem adquirir independência “para comer, escovar os dentes”, contudo necessitam de ajuda de terceiros para os cuidados pessoais, nomeadamente a nível de controlo dos esfíncteres (intestinal e vesical), e “para transferências em geral, como da cama para a cadeira de rodas e vice-versa” (p. 30).

Após ser feita a avaliação do quadro clínico, e diagnosticado o nível de tetraplegia, é recomendado que a pessoa faça e esteja sempre em processo de reabilitação.

O enquadramento conceptual apresentado foi realizado através de uma minuciosa pesquisa bibliográfica e contém informações de extrema relevância, que em conjunto com o capítulo seguinte, estudo empírico, constituem as bases fundamentais da investigação.

Capítulo II – Estudo empírico

2. Metodologia

2.1. Contextualização do estudo

Esta investigação surge no âmbito do mestrado em Educação Especial – domínios cognitivo e motor, anos letivos 2019/2020 e 2020/2021. No primeiro ano letivo, numa unidade curricular, houve uma palestra sobre as Terapias assistidas por animais (TAA), dinamizada pela Associação Kokua – Cães de Ajuda Social, onde foi apresentado o trabalho que é desenvolvido através da intervenção assistida pelos cães. Essa palestra foi o ponto de partida que despoletou uma motivação já existente, o gosto e interesse por animais. Após algumas conversas e troca de ideias, chegou-se à conclusão que se poderia fazer um estudo sobre as intervenções com animais, mas desta vez utilizando um animal diferente e muito especial, que ainda não tinha sido apresentado nas dissertações de mestrado em Educação Especial na Universidade do Algarve, o cavalo.

O cavalo é um animal de grande porte e majestoso. É considerado por muitos um amigo fiel e especial, embora possa ter um temperamento mais brusco devido ao seu adestramento, este pode ter também um temperamento dócil e muito amável. É um animal muito perspicaz e sensitivo, quando bem treinado é capaz de proporcionar momentos prazerosos e ao mesmo tempo oferecer benefícios terapêuticos devido às suas características, principalmente devido ao movimento tridimensional que produz quando anda a passo.

Toda a investigação científica deve-se reger por princípios estruturantes que ajudarão os investigadores a manter uma linha orientadora na organização e pesquisa do assunto que pretendem estudar. O primeiro princípio está relacionado com as preferências de temas/assuntos com os quais os investigadores se identificam. Outro princípio surge após ser definido o tema da pesquisa que se pretende investigar, é o momento onde se desenvolve um processo de pesquisa bibliográfica em livros, documentos, artigos e trabalhos realizados sobre esses temas, que vão permitir aos investigadores a recolha de informações e conhecimentos literários já existentes, ajudando-os a delinear os objetivos que pretendem investigar, a efetuar o enquadramento conceptual.

Definida a questão de pesquisa, são formulados objetivos gerais e específicos que permitem restringir a recolha das informações, pois os temas poderão ser muito vastos, o que

poderá fazer com que os investigadores se percam ou coloquem informação desnecessária (Bogdan & Biklen, 1994; Carmo & Ferreira, 1998). Os objetivos ajudam a direcionar os investigadores para conhecimentos precisos e pertinentes.

Delineado o tema, a recolha de informação, a questão de pesquisa e os objetivos, os investigadores definem que tipo de estudo pretendem e quais os participantes que podem representar melhor essa realidade, determinando também se a metodologia assentará num método qualitativo ou quantitativo.

Posteriormente são definidos os instrumentos de recolha de dados a utilizar, entrevistas, questionários, observação direta, conversas informais, que permitem recolher informações para dar respostas aos objetivos propostos, respeitando sempre os procedimentos éticos característicos de uma investigação.

No que diz respeito aos participantes, estes já tinham sido contactados na fase da realização do anteprojecto, onde manifestaram o seu consentimento informal para a participação da investigação, oficializando a sua participação posteriormente através do consentimento informado, onde foram explicadas todas as informações relativamente à privacidade de dados da Universidade do Algarve (Anexo V).

Após a obtenção do consentimento positivo da comissão de ética da Universidade para realizar a investigação (Anexo IV), foram elaborados dois guiões de entrevista semiestruturadas (Apêndices A e B). As entrevistas semiestruturadas foram realizadas via zoom, gravadas em áudio e transcritas (Apêndices C e D). Devido à situação pandémica que se atravessa a segunda entrevista só pôde ser feita algum tempo mais tarde.

Salienta-se que o tema desta dissertação já foi apresentado no III Congresso Internacional – Direitos humanos e escola inclusiva – Construir a equidade em tempos de mudança, promovido pela Universidade do Algarve, embora ainda numa fase preliminar.

De referir que, durante a realização das entrevistas, procedeu-se simultaneamente à recolha literária sobre os temas apresentados no enquadramento conceptual da investigação.

No que concerne à análise dos dados recolhidos, primeiramente foram registados em grelhas para possibilitar um melhor entendimento, retirando apenas as informações que consideramos de extrema importância (Apêndices E e F). Posteriormente fez-se a triangulação da informação facultada pelos participantes e a literatura consultada. O tratamento e análise dos dados recolhidos, permitem retirar conclusões finais e tecer considerações que poderão contribuir para os avanços científicos do tema/assunto (Bogdan & Biklen, 1994; Carmo & Ferreira, 1998; Prodanov & Freitas, 2013; Santos, 2013).

2.2. Natureza do estudo

Entende-se a presente investigação como um estudo de caso de cariz exploratório, assente numa metodologia qualitativa e descritiva. As técnicas de recolha de dados utilizadas foram as entrevistas semiestruturadas e as conversas informais.

Bogdan e Biklen (1994), mencionam que uma investigação qualitativa assenta num “termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características. Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico” (p. 16).

A investigação qualitativa é “descritiva”. A descrição deve ser rigorosa e resultar directamente dos dados recolhidos. Os dados incluem transcrições de entrevistas, registos de observações, documentos escritos (pessoais e oficiais), fotografias e gravações vídeo. Os investigadores analisam as notas tomadas em trabalho de campo, os dados recolhidos, respeitando, tanto que possível, a forma segundo a qual, foram registados ou transcritos (Carmo & Ferreira, 1998, p. 180).

Numa metodologia qualitativa o investigador centra a sua atenção nos significados para compreender aquilo que os sujeitos pensam, captando a perspetiva dos participantes (Bogdan & Biklen, 1994). Segundo Prodanov e Freitas (2013), para fazer um estudo de caso “são necessários alguns requisitos básicos para sua realização, entre os quais, severidade, objetivação, originalidade e coerência” (p. 60).

Carmo e Ferreira (1998), descrevem que o objetivo de um estudo exploratório se caracteriza por “proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade (p. 47).

Yin (2005, citado em Meirinhos & Osório, 2010), “para os estudos de caso, o desenvolvimento da teoria como parte da fase inicial do projecto, é essencial para saber se o propósito decorrente do estudo de caso é desenvolver ou testar a teoria” (p. 55). Esta investigação pretende, tal como, a questão de pesquisa anteriormente apresentada, saber se

realmente a hipoterapia pode ser promotora do processo de reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial.

2.3. – Questão de pesquisa

Como se referiu anteriormente, a questão de pesquisa surgiu de um interesse comum entre os investigadores, o gosto pelos animais. A existência de um assunto/tema que motiva e desperta os interesses pessoais de quem realiza uma investigação, ajuda na sua concretização. “Ninguém investiga bem um assunto de que não gosta” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 46). A questão de pesquisa norteia o quê e o porquê da investigação, retrata o que se pretendem saber/conhecer sobre um determinado assunto, de forma a limitar informações desnecessárias (Prodanov & Freitas, 2013).

A pesquisa científica é a realização de um estudo planejado, sendo o método de abordagem do problema o que caracteriza o aspeto científico da investigação. Sua finalidade é descobrir respostas para questões mediante a aplicação do método científico. A pesquisa sempre parte de um problema, de uma interrogação (Prodanov & Freitas, 2013, p. 43).

A problemática de uma investigação é a base de todo o processo que se irá desenvolver, tornando-a exequível. Essa problemática define-se através de uma ou duas questões de pesquisa, que orientam o investigador para iniciar as suas pesquisas. Segundo, Meirinhos e Osório (2010), “as questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, mas são, antes, formuladas com o objetivo de estudar fenómenos com toda a sua complexidade em contexto natural” (p. 50).

Tendo em conta o que pretendíamos investigar foi elaborada a seguinte questão de pesquisa:

- De que forma é que a hipoterapia pode ser promotora do processo de reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial?

2.4. – Objetivo do estudo

2.4.1. Objetivo geral, partiu assim da questão de pesquisa e pretende:

- Compreender como é que a hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial.

2.4.2. Objetivos específicos. De forma a investigar e para uma melhor compreensão do objetivo geral, houve a necessidade de se formular os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o que é tetraplegia parcial;
- Analisar como a hipoterapia é uma ferramenta na reabilitação;
- Compreender, segundo as perspetivas do sujeito e do fisioterapeuta, quais foram as melhorias/benefícios percebidas com o recurso à hipoterapia.

2.5. – Participantes

É através da participação de várias pessoas num estudo de caso, que se conseguem retirar informações para responder à questão de pesquisa e aos objetivos definidos. Os investigadores qualitativos escolhem os participantes, segundo a relevância que estes têm para a sua investigação (Prodanov & Freitas, 2013).

Na presente investigação temos dois participantes:

- O sujeito com tetraplegia parcial;
- Fisioterapeuta.

O sujeito é do sexo masculino, tem cerca de 38 anos e sofreu uma queda de cavalo por volta dos seus 19/20 anos. O primeiro diagnóstico que teve foi uma lesão a nível da cervical, sendo-lhe diagnosticada posteriormente uma tetraplegia parcial.

O fisioterapeuta, também de sexo masculino, acompanhou o sujeito durante as sessões de hipoterapia. Antes do início das sessões, o fisioterapeuta fazia o acompanhamento do sujeito em clínica.

2.6. Instrumentos de recolha de dados

Numa investigação, a melhor maneira para recolher informações que ajudam a fundamentar o tema, é através da recolha de diversos documentos. Bogdan e Biklen (1994), mencionam que “os investigadores neste tipo de investigação se interessam pelo modo como as pessoas pensam sobre as suas vidas, experiências e situações particulares, as entrevistas que efetuam são mais semelhantes a conversas entre dois confidentes” (p. 68). Para este estudo de caso os instrumentos utilizados são: a pesquisa bibliográfica, as conversas informais e as entrevistas semiestruturadas.

2.6.1. Pesquisa bibliográfica. Um estudo de caso de natureza qualitativa e de cariz exploratório tem o objetivo de ofertar uma maior familiaridade com um tema/assunto ou uma problemática. Para se obter conhecimentos e informações sobre o que se pretende investigar, é necessário e imperativo efetuar-se uma pesquisa bibliográfica.

O enquadramento conceptual é fundamental para um trabalho de investigação e este precisa ser rico e vasto em informações, logo é necessário proceder-se a uma pesquisa bibliográfica que proporciona a recolha de informações específicas sobre o que se quer investigar. Bogdan e Biklen (1994), referem que a pesquisa e a leitura de vários documentos possibilitam ao investigador a retirada de informações enriquecedoras para o seu estudo. Após a recolha das informações, pode-se comparar e verificar, se as mesmas corroboram entre os documentos científicos pesquisados, permitindo assim validar as informações.

A pesquisa bibliográfica realizada para este estudo de caso, passa pela pesquisa e leitura de vários livros localizados em bibliotecas e em dissertações de mestrado, teses de doutoramento, artigos científicos publicados em jornais e revistas consultados através da internet.

2.6.2. Conversas informais. São conversas consideradas de uma extrema riqueza para o investigador. Tal como Bogdan e Biklen (1994) salientam, “a investigação qualitativa é rica em relatos realizados pelos próprios sujeitos” (p. 272). Numa conversa informal, o sujeito está mais à vontade com o investigador, o que faz com que responda espontaneamente sobre os assuntos.

Na investigação qualitativa os investigadores interessam-se:

pelo modo como as pessoas pensam sobre as suas vidas, experiências e situações particulares, as entrevistas que efectuam são mais semelhantes a conversas entre dois confidentes do que a uma sessão formal de perguntas e respostas entre um investigador e um sujeito. Esta é a única maneira de captar aquilo que é verdadeiramente importante do ponto de vista do sujeito (Bogdan & Biklen ,1994, p. 68).

As conversas informais efetuadas para esta investigação, sucederam entre o investigador e o sujeito do estudo de caso (Apêndice G).

2.6.3. Entrevistas semiestruturadas. As entrevistas são uma mais-valia e devem ser elaboradas de acordo com a questão de pesquisa e os objetivos que se pretende investigar. Estas poderão ser estruturadas ou semiestruturadas.

Segundo Boni e Quaresma (2005), as entrevistas semiestruturadas caracterizam-se por combinar perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de falar e desenvolver o tema proposto. A entrevista semiestruturada tem também como vantagem, a sua flexibilidade, no que diz respeito à sua duração, ou seja, permite que haja uma exploração mais profunda sobre o tema, e para além disso a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas, possibilita uma abertura e proximidade maior entre os mesmos, o que permite ao entrevistador falar de assuntos mais complexos e delicados, ou seja, isto significa que quanto menos estruturada a entrevista for, maior afetividade haverá entre as duas parte (Selltiz et al.,1987).

Os guiões das entrevistas semiestruturadas foram elaborados consoante os temas propostos e os objetivos geral e específicos deste estudo. Salienta-se que as perguntas das entrevistas foram elaboradas para cada participante (Apêndice A e B), permitindo assim a recolha das suas perceções sobre os temas propostos. Esses guiões foram divididos em quatro blocos: I – Legitimação do estudo; II – Diagnóstico clínico; III – A hipoterapia; IV – Sessões de hipoterapia.

Para um melhor entendimento das respostas dadas e devido à extensão das entrevistas, os dados recolhidos foram registados em grelhas (Apêndices E e F), e posteriormente trabalhados na análise de conteúdo.

2.7. – Análise de conteúdo

Relativamente à análise de conteúdo, tal como supracitado, permite organizar o conjunto de informações que necessitam ser sistematizadas, para que se possa chegar ao entendimento do que se pretende saber sobre o estudo. Como refere Bardin (1977), entende-se por análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 42).

Na análise de conteúdo serão triangulados todos os dados obtidos, para que se possa verificar a autenticidade da informação recolhida e se esta responde ou não ao objetivo geral determinado para este estudo.

2.8. – Procedimentos éticos

Os procedimentos éticos, dizem respeito aos valores e princípios que nos constituem enquanto seres humanos, na seriedade e na veracidade das informações que colocamos no trabalho investigativo. Todos os investigadores devem de se reger por um código deontológico, para que os trabalhos académicos contribuam para o avanço científico.

Há quatro pontos essenciais que Bogdan e Biklen (1994) mencionam no seu livro sobre investigação qualitativa em educação, para que um investigador faça a recolha, tratamento e análise de dados com rigor e precisão, respeitando sempre os participantes da investigação e nunca alterar as informações recebidas. Esses pontos são:

1. As identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe não possa causar-lhes qualquer tipo de transtorno ou prejuízo. O

anonimato deve contemplar não só o material escrito, mas também os relatos verbais da informação recolhida durante as observações.

2. Os sujeitos devem ser tratados respeitosamente e de modo a obter a sua cooperação na investigação. (. . .) os sujeitos devem ser informados sobre os objectivos da investigação e o seu consentimento obtido. Os investigadores não devem mentir aos sujeitos nem registar conversas ou imagens com gravadores escondidos.

3. Ao negociar a autorização para efectuar um estudo, o investigador deve ser claro explícito com todos os intervenientes relativamente aos termos do acordo e deve respeitá-lo até à conclusão do estudo.

4. Seja autêntico quando escrever os resultados. Ainda que as conclusões a que chega possam, por razões ideológicas, não lhe agradar, e se possam verificar, pressões por parte de terceiros para apresentar alguns resultados que os dados não contemplam, a característica mais importante de um investigador deve ser sua devoção e fidelidade aos dados que obtém (p. 77).

Para além dos pontos mencionados, um investigador ao recolher as informações para fazer o enquadramento conceptual, deverá ter em atenção às citações de ideias de outros autores, citando sempre a fonte onde foi buscar esses elementos teóricos e nunca tomar essas ideias como suas, ou seja, não deve plagiar trabalhos e nem deve pedir a terceiros que o façam por si.

Para que esta investigação se pudesse tornar exequível, foram tidos em atenção vários procedimentos éticos, que obedeceram à Regulamentação geral de protecção de dados (Anexo III) e ao parecer da Comissão de Ética da Universidade do Algarve (Anexo IV). Foi dado a conhecer aos participantes o objetivo da investigação, alertando para o facto que todos os dados recolhidos eram apenas para uso académico e que será protegida qualquer informação que os identifique, garantindo a sua confidencialidade e anonimato. De referir que, se reforçou essa informação nos guiões das entrevistas semiestruturadas, onde se criou um bloco sobre a legitimação do estudo. Salientamos que antes de realizar a entrevista foi pedido consentimento prévio para se fazer a sua gravação.

Capítulo III – Análise e Discussão de Resultados

Neste capítulo da investigação, é onde se processa a análise dos dados, provenientes das respostas dos participantes entrevistados e a discussão de resultados. As entrevistas foram transcritas na sua totalidade, respeitando os procedimentos éticos e as respostas foram colocadas em grelhas de análise de conteúdo (Apêndices E e F).

3.1. – Análise dos dados referentes à entrevista do sujeito com tetraplegia parcial

No que diz respeito à categoria **diagnóstico clínico**, que fornece dados que ajudam a um entendimento sobre o objetivo específico: caracterizar o que é a tetraplegia parcial, apresentamos os dados referentes a três questões, designadamente:

- - Qual foi o diagnóstico médico que teve do seu acidente? - *“Sabiam que era uma lesão no Sistema Nervoso Central, (aaa) mas que ainda não sabiam que se iria ficar numa cama ou se iria conseguir ter uma vida minimamente normal.”*; - *“(…) que tinha tido uma lesão no pescoço, tinha partido umas vértebras cervicais e que os médicos ainda estavam a ver.”*
- - Pode-me explicar o que é a tetraplegia parcial? - *“O meu é parcial ou incompleto, porque a minha medula, no fundo ainda está, está unida, portanto não tem uma falha, (...), faz com que eu tenha algum movimento nas pernas, mas o sinal nervoso, por exemplo não me chega ao braço direito, nem à mão direita.”*
- - Quais os condicionamentos com que ficou a nível funcional e a nível psicológico? - *“(…) uma pessoa que é paraplégica ou tetraplégica tem outro tipo de problemas associados, por exemplo o controle dos esfíncteres (...).; - “Portanto, uma pessoa não perdeu só o movimento das pernas e dos braços, mas também cá dentro, (aaa) também se torna complicado de se fazer o dia a dia, o ir à casa de banho seja o que for, também, também afeta essa parte.”*; - *“(…) aquela parte de ser criança, às vezes abandona-nos um bocado e ficamos um bocadinho mais responsáveis, ou melhor ficamos responsáveis mais depressa, é isso que acontece psicologicamente (...).”*; - *“Agora se me afetou psicologicamente, acho que não, acho mesmo que me fez*

crescer como pessoa, não to a ver que tenha tido algum esgotamento, algum problema de depressão, nunca tive felizmente não (...).”

Resultante da partilha do sujeito, pode-se verificar que a mesma se encontra na linha teórica investigada, pois são vários os autores que corroboram com o que foi mencionado pelo mesmo. Destaca-se a definição de tetraplegia, que é uma lesão vertebro-medular que compromete a vida do sujeito participante deste estudo, pois este refere que num primeiro diagnóstico ainda não sabiam da gravidade da lesão e como esta afetaria a sua vida. O sujeito refere que a medula ainda está unida, o que faz com que tenha alguns movimentos no corpo. A tetraplegia parcial é uma lesão vertebro-medular pertencente à área do domínio motor. A Associação Salvador (2017), caracteriza a deficiência motora pela “existência de uma ou mais alterações na estrutura, ou função biológica e coordenativa do corpo humano (p. 20). Quando existe uma lesão medular, dá-se uma rutura na espinhal medula, que pode resultar de fraturas ou deslocamento das vertebrae, e a informação é interrompida, por consequência, a zona afetada, abaixo dessa vertebra, deixa de fazer a sua função (Sousa, 2017). O sujeito do estudo referiu, em conversa informal (Apêndice G), que a sua lesão se situa entre as vertebrae C-3 e C-5. Baldassin (2017), refere que nas de lesões entre os níveis C-3 e C-4, as pessoas apresentam movimentos na cabeça e no pescoço. Segundo a avaliação da escala ASIA, a tetraplegia do sujeito classifica-se na ASIA C (lesão sensitiva e motora incompletas), por este apresentar alguma sensibilidade nos membros e algum movimento no braço. Por conseguinte, a lesão é designada por tetraplegia parcial.

No que diz respeito, à pergunta sobre os condicionamentos funcionais e psicológicos, este menciona que há condicionamentos a nível funcional que as pessoas desconhecem, nomeadamente a nível do controle dos esfíncteres. Tal como narra Baldassin (2017), são vários os movimentos do corpo humano que ficam condicionados ou até mesmo impossíveis de realizar o que faz com que as pessoas com tetraplegia parcial dependam de outras pessoas para as ajudar a fazer algumas tarefas, nomeadamente os cuidados pessoais básicos, a nível de controlo dos esfíncteres (intestinal e vesical), e “para transferências em geral, como da cama para a cadeira de rodas e vice-versa” (p. 30).

A nível psicológico, diz que teve que amadurecer mais rápido e que não teve problemas a nível da saúde mental, como por exemplo sintomatologia depressiva.

Dentro da categoria da **hipoterapia**, analisou-se duas questões, que transmitem informações acerca do objetivo específico: analisar como a hipoterapia é como ferramenta de reabilitação.

- - Como é que teve conhecimento da hipoterapia? - *“(...) uma amiga minha que sempre me chateou para experimentar a hipoterapia e eu não, não sei porquê, nunca me via a ir para lá fazer esse tipo de terapia, achando que não ia melhorar nada à minha condição física (...); -“(...) eu podia ter desistido não é, podia ter experimentado e ter feito só uma vez, mas não, decidi continuar, porque achei seria, que seria o melhor para mim, na altura em Portugal, não tinha encontrado melhor maneira de fazer terapia ao meu corpo, que não fosse a hipoterapia (...)”*
- Quem são os participantes desta terapia, da hipoterapia? - *“(...) o meu fisioterapeuta, ele costuma estar sempre do lado esquerdo do cavalo (...). Uma pessoa a segurar no cavalo (...) será o fila guia, (...) é a pessoa responsável pelos movimentos do cavalo, se ele vai mais rápido ou devagar e uma pessoa do meu lado direito também para no fundo se eu me desequilibrar ou precisar de alguma ajuda, (...).”*

Em conversa informal (Apêndice G), o sujeito descreveu como aconteceu o seu acidente, tendo este ocorrido devido a uma queda de cavalo. Salienta-se que menciona que podia ter desistido da hipoterapia, mas considerou que esta era a mais eficaz para o seu corpo.

No que diz respeito, à segunda pergunta, o sujeito refere que os membros da equipa que o acompanhavam na hipoterapia eram três: fisioterapeuta, o fila guia e um ajudante. Para desenvolver as sessões de hipoterapia, para além do cavalo, são necessárias algumas pessoas que formam uma equipa multidisciplinar, ou seja, cada pessoa desempenha uma função e é através dos papéis que exercem, que dão a sua contribuição para que esta se possa desenvolver. O que o sujeito refere sobre a equipa é corroborado por Corrêa e Nunes (2012), Lobo (2003) e Seixas (2011), a equipa multidisciplinar acompanha o paciente, posicionando-se nas laterais do cavalo, para que este se sinta seguro e esteja sempre em segurança. O sujeito na categoria sobre as sessões de hipoterapia, referiu que por vezes, existia a presença de um quarto elemento, o *backrinding*, que servia de encosto quando este se sentava no dorso do cavalo. Tal como afirma Corrêa e Nunes (2012), esse quarto elemento, que é conhecido por *backriding* é inserido na equipa multidisciplinar quando o paciente não consegue manter o equilíbrio na posição sentada

em cima do cavalo, fica por trás do paciente servindo de encosto, permitindo assim a sua segurança.

No que concerne à categoria sobre as **sessões de hipoterapia**, retirou-se conteúdo de seis perguntas, com intencionalidade de responder ao objetivo específico: compreender, segundo as perspetivas do sujeito, quais foram as melhorias/benefícios percecionadas com o recurso à hipoterapia.

- - Quantas sessões fez e com que duração? - *“(...) entre 200 a 300 sessões, se o ano tem 365 dias, ... durante 10 anos (...)”*
- - E que tipo de exercícios fazia? - *“De alongamentos dos membros, de flexão seja do que for, pernas, braços, etc., só que aproveita o movimento do cavalo para que esses alongamentos e essas flexões sejam mais eficazes (...). Por exemplo, há um que é o índio morto, que uma pessoa está deitada no dorso do cavalo e está com a cabeça para um lado do cavalo e as pernas para o outro (...)”*
- - Começou a sentir melhorias ao fim de quantas sessões? - *“(...) ao fim de dois a três meses já me sentia bastante melhor.”; “(...) as primeiras eram entre 15 a 20 minutos e as restantes já eram entre 20 a 40 minutos, (...)”*
- - Consegue mencionar, por etapas, qual foi a evolução por si adquirida a nível funcional e psicoemocional? - *“(...) primeira sessão de teste de hipoterapia, eu não conseguia, eu não conseguia estar sentado em cima do cavalo sem que uma pessoa me estivesse a equilibrar (...)”; - “O passo do cavalo para mim era uma coisa complicada de gerir, portanto o que é que aconteceu, puseram uma pessoa também em cima do cavalo atrás de mim, e eles chamam a esta pessoa, a esta ajuda é o backriding.”; - “(...) e eu sei que passados esses três meses de hipoterapia, eu já não precisava da pessoa que fazia o backriding e comecei eu sozinho já a conseguir equilibrar-me em cima do cavalo”.*
- - Face às melhorias percecionadas por si, considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia parcial? - *“Eu*

recomendava exatamente, (...), eu tinha muitos músculos que no fundo estavam adormecidos, mas que eu consegui ativar através da hipoterapia (...).”

- - O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia? - *“(...) talvez haver mais formação sobre o que é a hipoterapia, por exemplo haver mais condições (aaa) para as pessoas fazerem a hipoterapia (...); “(...) depois também a ajuda financeira era muito bem-vinda. Se fosse participado então espetacular, porque é uma coisa que não existe e como há de calcular não é uma terapia barata (...).”*

Nesta categoria, o sujeito, partilhou informações muito pertinentes, pode-se evidenciar que as mesmas corroboram as informações recolhidas na pesquisa bibliográfica efetuada, onde são descritos os benefícios da hipoterapia.

No que concerne às sessões de hipoterapia, pode-se tecer que existiu melhorias. As durações das sessões aumentaram de 15/20 minutos para 20/40 minutos e a exigência a nível de exercícios também aumentando, devido à resposta dada pelo seu corpo aos exercícios que fazia. O sujeito menciona que esses exercícios só foram possíveis de fazer com a intervenção do cavalo e que estes lhe permitiram ter mais aquisição de equilíbrio a nível de tronco, após ter realizado as várias sessões. Desta maneira, constata-se que a hipoterapia beneficiou o sujeito, nomeadamente na recuperação e estimulação de vários músculos, através dos exercícios feitos. Como descreve Monteiro (2016), “o movimento rítmico e dinâmico do cavalo é usado para influenciar a postura, o equilíbrio e a mobilidade do praticante” (p. 31).

Santos e Lopes (2002) referem que “o paciente em função das indicações do terapeuta, pode adaptar diferentes posturas no cavalo em diferentes sessões” (p. 22) e essas posturas permitiram ao sujeito realizar exercícios que promoveram o seu equilíbrio em cima do cavalo. O sujeito menciona que numa fase inicial, precisava do *backriding* para se manter sentado em cima do cavalo e graças a esses exercícios realizados com a ajuda do movimento do cavalo, agora já se consegue equilibrar sozinho.

Por último, o sujeito foi questionado se recomendaria a hipoterapia a pessoas com tetraplegia parcial e este refere que sim, pois acha que as pessoa com tetraplegia total ou com outras fraturas, só iriam melhorar a sua condição física. Relembramos que Corrêa e Nunes (2012) definem a hipoterapia como:

Um método terapêutico baseado em princípios técnicos e pedagógicos, que utiliza o cavalo numa abordagem interdisciplinar, nas áreas da saúde, educação e de integração social, procurando-se a recuperação e o desenvolvimento biopsicossocial das pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais (p. 17).

Com base nos testemunhos do sujeito e na definição acima citada, podemos referir que a hipoterapia contribuiu de facto para promover a reabilitação do sujeito. Tal como Leitão (2008) menciona, esta terapia complementar tem como principais preocupações a reabilitação e aquisição de capacidades que proporcionem a reintegração do paciente nas atividades do seu quotidiano, a nível de trabalho, a nível pessoal e social.

O sujeito alerta ainda para o facto da necessidade de informar, de que se devem formar mais pessoas sobre a hipoterapia e que esta deveria ser financiada, ou ter apoios, pois é muito cara.

3.2. – Análise dos dados referentes à entrevista do fisioterapeuta.

Alusivo à categoria, **diagnóstico clínico** retirou-se informações de três perguntas, para um melhor entendimento sobre o objetivo específico: caracterizar o que é a tetraplegia parcial.

- – O que é a tetraplegia parcial? - *“A tetraplegia parcial é uma lesão neurológica (aa) a nível (aa) da cervical que limita a ação funcional dos membros superiores e dos membros inferiores.”*; - *“(…) pode ser por motivo traumático, (aa) pode, pode ser por um, por um outro tipo de motivo, (aa) mas há sempre uma lesão neurológica associada que limita a funcionalidade quer dos membros superiores, quer dos membros inferiores (...).”*

- – A que níveis fica comprometida a vida de uma pessoa que tem este quadro clínico? - *“Bem fica limitado a vários níveis, (...) limita a funcionalidade dos membros inferiores e superiores, (...) quase sempre limita a componente respiratória, (aa) limita a ação cardíaca, (aa) e pode também limitar (aa) de uma forma muito severa ou não (aa) áreas da, do sistema digestivo, trato urinário (...).”*; - *“(…) portanto a pessoa (aa) com uma lesão de uma tetraplegia parcial (aa) fica de facto limitada*

(aa) muito (aa) na sua capacidade de desenvolver uma série de atividades e isso faz com que (aa) a pessoa muitas das vezes desenvolva depois outro tipo de padrão de patologia mais emocional (aa) ou cognitiva (...).”

- – Quais são as terapias mais recomendadas para a tetraplegia parcial? - “(...) temos a hidroterapia, (...) temos a Fisioterapia que é fundamental, (...).”; - “(...) há a hipoterapia, como eu já disse, acho que, que bem orientada funciona (aa) lindamente, (aa) e depois existe terapia, terapia da fala, (aa) existe a, a terapia ocupacional que muitas das vezes também é aqui, é aqui esquecida (aa).”

Através das conceções partilhadas pelo fisioterapeuta, pode-se constatar que estas estão de acordo com o que foi investigado durante o estudo, corroborando assim com as definições dos autores mencionados.

Uma lesão medular como a tetraplegia mesmo sendo parcial, como o fisioterapeuta descreve, é uma lesão que incapacita a funcionalidade e os movimentos dos membros do corpo humano. Tal como referem Lianza et al., (2007) e Maestro (2010), citados em Guerreiro e Cavaco (2020), uma lesão medular “pode ser traumática ou não traumática. As lesões traumáticas podem resultar de “acidentes de viação ou quedas” (p. 137). Como referimos a lesão do sujeito foi provocada devido a uma queda de cavalo. A tetraplegia acontece quando há algum tipo de lesão severa no segmento das vertebra cervicais, C-1/ C- 7, essas lesões afetam a espinhal medula e é a partir desta que o cérebro envia os comandos necessários através de neurotransmissores para que o corpo produza movimentos e funcionalidade. Como o fisioterapeuta e Sousa (2017) descrevem, a informação é interrompida, por consequência, a zona afetada, abaixo dessa vertebra, deixa de fazer a sua função. Quase todos os sistemas do corpo humano são afetados devido à falta da informação enviada pelo cérebro. Sousa (2017) corrobora com o mencionado, onde refere que uma pessoa tetraplégica “experiência inúmeros problemas físicos, psicológicos e sociais, devido à sua imobilidade, alterações da sensibilidade e incontinência de esfíncteres” (p. 21).

Na categoria sobre a **hipoterapia** evidencia-se as informações retiradas de seis perguntas que pretendem dar resposta ao objetivo específico: analisar como a hipoterapia é como ferramenta de reabilitação.

- – O que é a hipoterapia e quais são os objetivos da hipoterapia? - *“A hipoterapia (...) é uma técnica que utiliza o cavalo como meio terapêutico e que utiliza o movimento tridimensional (aa) do cavalo para fomentar e estimular o movimento normal (aa) no paciente que tem uma, uma lesão, seja neurológica ou outra, (aa) e portanto como o cavalo tem um movimento (aa) superior e inferior, lateral e ântero-posterior, igual ao movimento humano (aa), isso permite desenvolver esse padrão normal que de alguma forma, por qualquer motivo foi (aa) alterado no paciente.”*; - *“E os objetivos da, da hipoterapia (...), é desenvolver e estimular (aa) a neurorecetividade, é de alguma forma estimular o equilíbrio e a melhoria do tônus muscular (aa), é melhorar o padrão, o padrão respiratório (aa), é melhorar a capacidade de, de do padrão central da pessoa, é de alguma forma melhorar a, a capacidade de mobilidade da pessoa, porque há muitos exercícios que nós desenvolvemos na hipoterapia que melhoram a mobilidade da pessoa. (Aa) e acima de tudo, criar uma relação também (aa) entre a pessoa e o cavalo, que faz com que a parte emocional (aa) seja aqui muito importante.”*

- – Quem são os elementos que fazem parte da equipa, quais são as funções de cada um desempenha? - *“(...) há o técnico, que normalmente pode ser um técnico de motricidade humana, pode ser um fisioterapeuta, que é o, o coordenador da terapia e que define os objetivos para a terapia e os partilha, e os discute com, com os parceiros que estão, que estão com ele no processo, que é o monitor que é responsável pelo cavalo, pelo treino do cavalo e pela condução do cavalo, durante todo o processo e durante toda a ação da reabilitação e existe um auxiliar que pode ser, como eu disse, uma pessoa que seja um voluntário, (...), seja treinado e seja capacitado para acompanhar (aa) esse técnico e ajude nas transferências, nas mobilizações e que é responsável (aa).”*

- – Como é feita a escolha dos cavalos? - *“(...) é feita (...) pelo monitor de equitação. (...) em conjunto com o técnico de saúde que acompanha a sessão, (aa) e sabendo quais é que são as características do paciente, (...).”*; - *“(...) são cavalos que têm que tar já adaptados e têm que tar trabalhados para este tipo de terapias, só podem fazer este tipo de terapias, (...).”*; - *“(...) tem que ser animais que estejam treinados, que estejam habituados a (aa), a ouvir determinados tipo de sons (aa), que sejam habituados a ser tocados, (...).”*

- – Quais são os andamentos escolhidos para fazer a hipoterapia? - *“(...) eu só tenho um, um andamento, que é o passo, (aa) porque como lhe disse, eu utilizo o cavalo como marquesa e portanto, o que eu quero é um movimento ritmado, um movimento tranquilo (aa), que permita ao paciente estar de uma forma relaxada e tranquila para eu poder depois estimular ou alongar consoante as necessidades e com os objetivos que eu pretendo (aa) o paciente.”*
- – Os acessórios utilizados no cavalo são iguais aos que se utilizam para praticar equitação ou são diferentes? *“(...) os únicos acessórios que eu tenho no, no cavalo é uma, é a manta com, com uma pega, só mais nada (aa). E portanto, porque o meu objetivo é ter o máximo de contacto do paciente com o cavalo.”; - Se eu tiver (aa) num, num tetraplégico parcial que adquira ou tenha algum controlo de tronco, eu posso utilizar uma sela, para quê, para estimular a posição sentado, mas isso depois tem a ver muito com a, a com os objetivos que eu tenho e com o paciente (...).”*
- – Quais são essas patologias ou situações que, que não são aconselháveis fazer a hipoterapia? *“(...) eu acho que é fundamental, mais do que criar aqui um padrão de limitações, fazer uma avaliação (aa) do paciente e sim, em função de uma avaliação (aa) multidisciplinar e dos técnicos que acompanham mesmo noutras terapias, (aa) perceber quais é que são as vantagens que se pode tirar do cavalo. E como digo, muitas das vezes, na, nas situações e nas avaliações que nós achamos que aquela, que aquele paciente não pode fazer hipoterapia, podemos encontrar técnicas terapêuticas em cima do cavalo que vão estimular exatamente o que nós pretendemos (...).”; - “Agora há limitações e contraindicações que a pessoa na altura (aa) tem que avaliar e tem que decidir se a pessoa deve ou não deve fazer a hipoterapia.”*

Como o fisioterapeuta descreve, a hipoterapia é uma técnica que utiliza o cavalo como meio terapêutico, que aproveita o movimento que o cavalo faz, o movimento tridimensional, para fomentar e estimular um paciente com alguma lesão, seja neurológica ou outra. A Sociedade Hípica Portuguesa (s.d.), preconiza o mencionado pelo fisioterapeuta e salienta que:

É uma abordagem de orientação clínica que é conduzida por profissionais de saúde com o apoio de Equitadores e de cavalos treinados para o efeito. O objetivo é retirar contributos de reabilitação através do movimento do cavalo e não o ensino equestre (para. 5).

O fisioterapeuta salienta que a hipoterapia tem como objetivos desenvolver e estimular a neuro recetividade, estimular o equilíbrio, a melhoria do tónus muscular, melhorar o padrão respiratório, melhorar a capacidade de mobilidade da pessoa e criar uma relação entre a pessoa e o cavalo, estimulando a parte emocional que é muito importante. Os objetivos apresentados pelo fisioterapeuta, vão ao encontro dos objetivos citados por Leitão (2004), à exceção do estímulo emocional narrado pelo fisioterapeuta.

A equipa multidisciplinar referenciada pelo fisioterapeuta integra três pessoas, tal como é referido por Corrêa e Nunes (2012), um psicomotricista ou fisioterapeuta que coordena a terapia e define os objetivos para a terapia, um monitor responsável pelo treino e condução do cavalo e um auxiliar que ajuda nas transferências e mobilizações do paciente.

Os cavalos para esta terapia são escolhidos pelo monitor/equitador e pelo fisioterapeuta, são cavalos que estão treinados e adaptados a determinados tipo de sons, ao contacto com o toque do humano, tal como citam Corrêa e Nunes (2012), o temperamento do cavalo é uma característica a ter em atenção quando se escolhe um cavalo e este deve ser muito dócil e calmo. Em relação ao andamento escolhido para dinamizar esta terapia, o fisioterapeuta afirma que se utiliza o passo, o que corrobora com o que é recomendado pelas diversas referências literárias pesquisadas. O passo é equiparado ao movimento da marcha humana e é caracterizado por proporcionar movimentos repetitivos e suaves em três planos: no plano horizontal, da esquerda para a direita; no plano vertical, para cima e para baixo; no plano longitudinal, para a frente e para trás (Bender, 2018).

Os acessórios (arreios) colocados no cavalo são muito básicos, uma cabeçada e uma manta com uma pega, contudo o fisioterapeuta menciona que se estiver perante um caso de um tetraplégico parcial e se este apresentar equilíbrio de tronco, poderá utilizar uma sela. O uso da manta permite o contacto direto do corpo humano com o cavalo e através desse contacto que são ativados diversos impulsos nervosos que são transmitidos pelos movimentos e pelo calor do cavalo. Os acessórios encontram-se de acordo com o que Corrêa e Nunes (2012) descrevem:

Uma manta com uma pega central sobre o garrote e com a possibilidade de adaptar ao conjunto um par de loros com estribos além de admitir o cilhão de argolas. Essa manta tem uma espessura de 2 a 2,5 cm acolchoada em espuma compacta (p. 39).

No que diz respeito às contraindicações, o fisioterapeuta refere que os diagnósticos clínicos deverão ser sempre avaliados pelos especialistas, porque poderá existir alguma técnica que se possa desenvolver com a ajuda do cavalo para promover ajuda aos pacientes, contudo menciona que há sim contraindicações.

Na categoria sobre as **sessões de hipoterapia**, demonstra-se os resultados retirados de nove perguntas, que pretendem responder ao objetivo específico: compreender, segundo as perspetivas do fisioterapeuta, quais foram as melhorias/benefícios percecionadas com o recurso à hipoterapia.

- – Quais e como foram definidos os objetivos para o B? - *“(...) a tetraplegia parcial do B foi adquirida através de um acidente a cavalo.”*; - *“(...) uma das coisas que falávamos com regularidade era o facto de, de ele voltar a sentar-se em cima de um cavalo. Era uma coisa que, que ele gostava muito, portanto e aí entra a parte emocional que é o estímulo (...).”*; - *“(...) no caso do B, sempre percebi que (aa), uma das grandes motivações era o voltar.”*; - *“(...) nós começamos sempre por uma posição de conforto para ele (aa) em que, que ele foi ganhando esse equilíbrio e esse conforto e começamos depois a evoluir, mas sempre com o objetivo “major” de lhe dar essa parte emocional e de lhe dar esse, esse estímulo cognitivo que ele precisava, (...).”*; - *“(...) depois o objetivo a seguir foi, de alguma forma, estimular a posição sentada, coisa que ele hoje consegue fazer e inclusive consegue ter movimentos ativos (aa) que é uma coisa que é fantástica, (...).”*
- – Como foram calendarizadas as sessões? - *“(...) definia com o paciente B os objetivos e, e, e víamos (aa) qual é que era o padrão e os números de sessões. Normalmente na hipoterapia, (aaa) faz-se só uma sessão por semana, (...).”*
- – Qual era a duração que cada sessão tinha? - *“Inicialmente começamos quinze, vinte minutos, porque ele não aguentava mais e saía completamente exausto e*

portanto, chegámos à conclusão que a parte final da terapia, (...), já não tinha fins terapêuticos (...).”; - “(...) com o decorrer das sessões (aa) fomos avaliando e fomos percebendo que poderíamos ir aumentando e chegámos com o que fazemos agora antes da pandemia, chegamos ali a sessões de trinta, quarenta minutos (...).”

- – Como é que o B era colocado em cima do cavalo para fazer os exercícios? - *“Nós temos uma plataforma, portanto as pessoas no caso do B que chega de cadeiras de rodas, (aa) chega a essa plataforma com, com a cadeira. Essa plataforma tem uma zona onde é colocado o cavalo, portanto o cavalo fica nessa zona, a cadeira vai até ao limite da plataforma que fica encostada ao cavalo e depois é transferido da cadeira para, para o cavalo por, por duas pessoas, por mim, (aa) por um auxiliar que está, que nos ajuda a fazer as transições e por uma terceira pessoa que está do outro lado do cavalo, (...).”*

- – Que tipos de exercícios eram feitos em cima do cavalo? - *“(...) todos os movimentos (aa) que nós fazemos numa tetraplegia parcial são induzidos pelo cavalo, de alguma forma (aa) ou são de alguma forma (aa) induzidos pelo terapeuta.”; - “Começávamos inicialmente com uma posição de deitado sobre o dorso do cavalo, (aa) em que elevamos as pernas e ele ficava (aa) a todo o nível cavalo e que fazíamos (aa) o, o durante uns minutos (aa) esses exercícios de relaxamento e adaptação ao cavalo, para que de alguma forma, a própria espasticidade dele também pudesse de alguma forma estabilizar, essa era a posição mais confortável para ele (aa), depois (aa) acabaríamos por fazer ali pequenas lateralizações para estimular toda, toda a estrutura do tronco, quer a nível dos oblíquos, quer a nível dos retos, fazíamos exercícios com a cabeça para estimular, de alguma forma a cadeia anterior (aa) e no fim destes exercícios, sentávamos (aa) e depois fazíamos exercícios em que ele era apoiado numa primeira fase (aa), fazíamos com o cavalo maior que temos (aa), com um técnico que se sentava e que fazia (aa) de, de encosto para o paciente B.”; - “O objetivo dessa, dessa pessoa é de dar segurança na posição sentado (...).”*

- – Quais foram os primeiros, as primeiras melhorias, progressos que o B fez? - *“(...) na hipoterapia foi o dia em que ele percebeu que conseguia andar sozinho num*

cavalo outra vez, a num, num, num movimento dinâmico, em que ele conseguia controlar o movimento dinâmico, portanto estamos a falar de um paciente que tava sempre deitado, adquiriu em clínica a posição sentado e depois na hipoterapia conseguiu a posição sentado dinamicamente, ou seja, com o movimento.”; - “(...) essa capacidade dinâmica ele só adquiriu porque foi na hipoterapia, se não, não iria, nunca conseguir.”

- – No final do plano das sessões dinamizadas, os principais benefícios e progressos, quais foram? - *“(...) grandes objetivos conseguidos, o, o dinâmico sentado, o dinâmico em cima do cavalo, acharíamos sempre que ele não conseguir, porque ele tem uma tetraplegia parcial (...).”*; - *“(...) mas depois a parte da espasticidade melhorou imenso, a parte respiratória, (...).”*; - *“Conseguimos com a hipoterapia uma dinâmica da grelha costal que não tínhamos até então, ou seja, conseguimos inspirações com o aumento e com (aa) o aumento da volumetria (aa) torácica, com os músculos inter, intercostais, que não tínhamos e que dificilmente o iríamos conseguir, (aa) ou acho que não iríamos conseguir em clínica, conseguimos na hipoterapia. (Aaa) uma, uma melhor volemia, notava-se a diferença no corpo do paciente B, depois das sessões de hipoterapia, porque via-se a, a capacidade circulante dele muito melhorada, (aa) (aa) e depois a outra parte que nós não conseguimos descrever, porque é, mais a parte emocional e motivacional dele, parte para, para ir para as sessões e para fazer outras coisas (...).”*
- – Considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia Parcial? - *“Eu disso não tenho a menor dúvida, (aa) acho que é fundamental perceber é quais, (...), os benefícios e quais os objetivos, (aa) porque todas as lesões, quando nós estamos a falar em tetraplegia parcial, temos a falar num mundo muito vasto, e, portanto, não podemos enquadrar todas as tetraplegias parciais. (Aa) porque se me disser assim, se eu tiver uma, uma tetraplegia muito alta, se calhar eu sou o primeiro a dizer que é contraindicada a hipoterapia, mas se tiver tetraplegia parcial baixa, se calhar faz todo o sentido (...).”*; - *“(...) neste caso do paciente B foi sem sombra de dúvidas uma mais grande valia e não foi só uma mais-valia, mas como digo, é uma mais-valia se os objetivos, (aa) que definirmos para os pacientes sejam atingíveis, acho que, às vezes, temos*

que pôr os objetivos (aa) num determinado patamar que sejam atingíveis, há outros que, que nós temos que lutar para lá chegar (...).”

- – O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia? - *“(...) é fundamental dar formação, acima de tudo, é que quem faça esta terapia esteja ciente do que é que está a fazer, a, e dos benefícios da hipoterapia, (aa) e que justifique muito bem e que saiba, de alguma forma, justificar o porquê desta terapia (...).”*; - *“(Aa) relativamente também à, à equitação terapêutica, às vezes há aqui conceitos que se confundem. (Aa) hipoterapia, na minha opinião, deve ter uma formação diferenciada e deve ter (aa) técnicos especializados em determinadas áreas para quê, para que possa também (aa) haver diálogo entre os técnicos (aa) em que todos se entendam, em que todos falem a mesma língua e que se perceba que estamos a falar de saúde e tamos a falar em reabilitação(aa), como que de outra técnica terapêutica se tratasse (...).”*; - *“Portanto, acho que é fundamental, dotar a hipoterapia de técnicos, de pessoas que a, de alguma forma, falem termos técnicos e que sejam formadas a, a, para, para, a área da reabilitação, para diferenciar, para que as pessoas percebam que o valor que pagam por estas terapias, pagam porque há uma terapia, porque há um conceito de reabilitação por trás (aa) e que desse forma, também os, os médicos e outros técnicos que acompanham, a, estes pacientes, possam indicar a hipoterapia como reabilitação e não como um momento lúdico de, de bem-estar (...).”*

Os objetivos definidos para o sujeito desta investigação foram definidos pelo fisioterapeuta, após várias conversas e durante a fisioterapia em clínica. O fisioterapeuta menciona que abordavam várias vezes o facto de o sujeito voltar a sentar-se novamente em cima do cavalo e deste modo, refere que isso serviu de estímulo e impulso motivacional e emocional para o seu processo de reabilitação. A hipoterapia é recomendada para pessoas com deficiências que necessitam de um processo de reabilitação, sendo necessário a apresentação de um relatório médico. Tal como menciona Corrêa e Nunes (2012), “a hipoterapia requer uma consulta para estabelecer o programa e dirigir especificamente as sessões às áreas de planificação motora e de integração sensorial do paciente” (p. 22). Partindo do fator emocional, foram realizando os exercícios, começando por posições confortáveis, para começar a ganhar algum equilíbrio.

Com a continuação dos exercícios, o fisioterapeuta refere que o sujeito conseguiu adquirir a posição sentada e conseguiu ter movimentos ativos. Esses exercícios eram feitos uma vez por semana. As primeiras sessões tinham a duração de quinze a vinte minutos, devido às condições físicas que o sujeito apresentava inicialmente, contudo e com o decorrer das sessões, estas posteriormente começaram a ter a duração de trinta a quarenta minutos. Santos e Lopes (2002) narram “que, montar a cavalo, despertava o estado anímico e que era particularmente benéfico para os paraplégicos e pacientes com outros traumas neurológicos” (p. 23).

Para fazer os exercícios, havia uma plataforma de apoio, que o sujeito acedia na sua cadeira de rodas. O cavalo era colocado ao lado dessa plataforma e o sujeito era transferido da cadeira de rodas, com a ajuda do fisioterapeuta e do auxiliar de apoio para cima do cavalo. Os exercícios iniciavam-se na posição de deitado sobre o dorso do cavalo, o fisioterapeuta elevava as pernas e o sujeito permanecia ao longo do dorso do cavalo, refere que eram exercícios de relaxamento e adaptação ao cavalo, porque o sujeito apresentava espasticidade e esses exercícios contribuíam de alguma forma para estabilizar os músculos. Santos e Lopes (2002) preconizam que “as sessões de hipoterapia devem ser antecedidas por um aquecimento muscular de forma a que os músculos e as articulações estejam preparadas para os exercícios que irão efectuar em cima do cavalo” (p. 24). Em seguida faziam pequenas lateralizações para estimular a estrutura do tronco, quer a nível dos oblíquos, quer a nível dos retos. Eram feitos exercícios com a cabeça para estimular, a cadeia anterior e no fim das sessões faziam exercícios em que ele era apoiado inicialmente pelo *backriding*, que servia de encosto e no final já não precisava dessa pessoa, pois conseguia sentar-se sozinho em cima do cavalo.

O fisioterapeuta menciona que as primeiras melhorias foi quando o sujeito percebeu que conseguia andar sozinho num cavalo novamente, de referir que o fisioterapeuta diz que, o sujeito estava sempre deitado e adquiriu a posição sentada em clínica e com a intervenção de reabilitação com a ajuda do cavalo, conseguiu adquirir esta postura sentada dinâmica, com alguns movimentos. No decorrer da entrevista, o fisioterapeuta menciona que sentiu entusiasmo por parte do sujeito.

Na opinião de diversos psiquiatras, o cavalo, para os pacientes que se deslocam numa cadeira de rodas, quando o montam, permite-lhes pela primeira vez nas suas vidas (...), olhar para os seus semelhantes de cima para baixo, ao contrário da posição numa cadeira

de rodas, o que estimula em grande medida a sua auto-estima (Santos & Lopes, 2002, p. 23).

Durante a entrevista, o fisioterapeuta referiu que, no final das sessões conseguiram grandes progressos, nomeadamente a nível da aquisição da posição de dinâmico sentado, da posição dinâmico sentado em cima do cavalo, pois sempre pensaram que tal não iria acontecer, devido à sua tetraplegia parcial. Existiram imensas melhorias na parte da espasticidade, na parte respiratória, observou melhoramento da dinâmica da grelha costal que não tinham tido até à dinamização das sessões, conseguindo assim um aumento de inspirações, aumentando a volumetria torácica. Salienta que, houve um aumento da massa muscular dos músculos intercostais, que não iriam obter em clínica, mas conseguiram devido às sessões de hipoterapia. Constatou também melhoramento a nível da volemia, a capacidade circulatória do sangue aumentou. O fisioterapeuta narra que houve uma parte que não se consegue descrever, a parte emocional e motivacional dele para frequentar as sessões.

Na opinião do fisioterapeuta, a hipoterapia é uma mais-valia para promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia parcial, referindo que não tem a menor dúvida. Salienta a importância de se conhecer os benefícios e os objetivos a se definir para cada lesão, porque uma tetraplegia mesmo que seja parcial é um mundo muito vasto e não se pode igualar todas as tetraplegias devido às diferenças existentes entre elas. O fisioterapeuta reforça a ideia que para este sujeito, *“foi uma grande valia e não só uma mais-valia, devido a ter alcançado os objetivos que determinaram atingir”*.

No que se refere, ao que poderia ser feito para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com tetraplegia parcial, este descreve que é fundamental ter formação nesta terapia, para que as pessoas reconheçam os benefícios que esta pode ofertar aos pacientes e para que saibam justificar o porquê de se promover esta terapia. O fisioterapeuta refere que há conceitos que se confundem dentro da equitação com fins terapêuticos, a hipoterapia deve ter técnicos especializados, técnicos da área da reabilitação, com formação diferenciada, devido a ser uma terapia que tem como principal objetivo a área da saúde e a reabilitação de pessoas, para que todos compreendam os termos técnicos que estão a desenvolver. Refere também, que é importante as pessoas perceberem o valor que pagam por esta terapia, mencionando que é uma terapia com um verdadeiro conceito de reabilitação e não apenas um momento lúdico ou de bem-estar.

3.3. – Análise global das entrevistas

Ao se comparar as respostas das entrevistas do sujeito e do fisioterapeuta, verifica-se que existe unanimidade entre as mesmas. Ambos dão respostas esclarecedoras que ajudaram na compreensão dos objetivos específicos que foram delineados para dar resposta à questão de pesquisa. Em reflexão pode dizer-se que a hipoterapia foi facilitadora do processo de reabilitação do sujeito com tetraplegia parcial.

Como supracitado, a tetraplegia parcial condicionou a vida do sujeito a nível de movimentos do corpo e a nível da funcionalidade, impedindo-o de realizar pequenas tarefas. Tal como o sujeito refere, há problemas que muitas pessoas desconhecem, tais como o controlo dos esfíncteres, o fisioterapeuta ainda enumera problemas de ordem cardíaca, respiratória e a espasticidade. O sujeito menciona que a nível psicológico, a tetraplegia parcial fez com que este amadurecesse mais rápido e que não tivesse episódios de depressão. O fisioterapeuta referencia também que a tetraplegia pode desenvolver outro tipo de padrão de patologia mais emocional ou cognitiva. Através de conversas entre ambos, o fisioterapeuta constatou que o voltar a estar novamente em cima de um cavalo, fez com que fosse um fator e um impulso emocional que o estimulou na realização das sessões de hipoterapia.

Segundo o sujeito, foram feitas cerca de 200 a 300 sessões de hipoterapia, durante 10 anos e começou a sentir melhorias ao fim de 3 a 4 meses. Com a evolução das sessões a duração das mesmas também aumentou, no início duravam entre 15 a 20 minutos e posteriormente passaram para 20 a 40 minutos.

A hipoterapia foi desenvolvida por uma equipa de três elementos, fisioterapeuta, equitador responsável (fila guia) e por um ajudante, que orientavam o cavalo e o sujeito para a realização dos objetivos e exercícios definidos para a reabilitação. Inicialmente, era integrado um quarto elemento, o *backriding*, para servir de encosto no cavalo, quando o sujeito passou para o objetivo da aquisição da posição sentada dinâmica. A escolha do cavalo e os acessórios utilizados para dinamizar as sessões de hipoterapia, tiveram em conta as necessidades que o sujeito apresentava.

Tal como ambos referem, o movimento tridimensional que o cavalo produz ajudou a facilitar a realização dos exercícios de reabilitação definidos pelo fisioterapeuta para o sujeito. Referem que os exercícios que faziam, englobavam alongamentos e flexões dos membros do corpo, relaxamento e adaptação ao cavalo devido à espasticidade que o sujeito tinha.

Pode-se afirmar, segundo o fisioterapeuta e o sujeito que existiram imensas melhorias, que se fizeram notar a nível do equilíbrio do tronco, na aquisição da posição sentada dinâmica,

a nível cardíaco e respiratório, na espasticidade, aumento da massa muscular dos músculos intercostais e a nível da capacidade circulatória do sangue.

Os participantes mencionam que deve existir formação especializada para dinamizar a hipoterapia, para que se possa diferenciar das outras modalidades da equitação com fins terapêuticos. O fisioterapeuta alude que é uma terapia que tem como finalidade uma componente de reabilitação a nível da saúde e por isso é dispendiosa e o sujeito refere que esta devia ser comparticipada por ser um pouco cara.

Perante as melhorias e por todos os fatores apresentados pelos participantes da investigação, pode-se afirmar que se atingiu o objetivo geral que definimos para este estudo, o de compreender como é que a hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial, constatando-se que a hipoterapia para este sujeito foi sem dúvida uma mais-valia na sua reabilitação.

Capítulo IV – Considerações finais

O presente estudo de caso de carácter exploratório, assentou numa metodologia qualitativa.

Partindo da questão de pesquisa orientadora da investigação: de que forma é que a hipoterapia pode ser uma terapia promotora do processo de reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial?, foi elaborado o objetivo geral, compreender como é que a hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial. Como era um objetivo que exigia a investigação de alguns temas, foi necessário formular três objetivos específicos: caracterizar o que é tetraplegia parcial; analisar como a hipoterapia é uma ferramenta de reabilitação; compreender, segundo as perspetivas do sujeito e do fisioterapeuta, quais foram as melhorias/benefícios percebidas com o recurso à hipoterapia. Ao se dividir o objetivo geral, foi mais fácil investigar os vários temas e esquematizar as informações que se pretendiam recolher.

Constata-se que as informações partilhadas pelos participantes do estudo corroboram com as definições encontradas e referidas no enquadramento conceptual que foi efetuado através da pesquisa bibliográfica. As informações partilhadas foram analisadas e permitiram responder à questão de pesquisa, aos objetivos geral e específicos, de maneira positiva e pode-se tecer que para este sujeito, a hipoterapia foi muito benéfica na sua reabilitação, tal como referido na análise e discussão dos resultados.

Pode-se afirmar que existiram imensas melhorias e que estas se fizeram notar a nível do equilíbrio do tronco, na aquisição da posição sentada dinâmica, a nível cardíaco e respiratório, na espasticidade, aumento da massa muscular dos músculos intercostais e a nível da capacidade circulatória do sangue.

Existiram também benefícios a nível emocional e motivacional, que foram indicados pelo fisioterapeuta, esses benefícios foram um ponto de partida para a realização de alguns projetos que o sujeito tinha em mente. Poder-se-á talvez pensar que o fator da inclusão social esteve subentendido na realização dos projetos pessoais do sujeito, visto que numa fase inicial estava acamado e fazia fisioterapia em clínica, e depois com o complemento da prática das sessões de hipoterapia, o sujeito começou a incluir-se novamente na sociedade.

Existiram algumas limitações na realização desta investigação. Uma devido à situação pandémica que se está a atravessar, que fez com que esta investigação só fosse possível ser realizada recorrendo a conversas informais e a entrevistas semiestruturadas não presenciais,

pensamos que se tinham alcançado resultados mais ricos e com mais pormenores, se se pudesse ter acompanhado e observado as sessões de hipoterapia, nomeadamente teríamos mais conhecimentos sobre as posições realizadas em cima do cavalo, o que nos poderia ter levado a investigar o impacto que estas exerceram no sujeito de forma mais minuciosa. Outra limitação foi o facto de não existir uma terminologia única e orientadora sobre os modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos e isso fez com que se levasse mais tempo na reestruturação do corpo do trabalho. Houve a necessidade de se rever as informações que inicialmente foram recolhidas na pesquisa bibliográfica, para que se conseguisse esquematizar os modelos de intervenção da equitação com fins terapêuticos. Essa esquematização é visível na figura 1.1, e permitiu-nos encontrar uma linha condutora, que futuramente poderá ajudar na realização de novas investigações. Essa linha condutora foi uma mais-valia, permitiu-nos enquadrar a hipoterapia na terminologia equitação com fins terapêuticos, terminologia utilizada pela Sociedade Hípica Portuguesa, que tem como base o modelo de intervenção alemão. Houve outra mais-valia, que foi o facto de existir literatura e artigos científicos sobre o que é a hipoterapia e constatarmos que toda a informação recolhida sobre esta modalidade corrobora uma com as outras, o que inicialmente foi uma limitação, no final é uma vantagem para futuras investigações sobre o tema.

Os estudos académicos pesquisados, através da *American Hippotherapy Association* (2017), sobre estes dois temas em conjunto, hipoterapia e a tetraplegia parcial, referem nas suas conclusões que o que dificulta a comprovação científica dos dados, deve-se ao facto de existir várias diferenças dentro do universo das lesões medulares dos sujeitos participantes com tetraplegia parcial, pois as lesões manifestam-se de maneira diferente para cada um. Por conseguinte, pensamos que seria benéfico realizar um estudo aprofundado sobre como é que as posições realizadas em cima do cavalo beneficiam os pacientes com tetraplegia parcial. Para tal, poder-se-ia utilizar uma grelha de observação, cujo objetivo seria registar o padrão das posições e seus benefícios, como por exemplo o fortalecimento do tónus muscular, a diminuição da espasticidade, o melhoramento postural e entre outros, desta maneira iríamos contribuir para a investigação na área.

Embora existam discordâncias conceptuais acerca da terminologia que se utiliza, é unânime a nível mundial, que o cavalo é considerado como um meio terapêutico, capaz de promover e desencadear reações únicas através dos seus andamentos. Os andamentos do cavalo, principalmente o “passo” é equiparado à marcha humana, onde é produzido um movimento tridimensional que proporciona a estimulação de vários músculos e impulsos nervosos para o Sistema Nervoso Central. Através dessa estimulação pode-se sentir melhorias a nível físico,

cognitivo e psicológico. Tal como se pode ler no enquadramento conceptual, o cavalo é um animal muito benéfico e com muito potencial para desenvolver atividades/sessões/intervenções na área da saúde, da educação e desporto para pessoas que apresentam problemas a nível cognitivo e motor.

Foram inúmeras as aprendizagens pessoais e profissionais que retiramos desta investigação, nomeadamente a obtenção de um maior conhecimento sobre a realidade das pessoas com este tipo de deficiência motora, a tetraplegia parcial. Constatou-se que estas pessoas se deparam com uma série de condicionamentos e que estes não se refletem somente a nível de movimentos, mas também a nível funcional e um desses condicionamentos está no controlo das necessidades fisiológicas, particularmente no controlo dos esfíncteres.

Enquanto profissionais da Educação Especial e promotores da Inclusão, considera-se importantíssimo conhecer muito bem o diagnóstico clínico de uma pessoa e no caso das tetraplegias, vimos que existem vários tipos de lesões. Estas lesões, devido às áreas afetadas manifestam-se de maneira diferente, logo uma lesão de tetraplegia pode-se apresentar de maneira diferente de pessoa para pessoa. O conhecimento do diagnóstico clínico sobre a tetraplegia parcial, permite-nos ter consciência de que não podemos utilizar os mesmos métodos para diferentes casos, desta maneira, esse conhecimento possibilitar-nos-á adequar as estratégias e objetivos para cada pessoa, de maneira a proporcionar às pessoas com tetraplegia parcial um melhor processo de reabilitação.

A nível do uso da hipoterapia, como já referimos, consideramos benéfico para pessoas com tetraplegia parcial, contudo e como o fisioterapeuta refere deve-se conhecer bem o diagnóstico clínico, para não correr o risco de piorar as situações das pessoas. Há que avaliar se existe alguma contraindicação, das que foram mencionadas na tabela 1.3, que impossibilite a prática das sessões de hipoterapia. Salientamos também que deve existir um acompanhamento feito por um profissional da área de saúde para que se possa aferir se todas as condições são favoráveis.

Um aspeto que gostaríamos de destacar é o facto de não se confundir a hipoterapia com as restantes modalidades da equitação com fins terapêuticos, pois os objetivos e a área que a hipoterapia atua é diferente, esta é direcionada para a área da Saúde, da reabilitação.

Relativamente a esta investigação, consideramos que foi um estudo inovador, que poderá contribuir para que a hipoterapia possa chegar até às pessoas com tetraplegia parcial que reúnam as condições necessárias à sua prática e lhes possibilite uma melhor qualidade de vida e inclusão social.

Destacamos ainda, que a hipoterapia já é considerada um método terapêutico de reabilitação no Brasil.

Em Portugal, existem vários projetos desenvolvidos através de parcerias entre clubes, centros de equitação e associações de cariz social, CERCI, APPC, algumas Câmaras Municipais e entre outras, que dinamizam todas as modalidades da equitação com fins terapêuticos. Existem também universidades que têm apostado em cursos que abordam no seu plano de estudos a equitação com fins terapêuticos.

Como futuras propostas considera-se que se poderia aumentar a visibilidade dos cursos académicos e dos projetos já desenvolvidos no nosso país sobre o tema. A partilha destes, ajudaria a criar uma associação única, a unificar conceitos e objetivos para os diferentes quadros clínicos das pessoas com deficiência; poder-se-ia aumentar a validade da hipoterapia como técnica de reabilitação através da sua divulgação científica, para que esta possa ser aceite e considerada pelo Ministério da Saúde, no processo de reabilitação das pessoas com deficiência.

Referências bibliográficas

- American Hippotherapy Association. (2017). *American Hippotherapy Association, Inc. Statements of Best Practice for the Use of Hippotherapy by Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech-Language Pathology Professionals.*
- ANDE-BRASIL. (s.d.). Associação nacional de equoterapia. <http://equoterapia.org.br/>
- APPC-FARO. (s.d.). Associação portuguesa de paralisia cerebral de Faro. <https://www.appc-faro.org.pt/pt/appc-info/outros-servicos/hipoterapia-equitacao-terapeutica>
<https://www.americanhippotherapyassociation.org/assets/docs/Final-2017-Best-Practice-2.pdf>
- Artuso, A. (2006). Medida da independência funcional e aliança terapêutica: Seus papéis na construção e avaliação de um programa de reabilitação. In FRDI & ANDE-BRASIL. *XII Congresso internacional de equoterapia: Encontro entre dois amigos.* 290-295. <http://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/cavalos.pdf>
- Associação Salvador. (2017). *Manual para pessoas com deficiência motora* (2º ed). Associação Salvador. <https://www.associacaosalvador.com/preciso-de-apoio/preciso-de-apoio/#manual>
- Baldassin, V. (2017). *Os indivíduos com tetraplegia por lesão medular e o uso dos recursos de tecnologia assistiva em computadores: uma abordagem bioética.* [Doutoramento em Bioética, Faculdade de ciências da saúde da Universidade de Brasília]. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23400/1/2017_Val%c3%a9riaBaldassin.pdf
- Bampi, L., Guilhem, D., & Alves, E. (2010). Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [online]. 18 (4), 816-823. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Bampi, L., Guilhem, D., & Lima, D. (2008). Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Revista Brasileira Epidemiol.* 11 (1), 67-77 <https://www.scielo.org/article/rbepid/2008.v11n1/67-77/>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.
- Bender, R. (2018). *Hipoterapia: El caballo en la rehabilitación.* Ediciones Universidad Católica do Chile. <https://ediciones.uc.cl/index.php/hipoterapia-el-caballo-en-la-rehabilitacion.html>
- Brofenbrenner, U. (1987). *La ecologia del desarrollo humano: Cognición y desarrollo humano* Ediciones Paidós.
- Bogdan, R., & Bilken, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação.* Porto Editora.
- Boni, V. & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese,* 2 (1). 68-80. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>

- Borges, M. L. (2020). Deficiência, desigualdade social e educação. In Luísa, C. & Borges, M. L. (Coords.) (2020). *Construindo a educação inclusiva: Teoria e prática*. (pp. 9-24). Papa-lettras.
- Botelho, L. (1997). A hipoterapia na medicina de reabilitação. *Ata Fisiátrica*, 4 (1), 44-46. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102065/100484>
- Caçador, C. (2014). *A importância da hipoterapia nas crianças autistas*. [Dissertação de mestrado, Escola superior de educação João de Deus]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6192/1/Carla%20Ca%C3%A7ador.pdf>
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Corrêa, J., & Nunes, L. (2012). *O cavalo como meio terapêutico*. Grafilipe.
- Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho – Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 129/2018, Série I. <https://dre.pt/application/conteudo/115652961>
- Dias, A. (2014). *Hipoterapia na pessoa idosa*. [Projeto de intervenção de mestrado, Faculdade de ciências sociais, educação e administração da Universidade Lusófona de humanidades e tecnologias]. <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/6003/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Andreia%20Dias.pdf>
- Durel, N. (s.d.). *Método Kiron: Intervenções assistidas por equinos*. <http://quintadocavalo.com/intervencoes-assistidas-equinos/>
- Figueiredo, M. (2014). *A equitação terapêutica e os seus efeitos: perspetiva dos pais e estudos de caso*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de psicologia e de ciência da educação da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/79411/2/34495.pdf>
- FRDI. (s.d.). Federation of Riding for the Disabled International. <https://www.frdi.net/benefits.html>
- FRDI & ANDE-BRASIL. (2006). XII Congresso internacional de equoterapia: Encontro entre dois amigos. <https://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/cavalos.pdf>
- Fundação Selma. (s.d.). <https://www.fundacaoselma.org.br/equipe-tecnica>
- Gago, M., & Marinho, P. (2017). *Era uma vez...5: História e Geografia de Portugal |5º ano|*. 2.º Ciclo do Ensino Básico. Raiz editora.
- Guerreiro, J., & Cavaco, A. (2020). Problemas de domínio motor e produtos de apoio – estratégias promotoras de inclusão, In Luísa, C. & Borges, M. L. (Coords.) (2020). *Construindo a educação inclusiva: Teoria e prática*. (pp. 137-154). Papa-lettras.
- Klumer, C. (2003). Federation of Riding for the Disabled International. *The International Congresses and the History of FRDI*. <https://www.frdi.net/history.html>

- Lei nº 13.830, de 13 de maio de 2019 dos Atos do Poder Legislativo. (2019). Diário oficial da União, Edição 91. seção 1. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.830-de-13-de-maio-de-2019-96113173>
- Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto da Assembleia da República. (2004). Diário da República, Série I – A, n.º 194. <https://dre.pt/application/conteudo/480708>
- Leitão, L. (2008). Sobre a equitação terapêutica: Uma abordagem crítica. *Análise Psicológica*, 26 (1), 81-100. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000100007&lng=pt&tlng=en
- Lobo, A. (2003). *Equitação terapêutica: A Influência de um Programa de Equitação Terapêutica em jovens com Problemas/Distúrbios Comportamentais portadores de Deficiência Mental Ligeira*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da Universidade do Porto]. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9752/4/5559_TM_01_C.pdf
- Luísa, C., & Ferreira, D. (2020). As Intervenções Assistidas por Animais: Um contributo para as necessidades educativas específicas. In Luísa, C. & Borges, M. L. (Coords.). (2020). *Construindo a educação inclusiva: Teoria e prática*. (pp. 99-122). Papa-lettras.
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, 2(2), 49-65. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3961/1/O%20estudo%20de%20caso%20como%20estrat%20c3%a9gia%20de%20investiga%20c3%a7%20em%20educa%20c3%a7%20c3%a3o.pdf>
- Mota, C. (2006). Programa de atendimento equoterápico nos distúrbios de aprendizagem (PEADA). In FRDI & ANDE-BRASIL. *XII Congresso internacional de equoterapia: Encontro entre dois amigos*, 60-69. <http://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/cavalos.pdf>
- Monteiro, L. (2016). *A importância da hipoterapia no desenvolvimento da aprendizagem na criança autista*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. <https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=70597&q=Lu%C3%ADs%20Fernando%20Carvalho%20Monteiro>
- OMS. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde- CIF*. Direção-Geral de Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf
- ONU. (2006). *Convenção sobre os Direitos Humanos*. https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf

- ONU. (2007). *Convenção sobre os Direitos das pessoas com Deficiência*. http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_d_eficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf
- Pinto, P. (2015). Modelos de abordagem à deficiência: que implicações para as políticas públicas?. *Ciências e políticas públicas, I* (I), 174-200. https://www.researchgate.net/publication/330380101_Modelos_de_abordagem_a_deficiencia_que_implicacoes_para_as_politicas_publicas
- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* (2ª ed.). Feevale. https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf
- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de junho – Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. (2009). Diário da República, Série I, n.º 146. <https://dre.pt/application/file/a/493125>
- Santos, A. (2013). *A Hipoterapia com as Crianças portadoras das Perturbações do Espectro do Autismo*. [Dissertação de mestrado, Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15939/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Santos.pdf>
- Santos, F., & Lopes, J. (2002). *Pégaso e os anjos: Terapia pelo cavalo*. Edições Minerva.
- Scholler, S., Martini, A., Forner, S., & Nogueira, G. (2016). *Abordagem multiprofissional em Lesão medular: Saúde, Direito e Tecnologia*. Florianópolis: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. <https://www.ifsc.edu.br/documents/30701/523474/Lesao+Medular+WEB.pdf/39df2463-bd7b-5e88-7a8f-da0594784c9b>
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. (2005). https://www.inr.pt/documents/11309/217178/guia_do_principiante.pdf/f1e1991e-1758-479a-8f76-68b833ef9210
- Seixas, L. (2011). *O efeito da hipoterapia e da atrelagem adaptada na auto-eficácia e nas funções psicomotoras de crianças com necessidades educativas especiais*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de ciências sociais e humanas da Universidade nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5754/1/tesePDF.pdf>
- Selltiz, C., Wrightsman, L.S., & Cook, S.W. (1987). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Silva, I. (Coord.), Marques, L., Mata, L., & Rosa, M. (2016). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar*. Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação (DGE). https://www.dge.mec.pt/ocepe/sites/default/files/Orientacoes_Curriculares.pdf

- Silva, M., (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação*. 13, 135-153.
<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/562>
- Silva, N., Araújo, B., & Baccarin, R. (2006). O mundo dos cavalos: possibilidade de alfabetização. IN FRDI & ANDE-BRASIL. *XII Congresso internacional de equoterapia: Encontro entre dois amigos*. 170-175.
<http://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/cavalos.pdf>
- Sousa, N. (2017). *O Respeito pela Autonomia da Pessoa com Tetraplegia Completa em Reabilitação pelos Profissionais de Saúde*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa].
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33985/1/11587_Tese.pdf
- Sociedade Hípica Portuguesa. (s.d.). *Equitação com fins terapêuticos*.
<https://sociedadehipica.pt/>
- UNESCO. (1994). Declaração de Salamanca. *Conferência mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade*.
[https://pnl2027.gov.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1011&fileName=Declaracao_Salamanca.pdf](https://pnl2027.gov.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1011&fileName=Declaracao_Salamanca.pdf)
- Vasconcelos, T. (2009). *Natação, equitação e educação física: três programas de actividade físicas em jovens/adultos com perturbações do espectro do autismo*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19817/2/38568.pdf>
- Vermelhudo, A. (2011). *O efeito da hipoterapia, como parte de um programa de tratamento, na funcionalidade em crianças com Paralisia Cerebral – Estudo de Caso*. [Monografia de final de curso, Escola superior de saúde Atlântica, Universidade Atlântica].
<https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/575/3/O%20efeito%20da%20hipoterapia%20%20como%20parte%20de%20um%20programa%20de%20tratamento%20%20na%20funcionalidade%20em%20crian%C3%A7as%20com%20Paralisia%20Cerebral%E2%80%93Estudo%20de%20Caso.pdf>
- VISÃO. (2021). Paralímpicos: Cavaleira Ana Mota Veiga foi 14.^a na prova individual de Dressage. *Revista VISÃO*. <https://visao.sapo.pt/atualidade/desporto/2021-08-27-paralimpicos-cavaleira-ana-mota-veiga-foi-14-a-na-prova-individual-de-dressage/>

Anexos

I – Declaração de conformidade



Comissão de Ética da Universidade do Algarve
Campo da Pêra - 8005-139 Faro - Portugal
Tel.: +351 289 890 100
etica@ualg.pt - www.ualg.pt

Declaração de Conformidade

Relativa ao estudo

Hipoterapia e a Tetraplegia parcial

Vimos por este meio assegurar que, em todas as etapas do desenvolvimento do estudo suprarreferido, se respeitam os princípios e valores do Código de Ética da Universidade do Algarve, nomeadamente o progresso e valorização do conhecimento, a qualidade da investigação e a verdade científica, respeitando os valores da honestidade intelectual, da autenticidade, da objetividade, do respeito pela propriedade intelectual e do rigor metodológico e experimental.

Faro, 02 / 01 /2021

O/A Investigador/a responsável pelo projeto

Isabete Gil Romão

II – Carta de compromisso – Covid19



Comissão de Ética da Universidade do Algarve
Campus da Penha - 8005-139 Faro - Portugal
Tel.: +351 289 800 100
etica@ualg.pt - www.ualg.pt

Carta de compromisso

Relativa ao estudo

Hipoterapia e a Tetraplegia parcial

Vimos por este meio assegurar que, em todas as etapas do desenvolvimento do estudo suprarreferido, se respeitam todos os pressupostos decorrentes da declaração do estado de calamidade, e legislação decorrente, bem como todas as orientações da Direção Geral da Saúde, emanadas no contexto da Pandemia COVID-19.

Faro, 02/ 01 /2021

O/A Investigador/a responsável pelo projeto

Elisabeto Gil Romão

III – Parecer de conformidade de proteção de dados da Universidade do Algarve

31/12/2020

Correio – ELISABETE DA CONCEIÇÃO GIL ROMÃO – Outlook

Re: Pedido de parecer de conformidade de proteção de dados

Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>

qua, 30/12/2020 20:12

Para: ELISABETE DA CONCEIÇÃO GIL ROMÃO <a19882@ualg.pt>

Cara Elisabete Romão

Na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da UALG e na sequência da continuidade do Vosso pedido de Parecer sobre a Conformidade RGPD do Estudo "Hipoterapia e a Tetraplegia Parcial", confirmo encontrar no formulário de questionário as condições necessárias para evitar possíveis situações que possam responsabilizar a UAlg em termos de falta de cumprimento de requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD e LPDP.

Mais informo que para garantir a conformidade RGPD o documento de Informação Prévia de Privacidade de Dados deve ser apresentado a cada participante requisitando a sua leitura, tomada de conhecimento e assinatura para o termo de consentimento.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.

Melhores Cumprimentos

Júlio Fernandes - na qualidade de EPD da UAlg

From: ELISABETE DA CONCEIÇÃO GIL ROMÃO <a19882@ualg.pt>

Sent: 30 December 2020 16:05

To: Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>

Subject: Pedido de parecer de conformidade de proteção de dados

Boa tarde, Dr. Júlio Fernandes.

Eu, Elisabete da Conceição Gil Romão, aluna nº 19882, do mestrado de Educação Especial - Domínio cognitivo e motor, da Escola Superior de Educação e Comunicação, da Universidade do Algarve, venho por este meio solicitar o parecer de conformidade do Regulamento de Geral Privacidade de Dados - RGPD, para que possa ser aprovado pela comissão de ética da Universidade do Algarve, a realização da minha dissertação de mestrado com o título: Hipoterapia e a Tetraplegia parcial. Junto envio, em anexo, o modelo preenchido que me solicitou.

Atenciosamente, com votos de um bom ano novo,

A aluna

Elisabete Gil Romão

IV – Parecer da comissão de ética da Universidade do Algarve



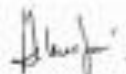
COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Nº DO PROCESSO	CEUAlg Pn°12 /2021
DATA DO PEDIDO ENDEREÇADO SITE CE	06/01/2021
TÍTULO/TEMA	Hipoterapia e a Tetraplegia parcial
RESPONSÁVEL PELO PROJETO	Elisabete da Conceição Gil Romão
FUNDAMENTO DO PEDIDO DE PARECER	Eu, aluna n.º 19882, do mestrado em Educação Especial - domínio cognitivo e motor, da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, venho por este meio, solicitar o pedido de parecer à Comissão de Ética para a realização do estudo dissertação: Hipoterapia e a Tetraplegia parcial.
RESUMO/OBJETIVO	<p>O objetivo geral do estudo dissertação: Hipoterapia e a Tetraplegia parcial, é compreender como é que a Hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com Tetraplegia parcial.</p> <p>No decorrer do processo de recolha de dados teremos sempre garantida a confidencialidade e anonimato dos intervenientes. O tratamento dos mesmos também obedecerá a uma conduta ética e de respeito pela individualidade dos dados partilhados por cada participante.</p>

METODOLOGIA	A realização deste estudo, assenta numa metodologia qualitativa, num estudo de caso e irão ser feitas entrevistas semiestruturadas como instrumento de recolha de dados de informação. O estudo tem dois participantes, o sujeito com Tetraplegia parcial e o fisioterapeuta que o acompanhou nas sessões de Hipoterapia. Irá ser solicitada autorização para gravação da entrevista aos participantes, com a explicação que a informação utilizada somente para fim académico.
DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DO GABINETE DE Protecção DE DADOS DA UAAl	Apresentou declaração.
DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE COM AS NORMAS DA DGS 10388/2020 COVID-19	Apresentou declaração.
DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE COM O COMITÉ DE ÉTICA DA UAAl	Apresentou declaração.
PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UAAl	<p>Positivo com recomendações</p> <p>Não obstante o parecer positivo, esta comissão emite as seguintes recomendações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) deve ser clarificado o objetivo da recolha de dados do Bloco 2 da entrevista, ou seja, qual o contributo para o estudo; este parece desnecessário, pelo que deve ser ponderada a recolha destes dados ou recolhidos apenas os estritamente necessários. 2) deve ser claro o motivo pelo qual a seleção recai sobre sujeitos que interromperam as sessões; a questão sobre este assunto carece de uma melhor formulação, porque parte do pressuposto que já se conhece à partida que o paciente interrompeu as sessões terapêuticas. 3) devem ser explicitados os passos que conduzirão às conclusões/inferências, 4) deve existir previsão do valor dos resultados, como e por quem poderão ser utilizados, ou identificados possíveis contributos da investigação. 5) importa garantir o suporte à pessoa, caso a entrevista desencadeie mal-estar.

Universidade do Algarve, 23/02/2021

A Presidente da Comissão de Ética da UAAl



Prof.ª Doutora Helena Guerreiro José

INFORMAÇÃO DE REQUISITOS DE PRIVACIDADE DE DADOS

Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados

O/A “Escola Superior de Educação e Comunicação (ESEC) da Universidade do Algarve, com sede em Campus da Penha, 8005 139, Faro, Portugal, telefone +351289800100, está a realizar “entrevistas semiestruturadas no âmbito do estudo “dissertação: Hipoterapia e a Tetraplegia Parcial”, no período de “1 de fevereiro a 30 de abril de 2021”, e tem como responsável pelo estudo “Elisabete da Conceição Gil Romão”.

O principal objetivo do estudo é” compreender como é que a Hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com Tetraplegia parcial”. Estas entrevistas semiestruturadas são realizadas pessoalmente com o cumprimento das normas da DGS..

Os dados pessoais previstos a tratamento no âmbito do estudo “dissertação: Hipoterapia e a Tetraplegia parcial” são: caracterizar os entrevistados, idades e formação profissional, contextualização clínica do sujeito, a Hipoterapia e as sessões de Hipoterapia, sendo que a categoria dos titulares a recolher os dados serão o sujeito e o fisioterapeuta que o acompanhou durante as sessões de Hipoterapia.

Todos os dados são recolhidos apenas para efeitos da “dissertação: Hipoterapia e a Tetraplegia parcial”, estando garantida a confidencialidade do seu tratamento e a exclusiva utilização pela Universidade do Algarve, com um período de retenção dos dados sendo o mínimo necessário para a realização do estudo, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em www.ualg.pt.

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação à participação ou ao preenchimento do questionário, é favor contactar pelos “965561679” ou pelos emails “a19882@ualg.pt” ou “bettyromao@hotmail.com”.

Eu aceito os termos e as condições acima descritos. Da mesma forma, como titular de dados, aceito as condições gerais e os termos das Políticas de Proteção de Dados do Universidade do Algarve.

Assinatura _____ Data ___/___/____

Consentimento para Tratamento de Dados

Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela Universidade do Algarve, para efeitos

de estudo realizado na investigação dissertação: “Hipoterapia e a Tetraplegia parcial”, de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt. Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt, e caso assim o considere necessário, apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos contatos disponíveis em www.cnpd.pt.

Assinatura _____ Data ___/___/____

Gabinete de Proteção de Dados da Universidade do Algarve - 2020

Apêndices

A – Guião de entrevista do sujeito com tetraplegia Parcial

Blocos	Objetivos	Questões	Questões de ajuda
Bloco 1 Legitimação do estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer o objetivo da entrevista; - Explicar para que serve a entrevista; - Informar a importância da confidencialidade e anonimato da informação recolhida. 	<p>Informar o entrevistado sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O tema e objetivo geral da entrevista; - A confidencialidade das declarações prestadas; - A garantia do anonimato da entrevista e do tratamento dos dados; - Referir a importância da entrevista; - Pedir para gravar em áudio; - Informar sobre a intenção de partilhar as conclusões; - Garantir à pessoa que se algumas perguntas causem mal-estar, o entrevistado pode não responder e até desistir da entrevista. 	
Bloco 2 Diagnóstico clínico	- Caracterizar o que é a tetraplegia parcial.	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Que idade tinha quando sofreu o acidente? 2 – Qual foi o diagnóstico médico que teve do seu acidente? 3 – O que é a tetraplegia parcial? 4 – Quais os condicionamentos com que ficou a nível funcional e a nível psicológico? 5 – Que tipo de terapias fez e faz na sua reabilitação? 	
Bloco 3 A hipoterapia	- Analisar como a hipoterapia é uma ferramenta de reabilitação;	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Como é que teve conhecimento da hipoterapia? 2 – Quais os motivos que o levaram a escolher esta terapia? 3 – Onde e como se desenvolve a hipoterapia? 4 – Quem são os participantes desta terapia? 	1 – Quem o desafiou a fazer a hipoterapia?
Bloco 4 As sessões de hipoterapia	- Compreender, segundo as perspetivas do sujeito, quais foram as melhorias/benefícios	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Quantas sessões fez e com que duração? 2 – Descreva como foi a sua primeira sessão? 3 – Como se sentiu a nível emocional e físico? 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – O que sentiu, o que pensou? 2- Qual foi a durabilidade das sessões?

	<p>percecionadas com o recurso à hipoterapia.</p>	<p>4 – Que tipo de exercícios fazia?</p> <p>5 – Os exercícios eram sempre feitos no mesmo cavalo ou em cavalos diferentes? Porquê?</p> <p>6 – Quais os exercícios que gostava mais de fazer?</p> <p>7 – Quais eram os exercícios mais difíceis de fazer?</p> <p>8 – Foi-lhe mais fácil fazer os exercícios de fisioterapia em cima do cavalo ou como fazia anteriormente na clínica? Porquê?</p> <p>9 – Começou a sentir melhorias ao fim de quantas sessões?</p> <p>10 – Consegue mencionar, por etapas, qual foi a evolução por si adquirida a nível funcional e psicoemocional?</p> <p>11-Que melhorias/benefícios acha que as sessões da hipoterapia lhe trouxeram e a que níveis?</p> <p>12 – Face as melhorias percecionadas por si, considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia parcial? Se sim, recomendava-a porquê?</p> <p>13 – O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia?</p> <p>14 – Que recomendações ou conselhos, daria às pessoas com a sua patologia que quisessem experimentar a hipoterapia?</p>	
--	---	--	--

B – Guião de entrevista do fisioterapeuta

Blocos	Objetivos	Questões	Questões de ajuda
Bloco 1 Legitimação do estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer o objetivo da entrevista; - Explicar para que serve a entrevista; - Informar a importância da confidencialidade e anonimato da informação recolhida. 	<p>Informar o entrevistado sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O tema e objetivo geral da entrevista; - A confidencialidade das declarações prestadas; - A garantia do anonimato da entrevista e do tratamento dos dados; - Referir a importância da entrevista; - Pedir para gravar em áudio; - Informar sobre a intenção de partilhar as conclusões; - Garantir à pessoa que se algumas perguntas causem mal-estar, o entrevistado pode não responder e até desistir da entrevista. 	
Bloco 2 Dados pessoais/formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar o entrevistado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Há quantos anos exerce a sua profissão? 2 – Que experiência tem no âmbito da equitação com fins terapêuticos? 3 – É necessário tirar uma formação especial para desenvolver a hipoterapia? 	
Bloco 3 Contextualização clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar o que é a tetraplegia parcial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Antes de trabalhar com o B já tinha trabalhado com pessoas com tetraplegia parcial? 2 – O que é a tetraplegia parcial? 3 – A que níveis fica comprometida a vida de uma pessoa que tem este quadro clínico? 4 – Que tipo de exercícios de reabilitação são recomendados nestes casos? 5 – Quais são as terapias mais recomendadas para a tetraplegia parcial? 	
Bloco 4	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar como a hipoterapia é uma 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Costuma aplicar as suas técnicas fisioterapêuticas 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Quais são os objetivos da

<p>A hipoterapia</p>	<p>ferramenta de reabilitação;</p>	<p>recorrendo à intervenção com animais? Se sim, quais são os animais com que tem trabalhado? 2 – O que é a hipoterapia? 3 – Quem pode dinamizar esta terapia? 4 - Quem são os elementos que fazem parte da equipa que desenvolve a hipoterapia? 5 – Onde são feitas as sessões de hipoterapia? 6 – Quais são os aspetos a ter em conta para desenvolver as sessões? 7 – Como é feita a escolha dos cavalos? 8 – Os cavalos têm de ter algum tipo de treino especial para serem facilitadores desta terapia? 9 – Como é que o cavalo intervém nas sessões de hipoterapia? 10 – Os acessórios utilizados no cavalo são iguais aos que se utilizam para praticar equitação ou são diferentes? 11 -Na sua opinião, quais são os benefícios ou vantagens que podem resultar da prática da hipoterapia? 12 – É uma terapia que pode ser recomendada a todas as pessoas com deficiência ou patologias genéticas ou existe situações clínicas que impeçam de a fazer?</p>	<p>hipoterapia?2 – Quais são as funções de cada elemento da equipa? 3 – Quais as condições que um picadeiro deve ter para se fazer as sessões?</p>
<p>Bloco 5 Contextualização das sessões terapêuticas e objetivos</p>	<p>- Compreender, segundo as perspetivas do fisioterapeuta, quais foram as melhorias/benefícios percebidas com o recurso à hipoterapia.</p>	<p>1 – Porque é que escolheu o cavalo como facilitador da fisioterapia no caso do B? 2 – Quais e como foram definidos os objetivos para o B? 3 – Por quantas pessoas era constituída a equipa que desenvolveu as sessões? Quais as suas funções?</p>	<p>1 – O que é um “backriding”, qual a sua função?</p>

		<p>4 – Como eram calendarizadas as sessões?</p> <p>5 – Qual era a duração que cada sessão tinha?</p> <p>6 – Que tipos de exercícios foram desenvolvidos?</p> <p>7 – Como é que o B era colocado em cima do cavalo para fazer os exercícios?</p> <p>8 – Como eram feitos esses exercícios?</p> <p>9 – Tenho conhecimento de um vídeo em que o B está sentado no dorso do cavalo e havia uma pessoa por trás dele, qual era a função dessa pessoa?</p> <p>10 – Quais eram as reações do B quando começou a fazer as primeiras sessões?</p> <p>11 – Quais foram os primeiros progressos que o B fez?</p> <p>12 – O tempo de duração das sessões manteve-se sempre igual ou aumentou conforme iam existindo progressos?</p> <p>13 – No final do plano das sessões dinamizadas, que benefícios e progressos foram alcançados por parte do B?</p> <p>14 – Face aos resultados observados por si neste caso, considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia parcial?</p> <p>15 – O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia?</p>	
--	--	--	--

C – Transcrição da entrevista do sujeito com tetraplegia parcial

As perguntas foram enviadas anteriormente à realização da entrevista ao entrevistado

ER: - Olá, boa tarde.

B: Olá, ER (risos).

ER: - Como está (risos)?

B: - Boa tarde, está tudo bem obrigado.

ER: Muito obrigada por ter aceite participar nesta entrevista, para a realização deste estudo. Que o tema desta entrevista é a Hipoterapia e a Tetraplegia Parcial e tem como objetivo principal compreender como é que a hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial?

Todas as declarações prestadas serão confidenciais e, desde já, garante-se que o seu nome permanecerá em anonimato, tal como o tratamento dos dados recolhidos.

Esta entrevista pretende recolher dados que contribuam para dar resposta ao objetivo do estudo de caso da dissertação. Para tal, que ela se possa ser feita peço a sua autorização que se possa, para poder ser gravada em áudio.

B: Claro que sim ER, autorizo perfeitamente que seja gravada.

ER: Obrigado.

Após recolhermos os dados desta entrevista, desta entrevista (aaa) será depois nossa intenção partilhar as conclusões retiradas, através da realização da dissertação e partilhando também, talvez com outras pessoas que possam ajudar e contribuir para que a hipoterapia seja vista com outros olhos aqui em Portugal e que chegue a mais pessoas.

B: - Claro, claro. Vamos fazer tudo para isso.

Perguntas:

1) ER: - Que idade tinha quando sofreu o acidente?

B: - (Aaa) ER, eu sofri o acidente em 2002, eu tinha 19 anos, portanto o acidente foi em fevereiro e eu ia fazer 20 anos em julho, portanto ainda tinha 19 anos quando tive o acidente sim.

2) ER: - Qual foi o diagnóstico médico que teve do seu acidente?

B: - (Aaaaa), na altura eu tive o acidente no Alentejo, em Alter do chão e depois fui para o Hospital de São José (aa) onde fui operado e nos cuidados intensivos, já nos cuidados intensivos quando acordei da operação explicaram-me o que é que eu tinha tido e no fundo o diagnóstico médico, o que dizia era que eles ainda não tinham a certeza da gravidade da lesão. Sabiam que era uma lesão no Sistema Nervoso Central, (aaa) mas que ainda não sabiam que se iria ficar numa cama ou se iria conseguir ter uma vida minimamente normal. Mas disseram-me logo que muito dificilmente voltaria a andar, etc. Portanto este foi o diagnóstico inicial do médico que, que me operou, mas não foi contado a mim, foi contado, explicado à minha mãe, ao meu pai e à minha irmã, (aaa) eu só soube muito mais tarde do que é que se passava.

ER: - Soube através de quem?

B: - Eu soube na altura através da minha mãe, (aaa) mas é estranho porque quando tive o acidente, mal tive o acidente, eu como não perdi os sentidos depois do acidente, eu percebi que era grave, não tinha bem a ideia do grave que era, mas tinha a certeza que era alguma coisa grave. Portanto, quando a minha mãe me explicou o que é que era e que eu tinha tido o tal acidente, e que tinha tido uma lesão no pescoço, tinha partido umas vértebras cervicais e que os médicos ainda estavam a ver. Suavizaram um pouquinho a coisa, no fundo porque os médicos estavam ainda a ver o que é que se podia fazer (aa) e o que não se podia fazer. Portanto, eu na altura fiquei um bocadinho ainda na expectativa do que é que no fundo poderia melhorar ou não. Mas portanto, mas acho uma pessoa percebe imediatamente aquilo que se possa e pode ter acontecido e eu apercebi-me que realmente que era grave, mas também não me apetecia era ficar numa cama vida toda. Lá que esforcei um bocadinho para não, para que isso não acontecesse.

ER: - Claro, claro...

B: - Mas pronto, na realidade foi, foi a minha mãe que me explicou o que se passava comigo, depois o meu pai também, tivemos uma conversa e com a minha irmã também, mas a primeira pessoa a falar sobre isto foi a minha mãe, isso sim.

3) ER: - O que é... (aa) Pode me explicar o que é a tetraplegia parcial?

B: - (Aaa).

Er: - Porque foi esse o diagnóstico que lhe deram no final?

B: - Foi. Eu tive uma lesão incompleta como eles chamam ou parcial. O que quer dizer que, normalmente quando uma pessoa tem um acidente (aa) e parte (aaa), e tem um acidente no sistema nervoso central (aaa), podem acontecer duas coisas. Portanto, ou a medula é totalmente seccionada, portanto cortada e deixa de ter contato um lado com o outro não é, a parte do cérebro e a parte do corpo é seccionada, depende um bocadinho da altura também onde é, se é no pescoço, se é nas costas, etc. Aí é, uma pessoa é considerada como tendo uma tetraplegia total, um seccionamento total da medula. O meu é parcial ou incompleto, porque a minha medula, no fundo ainda está, está unida, portanto não tem uma falha, (aaa) isto faz com que eu tenha sensibilidade no corpo todo, faz com que eu tenha algum movimento nas pernas, mas o sinal nervoso, por exemplo não me chega ao braço direito, nem à mão direita. Portanto, eu não consigo mexer o braço direito (aaa) e pronto, e também é uma lesão em diagonal, o que quer dizer que eu tenho mais força no braço esquerdo e na perna direita e menos força na mão direita, no braço direito e na perna esquerda, o que também me vai descompensar a nível de corpo, portanto do tronco.

ER: - Equilíbrio?

B: - Tanto o equilíbrio como, parece que tenho uma espécie de escoliose, porque como os músculos do lado esquerdo contraem.

(momento em que houve um corte de ligação na entrevista por falta de internet)

ER: - Deixei de o ouvir, não estou a ouvir muito bem. Houve um corte e eu não o consegui ouvir muito bem.

B: - E agora já me houve?

ER: - Sim, sim.

B: - O que eu estava a dizer, é que, portanto, parece até que tenho uma escoliose, porque o meu ombro esquerdo está sempre mais baixo do que o ombro direito, (aaa) portanto é uma situação que eu tenho que ter em atenção, mas tem a ver com a lesão que tive. Portanto, o lado direito do tronco é mais fraco, do que o lado esquerdo, e pronto daí ser parcial e não total, ou parcial ou incompleta, no fundo vai dar ao mesmo.

4) ER: - Essa é a próxima questão que tenho aqui, quais os condicionamentos com que ficou a nível funcional e a nível psicológico?

B: - Pois, a nível funcional, depois há uma parte que nós, nós pessoas como eu, às vezes esquecem-se de explicar, porque o estar numa cadeira de rodas não é só uma pessoa não

conseguir andar. Tem haver com toda uma série ou melhor, o estar numa cadeira de rodas é por uma pessoa não conseguir andar, isso é evidente, mas uma pessoa que é paraplégica ou tetraplégica tem outro tipo de problemas associados, por exemplo o controle dos esfíncteres (aaa). Eu para ir à casa de banho, não vou à casa de banho como vai um homem que levanta o tampo da retrete, não é (risos), e faz xixi lá para dentro, não, eu tenho que usar uma sonda, por exemplo para urinar, o intestino também tem que ser estimulado, etc. Portanto, uma pessoa não perdeu só o movimento das pernas e dos braços, mas também cá dentro, (aaa) também se torna complicado de se fazer o dia a dia, o ir à casa de banho seja o que for, também, também afeta essa parte. E eu muitas vezes, não sei, há pessoas que me convidam para ir à casa delas para dormir, etc., e há muitas que até me dizem, mas ou B a minha casa não têm escadas, degraus, é tudo térreo. E tá bem, mas depois onde é que eu durmo, onde é que eu vou à casa de banho, onde é que eu tomo duche, pois preciso de uma casa de banho que tenha espaço e adaptada para eu tomar duche e etc. Nunca, nunca é fácil e as pessoas esquecem-se um bocadinho dessa parte. E portanto, uma pessoa que está numa cadeira de rodas, normalmente sofre também destes problemas, a nível dos esfíncteres como eu lhe disse, que são às vezes o maior problema ou o problema complicado, e mais chato, pelo menos para mim é, do que estar numa cadeira de rodas, do que estar numa cadeira de rodas em si, acho que a parte mais chata é essa, isso sim. A nível psicológico, (aaa) sinceramente eu acho que nada mudou ou mudou muito pouco na minha cabeça. Aquilo que lhe posso dizer que hoje em dia, eu penso com, com maior seriedade nos assuntos que tenho que tratar com as pessoas com que estou, com as pessoas que gosto e aquela parte de ser criança, às vezes abandona-nos um bocado e ficamos um bocadinho mais responsáveis, ou melhor ficamos responsáveis mais depressa, é isso que acontece psicologicamente e às vezes o que nos torna bastante adultos em várias situações. Agora se me afetou psicologicamente, acho que não, acho mesmo que me fez crescer como pessoa, não to a ver que tenha tido algum esgotamento, algum problema de depressão, nunca tive felizmente não, isso não, nunca tive.

ER: - Então está-me a dizer que se tornou uma pessoa mais madura, que amadureceu mais rápido?

B: - Sim, repare quando eu tive o acidente, eu tive o acidente com 19 anos e nessa altura uma pessoa normalmente, pelo menos um homem nessa fase é um bocado adolescente e faz muita porcaria né, entre aspas, etc., (risos) e de repente com um problema destes (aaa), isto altera muito a nossa maneira de ser, a nossa maneira de estar. Portanto, eu acho que nos torna bastante adultos (aaa) e muito depressa. Portanto, eu acho que me tornei mais adulto depressa demais e

pronto podia ter vivido mais a minha adolescência e fazer ainda mais asneiras (risos) mas não deu, não me deixaram e basicamente foi isso ou isso que sinto.

5) ER: - Que tipo de terapias fez e faz na sua reabilitação?

B: - Basicamente (aaa), após o acidente tive um ano, um ano em Itália numa clínica de reabilitação para casos como os meus, portanto eles chamam de neuroreabilitação, em que aquilo era um internato. Eu estava lá internado e chegava sensivelmente às 10 horas da manhã ao ginásio onde fazia a fisioterapia e saía de lá às 4 da tarde e era muito intensivo. E era de segunda a sexta-feira, de segunda a sexta-feira. Portanto, eu aí fiz muita electroestimulação. Que no fundo, são eléctrodos que eles põem em várias partes do corpo, eléctrodos exteriores e que funcionam para estimular os músculos do corpo, porque depois de uma pessoa estar numa cama durante muito tempo, perde muita massa muscular (aaa) e no meu caso, como eu não tinha movimento, para aumentar a massa muscular era através de electroestimulação e com a finalidade de se poder fazer bicicleta, uma bicicleta especial à base de electroestimulação, que basicamente é um computador que está na bicicleta e que estimula os músculos e faz um ciclo. Portanto ao fazer um ciclo, ele estimula os músculos um de cada vez, (aaa) o que faz com que consigamos pedalar (aaa) ou imitar o movimento do pedalar e pronto. Portanto, eu consegui fazer a bicicleta, a tal bicicleta, fiquei com umas pernas que pareciam um jogador de futebol (risos), muito grossas, mas infelizmente a parte, também dizia esse meu médico italiano, (aaa) que uma pessoa por ter mais músculo não quer dizer que tenha movimento, não é que tenha, pode ter mais força ou melhor não é mais força, mas sim mais resistência, pode ter mais resistência, porque o músculo está já mais habituado ao esforço, mas a parte do movimento, isso não se nota muita diferença. Portanto, depois voltei de Itália e em Portugal tive à procura de vários sítios para fazer fisioterapia, aconselharam-me na altura fazer Hidroterapia. Portanto, era ali em Alfragide, havia uma associação (aaa) que tinha uma piscina e uma terapeuta e eu fiz durante sensivelmente três a quatro anos, a Hidroterapia. E depois conheci outro fisioterapeuta que fazia fisioterapia convencional no consultório dele e uma vez por semana fazia a hipoterapia, porque depois lá chegaremos, não é, mais para a frente (risos).

6) ER: - Sim a próxima questão é como é que teve conhecimento da hipoterapia?

B: - Exatamente, portanto eu tinha uma pessoa, uma amiga minha que sempre me chateou para experimentar a hipoterapia e eu não, não sei porquê, nunca me via a ir para lá fazer esse tipo de terapia, achando que não ia melhorar nada à minha condição física e pronto ela chateou-me tanto que lá me convenceu e eu lá decidi, e lá fui um dia fazer a hipoterapia e até foi aí, portanto

que conheci o meu fisioterapeuta. (aaa) Conheci-o aí e foi, foi realmente uma experiência espetacular e no fundo foi assim que eu comecei a hipoterapia, com essa minha amiga, que tanto me chateou até que eu cedi.

ER: - Então os motivos que o levaram a escolher esta terapia foi porque a sua amiga lhe recomendou?

B: - Sim, no fundo sim, mas eu podia ter desistido não é, podia ter experimentado e ter feito só uma vez, mas não decidi continuar, porque achei seria, que seria o melhor para mim, na altura em Portugal, não tinha encontrado melhor maneira de fazer terapia ao meu corpo, que não fosse a hipoterapia, portanto ajudou bastante, isso sim, ajudou bastante.

7) ER: - Diga-me onde e como se desenvolve a hipoterapia?

B: - Isto onde, o Local, certo?

ER: - Sim, sim refiro-me ao local (risos).

B: - Portanto a hipoterapia é feita em Cascais no Clube Dom Carlos e é um centro hípico, que existe ali em Cascais. A hipoterapia seria todas as sextas-feiras, agora não por causa do Covid não é, mas seria todas as sextas, portanto a seguir ao almoço. O meu fisioterapeuta alugou (aaa) um picadeiro nesse centro hípico, em que na sexta-feira a partir do almoço esse picadeiro estaria só reservado para nós (aaa) e pronto e depois há uma série de pessoas envolvidas porque não é só ele que pode fazer a hipoterapia, porque existem pessoas como eu, por exemplo que precisam de outras a segurá-lo quando tá em cima do cavalo, (aaa) não só segurá-lo, mas também pode não estar a segurar, no fundo têm que me estar vigiar, no meu no caso de eu me desequilibrar. (aaa) portanto.

8) ER: - Pois exato, ia lhe perguntar agora em seguida, quem são os participantes desta terapia, da hipoterapia?

B: - Então olhe é o meu fisioterapeuta, ele costuma estar sempre do lado esquerdo do cavalo e do meu lado esquerdo quando estou montado no cavalo. Uma pessoa a segurar no cavalo, (aaaaa), que no fundo será o fila guia, como chamam, que é a pessoa responsável pelos movimentos do cavalo, se ele vai mais rápido ou devagar e uma pessoa do meu lado direito também para no fundo se eu me desequilibrar ou precisar de alguma ajuda, essa pessoa possa, possa acudir. É engraçado porque normalmente quem ajuda o meu fisioterapeuta, os participantes, os outros participantes são pessoas que são voluntárias, e que vão lá para no fundo ou aprender e ajudar ou só ajudar.

9) ER: - Agora passando para outro bloco de perguntas sobre as sessões de hipoterapia. Pergunto-lhe quantas sessões fez e com que duração, se se recorda?

B: - Eu não lhe sei dar um número certo, (aaa) mas eu fiz, comecei a fazer hipoterapia em 2010-2011, penso que foi em 2010. (aaa) Portanto, já fiz bastantes sessões, devo ter feito mais de 100, isso de certeza. Mais de 100 ou mais de 200, isso de certeza.

ER: - Então entre 100 a 200, por aí?

B: - Sim, ou entre 200 a 300 sessões, se o ano tem 365 dias, aquilo era todas as sextas-feiras, durante 10 anos, houve muitas sextas-feiras que eu não fui, portanto.

ER: - Então está-me a dizer que foi durante 10 anos que fez as sessões?

B: - Sim, 10 a 11 anos, porque foi de sensivelmente de 2010 a 2020, entretanto veio o Covid e teve que parar tudo. Portanto já em 2020, eu não fiz praticamente nada, fiz só no princípio do ano. Mas sim podemos apontar entre 200 a 300, penso eu que sim, não estaria a mentir.

10) ER: - Descreva-me como foi a sua primeira sessão, se se recorda?

B: - Sim por acaso lembro-me, lembro-me porque foi engraçado, eu conhecia a maior parte das pessoas que lá estavam, mas não conhecia ainda o meu futuro fisioterapeuta e já não sei quem é que foi comigo, já não me lembro, a minha mãe estava, penso que a minha irmã também e estava mais alguém e de repente vêm o meu fisioterapeuta a aproximar-se de nós e essa pessoa pergunta-me, mas ou B, mas vais te pôr nas mãos deste informático? (risos), ele parece um informático e eu a pensar lá terá que ser né. Portanto, e foi uma sessão que eu achava que estava em forma e a tarefa foi tal durante cerca de 20 minutos em cima do cavalo, que eu quando cheguei ao carro adormeci ferrado e só acordei quando cheguei a casa. Portanto, (aaa) foi, foi impressionante.

11) ER: - Então a nível emocional e físico foi...?

B: - A nível físico foi muito forte, a nível emocional também, porque eu toda a vida montei a cavalo e trouxe-me ou lembrou-me as sensações que eu tinha antes, que tido e que se calhar não ligava nenhuma na altura quando montava todos os dias, (aaa), e foram sensações, memórias, foi tudo. Portanto, a nível emocional também foi muito positivo (eeee) e pronto e no fundo gostei muito de voltar outra vez a montar a cavalo e realmente o cavalo tem me ajudado bastante nesta, nesta aventura, no fundo o cavalo tem me ajudado bastante e está sempre no meu mundo, é sempre o meu foco, isso sim.

12) ER: - E que tipo de exercícios fazia?

B: - Os exercícios que eu fazia lá no fundo eram aqueles que o meu fisioterapeuta não conseguia fazer na clínica dele. Portanto, na clínica uma pessoa está numa marquesa e há uma série de exercícios que são feitos, mas que não existe movimento da marquesa, a marquesa é estática e então ele no cavalo no fundo faz praticamente os mesmos exercícios que faz na marquesa. De alongamentos dos membros, de flexão seja do que for, pernas, braços, etc., só que aproveita o movimento do cavalo para que esses alongamentos e essas flexões sejam mais eficazes (aaa) e depois ele junta ali uma série de exercícios. Por exemplo, há um que é o índio morto, que uma pessoa está deitada no dorso do cavalo e está com a cabeça para um lado do cavalo e as pernas para o outro, portanto está atravessada com o corpo em cima do cavalo e isso é muito bom para alongar as costas, alongar as pernas e braços (aaa) e pronto mais à frente comecei a fazer outros exercícios já com a sela no cavalo para, para poder experimentar.

13) ER: - Então foi-lhe mais fácil fazer os exercícios de fisioterapia em cima do cavalo ou como fazia anteriormente na clínica?

B: - Foi mais fácil, isto é, não que eu tenha sido mais fácil fazer em cima do cavalo, acho que houve mais aproveitamento fazermos os exercícios em cima do cavalo do que fazermos na clínica.

ER: - Porquê?

B: - Porque havia ali certos músculos que eu tinha e estavam adormecidos e que se reativaram sozinhos, porque eram mesmo necessários que se reativassem porque assim o cavalo o obrigava, senão porque podia me desequilibrar, podia cair, portanto eu aí ganhei bastante mais força. Agora era mais divertido, era, em cima do cavalo do que na clínica, e e haviam exercícios no cavalo que não se conseguiam fazer na clínica, mas alguns eram semelhantes, isso sim.

14)ER: - Quais os exercícios que gostava mais de fazer?

B: - Eu gostava bastante de focar o meu equilíbrio, portanto (aaa) eu gostava de estar sentado no cavalo normal, como um cavaleiro está e trabalhar o meu tronco para conseguir equilíbrio e conseguir estar sozinho em cima do cavalo, (aaa) isso era o que eu gostava mais de fazer, era esse treino no fundo.

15) ER: - E quais eram os exercícios mais difíceis de fazer?

B: - Os exercícios mais difíceis eram a tal posição do índio morto, porque, entretanto, com o evoluir das sessões e eu já tendo algum movimento e alguma força no corpo, principalmente no tronco, o meu fisioterapeuta, o que é que fazia, ele agarrava-me nas pernas, ali pela zona dos

joelhos ou das canelas e eu virado de barriga para baixo não é e obrigava-me a fazer as flexões mas das costas, portanto eu deitado no cavalo não é, tinha a cabeça para baixo e tinha que vir para cima só com a força e o movimento das costas e por isso para mim era muito complicado. Porque primeiro virado de barriga para baixo uma pessoa fica, pelo menos eu ficava com menos ar, porque respiro pelo diafragma e então não era que fosse aflitivo, que não era, mas ficava ali com menos oxigénio. E depois era muito cansativo, entre aspas, porque eu tinha que pensar bem no que estava a fazer que era para não despoletar outro tipo de movimentos que não fosse aquele que era de fletir os dorsais das costas. E ainda mais para a frente, continuando nessa posição, eu teria também que levantar a perna ou as pernas, uma de cada vez, uma perna para cima e depois a outra e no fundo estava a trabalhar os glúteos, esses eram os exercícios mais difíceis de fazer sem dúvida, para mim foi.

16) ER: - Começou a sentir melhorias ao fim de quantas sessões?

B: - Não lhe sei dizer bem ao fim de quantas sessões foram, mas sem dúvida ao fim de dois a três meses já me sentia bastante melhor. Porque (aaa) realmente foi depois desses 2 a 3 meses é que eu deixei de ir a dormir no carro para casa (aaa), portanto imagine o que é que eu não sofri nessas etapas e acho que foi aí que a duração, a duração das sessões foi aumentando. Portanto as primeiras eram entre 15 a 20 minutos e as restantes já eram entre 20 a 40 minutos, portanto o tempo e a duração ou a resposta do meu corpo ao tratamento em si, à hipoterapia, estava mais, portanto o meu corpo estava mais evoluído, já era com mais força, com mais resistência, portanto as sessões foram aumentando em termos de tempo e de dificuldade de exercícios e da repetição maior dos exercícios que fazia isso sim.

17) ER: - Consegue mencionar, por etapas, qual foi a evolução por si adquirida a nível funcional e psicoemocional?

B: - Eu consigo, por acaso consigo porque quando cheguei a essa primeira sessão de teste de hipoterapia, eu não conseguia, eu não conseguia estar sentado em cima do cavalo sem que uma pessoa me estivesse a equilibrar. Portanto eu no fundo estava sentado em cima do cavalo, na posição de cavaleiro, mas parecia um bocado de gelatina não é, portanto ou ia para a esquerda, direita, para trás, para a frente. O passo do cavalo para mim era uma coisa complicada de gerir, portanto o que é que aconteceu, puseram uma pessoa também em cima do cavalo atrás de mim, e eles chamam a esta pessoa, a esta ajuda é o “back riding”. Portanto a pessoa vai atrás de mim e vai a segurar-me, para que as pessoas que estão em baixo não fiquem com uma tendinite aguda de terem que me ajudar a equilibrar cá em baixo e eu sei que passados esses três meses

de hipoterapia, eu já não precisava da pessoa que fazia o *backriding* e comecei eu sozinho já a conseguir equilibrar-me em cima do cavalo. Foi uma etapa um bocadinho longa, mas haviam muitos músculos que ainda estavam adormecidos na altura e que foram ganhando memória e reflexo, portanto quando o cavalo parava, quando o cavalo andava, ou se virava para a esquerda ou direita. Esses músculos já começavam a reagir para me manter equilibrado em cima do cavalo. Isso para mim foi o que, foi a evolução maior, até porque depois no dia a dia, na cadeira de rodas, a andar de um lado para o outro, etc., já me sentia mais seguro e mais estável para poder ir para todo o lado, sem ter medo de desequilibrar, porque eu ando numa cadeira de rodas elétrica e vou para todo o lado e muitos caminhos por onde eu ando são acidentados e eu tinha sempre algum medo de poder cair, porque uma pessoa também cai na cadeira de rodas, já me aconteceu quase cair (risos), e portanto isso para a parte emocional é bastante bom e para o dia a dia, isso é bastante bom, isso sim.

18) ER: - Face às melhorias percecionadas por si, considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia parcial?

B: - Eu penso que sim. Eu considero que esta terapia é uma mais-valia, realmente isso é, tanto para e agora generalizando um bocadinho, não só para pessoas com tetraplegia parcial, mas também total e mesmo para pessoas com autismo, pessoas que tenham paralisia cerebral, porque eu conheço várias pessoas que fazem esse tipo de terapia e que faziam lá comigo, eramos um grupo no fundo e havia todo o tipo de fraturas e de patologias e portanto eu aconselho a todas as pessoas que sintam a necessidade de melhorar fisicamente, eu acho que sim, acho que só traz só mais-valias a pessoas que têm este tipo de problema.

ER: - Mas mesmo assim recomendava-a porquê, o que é que faz...?

B: - Eu recomendava exatamente porque (aaa), as pessoas como aconteceu no meu caso, eu tinha muitos músculos que no fundo estavam adormecidos, mas que eu consegui ativar através da hipoterapia, com todas as outras sessões que eu fiz antes, fosse a electroestimulação, fosse a hidroterapia, nenhum desses tipos de sessões (aaa) me conseguiram ativar tantos músculos adormecidos que eu tinha do que a hipoterapia. Portanto acredito que as pessoas com tetraplegia total ou parcial podem perfeitamente fazer e vão se sentir muito melhores de certeza, daí eu recomendar.

19) ER: - O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia?

B: - ER, aqui já sai um bocadinho fora do meu controle. Porque aqui, eu penso basicamente, talvez haver mais formação sobre o que é a hipoterapia, por exemplo haver mais condições (aaa) para as pessoas fazerem a hipoterapia, este sítio eu fui, porque eu fui também a um sítio em Lisboa, em que as pessoas não tinham formação para o meu caso, tinham formação sim, para crianças com autismo ou paralisia cerebral, etc., mas para o meu caso essas pessoas não tinham qualquer tipo de formação, Portanto, eu andei ali um bocadinho aos papéis e aos caídos com eles, (aaa) mas foi só uma fase e só para experimentar aquele sítio e realmente confesso que até saí de lá um bocadinho desanimado com essas pessoas, porque pura e simplesmente não sabiam. Portanto para a hipoterapia ser acessível, eu acho que esse é o caminho, no fundo. E pronto, e depois também a ajuda financeira era muito bem-vinda. Se fosse participado então espetacular, porque é uma coisa que não existe e como há de calcular não é uma terapia barata, porque existem poucas associações a apoiar e existe, existem pessoas como os terapeutas que precisam de ser pagos e os cavalos também precisam de comer. É um animal e tem que estar saudável. Portanto acho que são estes os processos mais importantes para que a hipoterapia seja acessível.

20) ER: - Que recomendações ou conselhos, daria às pessoas com a sua patologia que quisessem experimentar a hipoterapia?

B: - Lá está, em primeiro lugar, eu recomendaria que fossem a um sítio em que a pessoa esteja ligada, já a um certo tipo de uma pessoa que dê a hipoterapia, que seja fisioterapeuta, que conheça a fundo, crianças com necessidades especiais. Tem que ser uma pessoa, basicamente conhecedora desses casos e não uma entendida em equitação, porque isto não é equitação, é muito longe disso, portanto estar a obrigar os terapeutas a fazerem as selas 4 e 5, etc., não faz sentido nenhum, porque muitas vezes não é o terapeuta que vai segurar o cavalo, o terapeuta vai muito mais preocupado com a pessoa que está em cima do cavalo e fazer os exercícios com ela, do que propriamente com o cavalo em si. O cavalo é um meio de ajudar o terapeuta a fazer o tratamento. Portanto, se eu recomendasse a alguém a fazer, eu também teria que recomendar o sítio e aconselhá-la num sítio para fazer a hipoterapia e esse sítio seria, como é evidente, uma pessoa um sítio onde estivesse uma pessoa conhecedora de fisioterapia ou necessidades especiais, isso sem dúvida.

ER: - Muito obrigado pela sua participação, estou muito grata, (aaa) espero que estejam as respostas todas respondidas, posteriormente se houver alguma necessidade de responder melhor a alguma questão posso entrar em contacto consigo novamente?

B: - Claro que sim ER. Estou completamente disponível.

ER: - Agradeço imenso, muito obrigado pela sua participação.

B: - De nada.

D – Transcrição da entrevista do fisioterapeuta

As perguntas foram enviadas anteriormente à realização da entrevista ao entrevistado

ER: - Boa tarde.

N: Boa tarde.

ER: - Como está (risos)?

N: - Muito bem e a ER?

ER: Também, obrigada. Muito obrigado por ter aceitado participar nesta entrevista. Todas as declarações prestadas serão confidenciais e, desde já, garante-se que o seu nome permanecerá em anonimato, tal como o tratamento dos dados recolhidos.

Esta entrevista é sobre a Hipoterapia e a Tetraplegia Parcial e tem como objetivo principal compreender como é que a hipoterapia se pode tornar uma mais-valia na reabilitação de um sujeito com tetraplegia parcial.

Esta entrevista pretende recolher dados que contribuam para dar resposta ao objetivo do estudo de caso da dissertação. Para que a entrevista possa ser feita, peço a sua autorização que possa ser gravada, para poder ser gravada em áudio.

N: - Autorizo.

ER: - Obrigado.

N: - Autorizo a gravação.

ER: - Após recolhermos os dados desta entrevista, será nossa intenção partilhar as conclusões retiradas, através da realização da dissertação de mestrado e divulgando o trabalho académico com outras pessoas para que se possa ajudar e contribuir para que a hipoterapia seja vista com outros olhos aqui em Portugal e que chegue a mais pessoas.

N: - Muito bem.

Perguntas:

1) ER: - Há quantos anos exerce a sua profissão?

N: - (Aa) exerço sensivelmente há vinte anos, (aaa) comecei na hipoterapia, porque montava a cavalo, (aa) e como tinha feito a formação em fisioterapia, (aaa) comecei a interessar-me por, por esse, por essa área e entretanto onde eu montava a cavalo (aa) costumavam ter alunos com

limitações funcionais, (aa) na qual davam algum apoio, (aa) não de uma forma muito técnica e muito acompanhada (aa) e então comecei a sentir algum interesse por esta área e, e comecei a dar algum apoio. E portanto, a partir dessa altura comecei a desenvolver alguma formação nessa área (aa) e comecei a trabalhar com eles na área da hipoterapia. (Aaa) entretanto...

2) ER: - Que, que experiência tem assim no âmbito da equitação com fins terapêuticos?

N: - Portanto a minha experiência advém (aaa) pelo facto de quando montava a cavalo, como tava a dizer, (aa) comecei a desenvolver o gosto não só pelos cavalos que já tinha, mas também o gosto por perceber como é que um cavalo poderia ajudar a (aaa) um movimento normal, porque as pessoas que (aa) apareciam para, para montar e para fazer alguns exercícios a cavalo eram pessoas com limitações funcionais. Portanto, eu comecei a interessar-me pelo facto (aa) de tentar perceber como é que o movimento do cavalo poderia induzir movimento normal na, no paciente. Portanto isso levou-me depois a investigar cada vez mais e a perceber de que de facto, que havia uma relação muito direta entre o movimento normal humano e o movimento do cavalo, que é, que é exatamente igual ao nosso. Portanto tem três dimensões e portanto (aaa) esse movimento induzia a uma, um neuro feedback no paciente que lhe retirava, que lhe dava grandes vantagens. (Aaa) e portanto com isso, (aa) acabei por trabalhar neste picadeiro, ainda durante sensivelmente 8 a 10 anos e entretanto abri uma clínica privada minha e a limitação de tempo para me dedicar à hipoterapia fez com que eu tivesse que optar na altura, porque já dava apoio num outro picadeiro, por um dos picadeiros e então (aa) acabei por me centrar num dia apenas (aaa) e desenvolver um modelo que eu achava que era (aa) mais adequado na minha perspetiva (aa) para ajudar os pacientes que iam aparecendo. Portanto a hipoterapia que eu fui desenvolvendo (aa), não é uma hipoterapia dita convencional, portanto, enquanto que nós na, na hipoterapia convencional utilizamos o cavalo para fazer exercícios que nos permitem (aa) adotar uma posição central, adotar uma posição de equilíbrio e todos esses estímulos fazem com que haja um, um estímulo do paciente, o que eu fiz no fundo foi utilizar o cavalo como uma marquesa aproveitando o movimento tridimensional do cavalo para induzir (aa) de uma forma (aa) mais direta sobre o paciente, o que é que isto quer dizer, quer dizer que eu faço a maioria dos exercícios com o contacto direto da pessoa no cavalo, ou seja, eu não sento só a pessoa no cavalo e utilizo o cavalo como um meio para desenvolver os mecanismos de neuro feedback, como utilizo o cavalo para estimular movimentos ativos, ou seja, (aa) eu procuro posicionar a pessoa em cima do cavalo e utilizo o movimento do cavalo e a gravidade (aa) que existe para de alguma forma ou alongar estruturas que eu entendo que têm que ser alongadas ou estimular mecanicamente estruturas que estão de alguma forma hipotónicas. Portanto, (aa)

é, é, é uma hipoterapia (aa) que, que não, como eu tava a dizer, não é, não é muito aquela hipoterapia convencional dos sacos de areia, das argolas, mas utilizo mais o cavalo como uma marquesa por assim dizer. A pessoa vai deitada em cima do cavalo ou de ventral ou de dorsal e (aa) (aa) utilizo os movimentos do cavalo para, de alguma forma estimular as estruturas que eu entendo que devem ser estimuladas em função da avaliação que fizemos e dos objetivos que temos para, para, para cada paciente. (Aaa) não sei se, se deu para passar a mensagem do que é que eu entendo por hipoterapia, (aa) mas no fundo eu entendo a hipoterapia (aa) um bocadinho mais desta forma, do que propriamente só exercícios que podemos fazer em cima do cavalo e que de alguma forma (aa) adquiram, os pacientes estímulos (aa) apenas com ou montar ou o andar e com o contacto com o cavalo.

3) ER: - É necessário tirar uma formação especial para desenvolver a hipoterapia?

N: - É necessário tirar, eu acho que é fundamental perceber se, porquê (aa), porque há, há contraindicações de pacientes para, para fazer este tipo de terapia e portanto, eu acho que é fundamental perceber quais são as contraindicações essencialmente. O montar a cavalo é quase lúdico e portanto faz bem a quase todas as pessoas, numa pessoa que tem uma limitação funcional, seja ela qual for, temos que enquadrar essas limitações, a, num movimento que é muita das vezes agressivo (aa) e que pode de uma forma mal, mal estruturada, (aa) aumentar o padrão patológico e não o que nós pretendemos que é melhorar a condição do paciente. É fundamental, tem que haver, tem que se apostar mais na, na, nessa área, já há muita formação (aa), eu inclusive durante algum tempo dei formação (aa) monitores de, de equitação para discutirmos, muitas das vezes, o que contraindicado e o que é que não era contraindicado em terminado tipo de patologias (aa), mas sim é fundamental ter que fazer (aa) uma formação para desenvolver este, este tipo de terapia.

4) ER: - Antes de trabalhar com o B já tinha trabalhado com pessoas com tetraplegia parcial?

N: - Já, já. Já tinha tido vários casos (aa) todos diferentes (aa), mas já, já tinha desenvolvido terapia com, com vários pacientes que, que sofriam de tetraplegia parcial.

5) ER: - O que é a tetraplegia parcial?

N: - A tetraplegia parcial é uma lesão neurológica (aa) a nível (aa) da cervical que limita a ação funcional dos membros superiores e dos membros inferiores. (Aa), portanto essa, essa patologia (aa) acontece por vários motivos, (aa) pode ser por motivo traumático, (aa) pode, pode ser por um, por um outro tipo de motivo, (aa) mas há sempre uma lesão neurológica associada que

limita a funcionalidade quer dos membros superiores, quer dos membros inferiores por assim dizer.

6) ER: - A que níveis fica comprometida a vida de uma pessoa que tem este quadro clínico?

N: - Bem fica limitado a vários níveis, é uma pergunta que é bastante abrangente (aa) e que poderíamos estar aqui a dissertar um bocado sobre ela, porque é uma patologia que a nível motor como eu disse, limita a funcionalidade dos membros inferiores e superiores, mas também limita (aa) (aa), pode limitar (aa), mas quase sempre limita a componente respiratória, (aa) limita a ação cardíaca, (aa) e pode também limitar (aa) de uma forma muito severa ou não (aa) áreas da, do sistema digestivo, trato urinário e portanto tem, tem limitações, tem limitações bastante significativas. (Aa) tem também como eu tava a dizer (aa) muitas limitações a nível cognitivo, portanto a pessoa (aa) com uma lesão de uma tetraplegia parcial (aa) fica de facto limitada (aa) muito (aa) na sua capacidade de desenvolver uma série de atividades e isso faz com que (aa) a pessoa muitas das vezes desenvolva depois outro tipo de padrão de patologia mais emocional (aa) ou cognitiva e como digo e depois tem muito a ver, a, esse desenvolvimento com o tipo de estímulo e com o tipo de, de atividade que a pessoa e a forma como a pessoa encara, o tipo de apoio que a pessoa tem para desenvolver determinado tipo de atividade ou não. (Aa) portanto, todos esses apoios depois vão desenvolver ou não (aa), uma maior (aa) (aa) (aa), ou um aumento desse tipo de, de, da área mais cognitiva ou emocional, que muitas das vezes são mais limitativos do que a própria, do que a própria funcionalidade mecânica, que essa nós conseguimos de alguma forma ajudar, (aa) a parte emocional e cognitiva muitas das vezes, temos alguma dificuldade em lá chegar e conseguir fazer um trabalho a esse nível e que muitas das vezes nos focamos no que é visual, no que é mecânico, no que, no que a pessoa à partida acha que é maior comprometimento, que é (aa) (aa) a parte da função motora dos braços e das pernas, de não poder andar, de não se poder mexer, quando muitas das vezes depois acabamos por esquecer que existe uma outra área que, por vezes é mais importante (aa), porque (aa) se a pessoa tiver (aa) emocionalmente e o, e tiver uma motivação, mais facilmente consegue fazer uma vida autónoma e, e, e uma vida mais de acordo com, com o que a pessoa quer. Portanto, mas isso como eu digo (aa), acho que os níveis a que, a que, que uma pessoa está comprometida a nível de uma tetraplegia são tantos, que daria para ficarmos aqui uma noite inteira a conversar.

7) ER: - Que tipo de exercícios de reabilitação são recomendados nestes, nestes casos de tetraplegia parcial?

N: - Bem, (aa) o tipo de exercícios são vários, porque também como disse, a tetraplegia parcial é uma lesão (aa) que está normalmente associada a um nível cervical (aa), mas pode ser um nível cervical alto ou um nível cervical baixo ou até ao nível dorsal, e portanto, (aa) isso faz com que as limitações ou as capacidades de cada paciente também sejam diferentes. Portanto (aa) e aqui neste tipo de, de exercícios tínhamos que englobar uma série deles e não só a, a hipoterapia. Portanto, (aaaaa) a área da terapia da fala, a parte da terapia ocupacional, (aa) a parte que, que muitas das vezes nós não na tetraplegia parcial, como tava a dizer à bocadinha e não nos lembramos, mas (aa) o psicólogo que é fundamental e, e temos também a hipoterapia, que eu acho que nestes casos (aa) bem orientada e, ajuda, ajuda imenso (aa) neste, neste tipo de pacientes.

8) ER: - Quais são as terapias mais recomendadas para esta tetra..., para a tetraplegia parcial?

N: - As terapias recomendadas que, que com a minha experiência nesta área, eu recomendava muito, (aa) temos a Hidroterapia, que é uma (aa), que é uma área que nestes, nestes casos funciona muito, muito bem, (aa) que com o qual os pacientes com tetraplegia, se se adaptam e lhes dá um conforto muito grande, porque há ausência de, da gravidade (aa), temos a Fisioterapia que é fundamental, porque (aa) de alguma forma, é a técnica que lhes vai permitir manter alguma mobilidade e alguma, algum sistema vascular a funcionar e portanto, vai-lhes permitir estimular todos esses (aa) (aa), esses, esses, esses fatores (aa). E portanto, há a hipoterapia, como eu já disse, acho que, que bem orientada funciona (aa) lindamente, (aa) e depois existe terapia, terapia da fala, (aa) existe a, a terapia ocupacional que muitas das vezes também é aqui, é aqui esquecida (aa). E portanto, acho que além da, da, da psicologia, que eu acho que é também fundamental para, para manter (aa) este tipo de pacientes, porque são pacientes que muitas das vezes, têm aqui flutuações de motivação e de humor que são normalmente (aa) reabilitações que demoram sempre muito tempo, que levam sempre muito tempo e que são constantes e contínuas. Portanto, (aa) e é fundamental enquadrar esta parte mecânica com, com a parte emocional e motivacional que é fundamental, porque a vida deles não é, o dia a dia deles não é nada fácil.

9) ER: - Compreendo, compreendo. Agora passando para, você já tinha referido lá em cima e caracterizado um pouco a hipoterapia, (aa) também pretendemos aqui saber, caracterizar melhor a hipoterapia como uma ferramenta de reabilitação. Costuma aplicar as suas técnicas fisioterapêuticas recorrendo à intervenção com animais, já trabalhou com mais animais além do cavalo ou é só mesmo o cavalo?

N: - Não, não, só mesmo, só trabalho mesmo com, com o cavalo. (aa) E como disse à bocadinha, utilizo muitas das técnicas da fisioterapia, que são técnicas que nós utilizamos em gabinete (aa) e eu aplico-as (aa) à hipoterapia, porque acho que são um complemento uma da outra e que ajudam (aa) muito em termos de reabilitação mesmo, em termos de reabilitação respiratória que é uma área que é extremamente importante neste tipo de pacientes. Nós aproveitamos o movimento do cavalo para (aa), para de alguma forma desenvolver a capacidade e aumentar o volume respiratório destes, destes pacientes.

10) ER: - (Aaaa) Então por suas palavras o que é a hipoterapia e quais são os objetivos da hipoterapia?

N: - A hipoterapia é, é uma, é uma técnica que utiliza o cavalo como meio terapêutico e que utiliza o movimento tridimensional (aa) do cavalo para fomentar e estimular o movimento normal (aa) no paciente que tem uma, uma lesão, seja neurológica ou outra, (aa) e portanto como o cavalo tem um movimento (aa) superior e inferior, lateral e ântero-posterior, igual ao movimento humano (aa), isso permite desenvolver esse padrão normal que de alguma forma, por qualquer motivo foi (aa) alterado no paciente. E portanto (aa) a hipoterapia essencialmente na minha perspectiva tem muito, (aa) e para, para não tar a entrar muito aqueles conceitos, já, já toda a gente conhece, (aa) acho que este é o que, que de alguma forma caracteriza melhor a hipoterapia. E os objetivos da, da hipoterapia como, como disse, é desenvolver e estimular (aa) a neuro recetividade, é de alguma forma estimular o equilíbrio e a melhoria do tônus muscular (aa), é melhorar o padrão, o padrão respiratório (aa), é melhorar a capacidade de, de do padrão central da pessoa, é de alguma forma melhorar a, a capacidade de mobilidade da pessoa, porque há muitos exercícios que nós desenvolvemos na hipoterapia que melhoram a mobilidade da pessoa. (Aa) e acima de tudo, criar uma relação também (aa) entre a pessoa e o cavalo, que faz com que a parte emocional (aa) seja aqui muito importante. Porquê? Por que nós, tamos a falar de pessoas que têm uma limitação (aa) muito grande em termos funcionais e quando estão em cima do cavalo, sentem-se a controlar de alguma forma algo que tem o tamanho que tem, que tem a massa (aa) que tem e que portanto, (aa) lhe dá uma perspectiva diferente da vida, ou seja, (aa) este paciente que normalmente está acamado ou que está em cadeira, a sua perspectiva perante a vida enquanto está em cima do cavalo muda, deixa de ver a vida debaixo para cima e passa a ver a vida de cima para baixo, porque está num plano (aa) dinâmico e num plano de quem que passa (aa), a olhar de cima para baixo, que é um, um, infelizmente para este tipo de paciente (aa) algo que, que se torna sempre cada vez mais, mais escasso e portanto, (aa) só o

facto de verem a vida ao contrário, de a verem de cima para baixo, acho que já é um estímulo muito significativo.

11) ER: - Quem pode dinamizar esta terapia?

N: - Eu, acho que toda agente pode dinamizar esta terapia. (Aaa) esta terapia deve ter técnicos a acompanhar sempre as sessões, a, na minha perspectiva, (aa) deve ter monitores de equitação, que de que alguma forma tenham formação e que, que percebam qual é a dinâmica das sessões e pode ter também, por isso é que eu digo toda agente, pode também ter pessoas que, de alguma forma, que tenham formação, ou que acompanhem as equipas, (aa) que possam de, de uma forma voluntariosa poder ajudar e poder de alguma forma participar nas sessões ajudando (aa), quer nas transferências (aa), quer no auxílio aos próprios pacientes.

12) ER: - Como referiu à pouco, disse que é necessário ter formação (aa), quem são os elementos que fazem parte da equipa, quais são as funções de cada um desempenha?

N: - Portanto, há o técnico, que normalmente pode ser um técnico de motricidade humana, pode ser um fisioterapeuta, que é o, o coordenador da terapia e que define os objetivos para a terapia e os partilha, e os discute com, com os parceiros que estão, que estão com ele no processo, que é o monitor que é responsável pelo cavalo, pelo treino do cavalo e pela condução do cavalo, durante todo o processo e durante toda a ação da reabilitação e existe um auxiliar que pode ser, como eu disse, uma pessoa que seja um voluntário, que (aa) no fundo (aa), seja treinado e seja capacitado para acompanhar (aa) esse técnico e ajude nas transferências, nas mobilizações e que é responsável (aa). Porque é fundamental, neste tipo de pacientes, dar-lhes o conforto e a segurança, porquê, por que eles estão num plano elevado, como à bocadinho eu dizia, mas não têm o controlo motor sobre o seu corpo. Portanto, qualquer desequilíbrio para eles torna-se algo muito desagradável e portanto é fundamental, quer de um lado, quer do outro, sintam o conforto e a segurança de que quem cá está em baixo (aa), pode de alguma forma, dar-lhes esse conforto e essa segurança. Portanto é fundamental ter essas duas pessoas, uma de cada lado, o terapeuta que normalmente vai do lado esquerdo e o auxiliar ou voluntário que vai do lado direito (aa), e que dá esse equilíbrio, esse equilíbrio, por que se tivermos a fazer este tipo de terapia com um cavalo que, por exemplo não esteja adaptado ou que não consigamos de alguma forma dar essa segurança, esse equilíbrio ao paciente, deixa de ser uma terapia, por que ele vai estar sempre a reagir a um estímulo que é negativo, que é o medo de cair, que é o medo de não tar em segurança. Portanto, é fundamental criar essas condições de segurança para que (aa), o, o paciente possa desfrutar do movimento que o cavalo induz no, no paciente. E portanto (aa), se

a pessoa for contraída porque tá com medo de cair, não vai ter (aa) a receção por parte dos nervos sensitivos do estímulo que o cavalo pode induzir na, na pessoa e na ajuda que o cavalo pode induzir no paciente. Portanto, isso é fundamental e para isso, como eu disse, não precisam de ser equipas extremamente especializadas, são, são equipas que têm que saber quais é que são as suas funções, que tem que tar habilitadas a fazer essas funções e perceber quais é que são as funções, daí ser importante também (aa) que esses três elementos falem, que tenham um, um plano de ação, que tenham (ummmm) objetivos para que de alguma forma (aa) a sessão possa ter, ter, ter resultados, porque neste tipo de terapia é fundamental (aa) a pessoa de alguma forma (aa), que está a comandar, por assim dizer, ou que tem (aa) a função de criar os objetivos para aquele paciente, transmitir quer ao monitor, quer (aa) ao ajudante ou à pessoa que tá a ajudar, quais é que são os objetivos, o que se vai pretender com aquela sessão, para que se consiga dar esse conforto ao paciente e atingir os objetivos.

13) ER: - Onde são feitas as sessões de hipoterapia?

N: - Onde?

ER: Sim, o sítio onde são feitas?

N: Nós, nós temos um picadeiro coberto, que, que tem condições de (aaa), de humidade e de, de temperatura que não são as ideais, ou seja, isto porquê, porque normalmente este tipo de terapias devem ser dadas e têm que ser dadas em ambientes mais herméticos, para quê, para que não haja grandes alterações na temperatura, para que não haja, porque normalmente associadas a estas patologias há espasmos, há (palavra indecifrável), há determinados tipos de reações que acontecem com alterações da temperatura. E portanto, se (aa) nós tivermos a, um, um picadeiro que esteja muito exposto a vento, que esteja muito disposto a alterações de temperatura, isso vai induzir no paciente (aa) a, reações que (aa) de alguma forma depois (aa) vão influenciar (aa) a terapia. Portanto, nós temos um picadeiro que de alguma forma está, está coberto, que tem alguma, tem, não é completamente fechado (aa), infelizmente ainda não é completamente fechado (aa), mas temos um, um picadeiro que tem ao lado uma sala com uma marquesa, com um gabinete onde se pode fazer a preparação do paciente para depois iniciares as sessões de hipoterapia

14) ER: - Como é feita a escolha dos cavalos?

N: - A escolha dos cavalos é feita como eu disse à pouco pelo monitor de equitação. (Aa) em, mais uma vez, em conjunto com o técnico de saúde que acompanha a sessão, (aa) e sabendo quais é que são as características do paciente, assim nós (aa) escolhemos o cavalo. É lógico que

são cavalos que têm que ter já adaptados e têm que ter trabalhados para este tipo de terapias, só podem fazer este tipo de terapias, não pode, não podem ser outro tipo de animal, têm que ser animais...

Eu: - (Interrompi) Então eles têm, têm que ter um treino especial para serem facilitadores desta terapia?

N: - Eles têm que ter um treino, têm que ter adaptados a este, têm que se preparar porquê, por que imagine que um paciente, que sofre um espasmo em cima do cavalo, ele vai apertar a barriga do cavalo, num cavalo que não seja preparado, para, para este tipo de terapia, o cavalo pode-se assustar, pode sair à carga, portanto perder o controlo sobre o animal e de alguma forma pôr em causa a segurança do, do paciente. Portanto, tem que ser animais que estejam treinados, que estejam habituados a (aa), a ouvir determinados tipo de sons (aa), que sejam habituados a ser tocados, a ser (aa) e de alguma forma, ter mais do que um animal porquê, porque imagine que eu tenho um doente que tem uma espasticidade severa, eu se tiver um cavalo que tenha um dorso largo, eu não consigo o sentar, ou mesmo que eu consiga sentar, se tiver um a reação de contração por parte do paciente, eu no final da sessão tenho exatamente o inverso do que quero. Porquê, porque como o movimento do cavalo, ele vai induzir um neuro feedback na pessoa, em que vai aumentar a espasticidade do paciente. Portanto, se eu tiver um doente que tenha eventualmente uma espasticidade severa e uma limitação funcional, por exemplo na abertura das pernas, eu tenho que ter um cavalo que tenha um dorso estreito, portanto não pode ser um cavalo que tenha um dorso muito largo. Se eu tiver uma pessoa que seja muito magra, por assim dizer, eu não posso ter um cavalo que tenha um, um, um perfil muito, muito delgado porquê, porque não vou ter o conforto (aaa) dessa pessoa em cima do cavalo. Se tiver uma pessoa que já tenha mais peso e que já tenha mais volume, num cavalo em que a estrutura esquelética seja, seja maior, eu aí não tenho, eu aí não tenho grandes preocupações. Aqui temos que adaptar muito e tem também a ver com o peso dos pacientes, nós não trabalhamos só com crianças, trabalhamos com adultos e há animais que não suportam, por exemplo, o peso de determinado tipo de adultos. Portanto, nós temos que ter animais que tenham um porte que permitam (aa) esse, esse tipo de pacientes mais, mais, mais pesados.

15) ER: - À pouco já, já falou como é que o cavalo intervinha nas sessões de hipoterapia, através dos movimentos, do movimento tridimensional, (aa) quais são os andamentos escolhidos para fazer a hipoterapia?

N: - Eu como lhe disse no início, (aa) eu, eu só tenho um, um andamento, que é o passo, (aa) porque como lhe disse, eu utilizo o cavalo como marquesa e portanto, o que eu quero é um movimento ritmado, um movimento tranquilo (aa), que permita ao paciente estar de uma forma relaxada e tranquila para eu poder depois estimular ou alongar consoante as necessidades e com os objetivos que eu pretendo (aa) o paciente. Se eu tiver um tipo de andamento que induza (aa) um determinado tipo de, de estímulo mais agressivo, num paciente com uma tetra (...), e estamos a falar de uma tetraplegia parcial, o que é que me pode acontecer, pode me acontecer a que o, o, o paciente por alguma razão (aa) possa perder o equilíbrio, porque estamos a falar de pacientes que não têm ação motora, não têm, são doentes passivos e portanto, não podemos criar grandes estímulos, porque podemos perder um controle sobre a sessão, temos que ter um, um, um movimento de passo tranquilo, (aa) para que de alguma forma, como eu também já disse, um dos objetivos é trabalhar a parte respiratória e a parte respiratória nós temos que entrar no nosso padrão de respirar, de respiratório e isso nós só conseguimos também com um andamento suave como é o passo.

16) ER: - Os acessórios utilizados no cavalo são iguais aos que se utilizam para praticar equitação ou são diferentes?

N: - Eu como disse (aa) não utilizo, os únicos acessórios que eu tenho no, no cavalo é uma, é a manta com, com uma pega, só mais nada (aa). E portanto, porque o meu objetivo é ter o máximo de contacto do paciente com o cavalo. Portanto, que a maior dimensão corporal da pessoa possa estar em contacto com o cavalo e daí receber a maior, a maior quantidade de estímulos. Se eu tiver (aa) num, num tetraplégico parcial que adquira ou tenha algum controlo de tronco, eu posso utilizar uma sela, para quê, para estimular a posição sentado, mas isso depois tem a ver muito com a, a com os objetivos que eu tenho e com o paciente que eu tenho à frente. Agora normalmente, na grande maioria das sessões (aa) utilizo só, só a manta, (aa) não, não utilizo o, o arreio com regularidade, utilizo apenas o arreio quando, como já disse, tenho pacientes que (aa) tenham já algum controlo de tronco e que permitam de alguma forma trabalhar a estabilização do tronco e também a posição de sentado, que (aa) os pacientes que já conseguem ter algum controlo sobre o tronco (aa) este movimento do cavalo ajuda muito a, a estimular a posição sentado.

17) ER: - À pouco referiu que é uma terapia que existe algumas limitações que, que das quais que impeçam de a realizar. Quais são essas patologias ou situações que, que não são aconselháveis fazer a hipoterapia?

N: - (Aaa) temos, temos várias situações, eu, eu às vezes tenho alguma dificuldade em falar em patologias, porque se, se nós tivermos a falar de um modo lato, a tar a dizer que pôr um tetraplégico parcial a montar a cavalo ou estar em cima do cavalo, (risos) à partida não, para o comum dos mortais, diria que isto não faz sentido nenhum. (Aaaaa) agora, o que, o que eu sinto que é fundamental é fazer uma boa avaliação antes de iniciar a hipoterapia (aa) e o processo hipoterapêutico, porquê, porque se eu tiver uma luxação de anca, por exemplo, por muito que a pessoa não tenha qualquer outro tipo de limitação, mas que tenha uma instabilidade da anca, eu não posso pôr uma criança que tem uma instabilidade de anca a montar ou a fazer hipoterapia, mas se (aa), por exemplo, eu tiver uma, uma criança que tem, tem espasticidade severa, que não consegue fazer abdução, que não consegue abrir as pernas, toda a gente vai dizer este miúdo não está indicado para hipoterapia. Mas há técnicas que nós podemos utilizar para estimular a abertura das pernas sem ser sentado. Portanto, (aa) nós podemos utilizar a técnica do índio morto, por exemplo, em que estimulamos a cadeia posterior e podemos deitar o doente de barriga para cima, com (aa) os pés no pescoço do cavalo e estimular também dessa forma a abertura das pernas, ou seja, há determinado tipo, há contraindicações. Se eu tiver uma instabilidade da coluna, se tiver (aa) uma limitação funcional da coluna, é lógico que eu não posso correr o risco de ter um paciente que tem uma limitação ou uma instabilidade porquê, porque estamos a trabalhar com um animal vivo, é um animal que nós não conseguimos controlar todas as reações dele e portanto, temos que avaliar, perceber quais é que são as limitações das pessoas (aa) e depois dessa avaliação bem feita, com a equipa que acompanha essa pessoa, porque nós não podemos dissociar a hipoterapia de todas as outras terapias que são feitas e que acompanham as pessoas. E de acordo com (aa) essas pessoas (aa), fazer uma avaliação e com os técnicos que acompanham esse paciente fazer uma avaliação e avaliar quais é que são as limitações. Tirando as típicas (aa) patologias, se uma criança que não tem qualquer tipo de limitação, mas que é alérgica ao pelo do cavalo, nós não podemos fazer hipoterapia. Portanto, (aa) eu acho que é fundamental, mais do que criar aqui um padrão de limitações, fazer uma avaliação (aa) do paciente e sim, em função de uma avaliação (aa) multidisciplinar e dos técnicos que acompanham mesmo noutras terapias, (aa) perceber quais é que são as vantagens que se pode tirar do cavalo. E como digo, muitas das vezes, na, nas situações e nas avaliações que nós achamos que aquela, que aquele paciente não pode fazer hipoterapia, podemos encontrar técnicas terapêuticas em cima do cavalo que vão estimular exatamente o que nós pretendemos, por isso acho que tem que ser em função de uma avaliação multidisciplinar e não em função de, agora às típicas, como estava a dizer, não é, se a pessoa de facto tiver um derrame ou se tiver um aneurisma não vou poder tar ali a estimular a pessoa numa hipoterapia. Mas, isso

(aa) como digo, mais do que tar aqui a criar padrões do que é que, do que é que limita ou qualquer, acho que se tem que avaliar cada, cada pessoa e cada pessoa e cada pessoa depois, porque muitas das vezes, como eu dizia à bocadinho, de só o facto de conseguirmos pôr alguém em cima do cavalo e lhes dar uma perspectiva diferente do mundo e basta pô-la a olhar para baixo, só isso já é uma terapia fantástica e muitas das vezes, não o precisamos de os estar a limitar porque essa pessoa tem (aa) uma, uma determinada limitação funcional que não permite tar a cavalo. Nós conseguimos sempre, sempre (aa) encontrar uma forma, se o paciente se o paciente quiser, de o colocar a cavalo. Agora há limitações e contra-indicações que a pessoa na altura (aa) tem que avaliar e tem que decidir se a pessoa deve ou não deve fazer a hipoterapia.

18) ER: - Quais, quais e como foram definidos os objetivos para o B?

N: - Para o?

ER: Para o B.

N: - Portanto, o B, o B (aa) já, já era acompanhado por mim em clínica e, e, eu acho que posso dizer que a tetraplegia parcial do B foi adquirida através de um acidente a cavalo. E portanto (aaa) quando tavamos em clínica (aa) uma das coisas que falávamos com regularidade era o facto de, de ele voltar a sentar-se em cima de um cavalo. Era uma coisa que, que ele gostava muito, portanto e aí entra a parte emocional que é o estímulo, como eu dizia à bocadinho, são pacientes que, que estão sempre em reabilitação, tão sempre em reabilitação e portanto (aa), porque as limitações funcionais não só da parte dos membros superiores, como dos membros inferiores, mas a parte respiratória, a parte alimentar, (aa) tudo isto é um dia a dia terrível para eles. Portanto, é fundamental criar algo de bom (aa) nesse, nesse dia a dia em que são só tarefas (aa) para, para terem alguma qualidade de vida, (aa) criar algum estímulo e alguma motivação e no caso do B, sempre percebi que (aa), uma das grandes motivações era o voltar. (Aaa) portanto, fez uma primeira experiência, num, num outro centro, que não correu muito bem, ele entretanto pediu se poderíamos experimentar novamente. (Aa) fizemos, ele, ele foi lá ter comigo ao picadeiro e, e passado aqueles primeiros minutos de pânico, que é de alguém que teve um acidente e que tava naquela, naquela cadeira de rodas por causa de uma queda de cavalo e de um momento para o outro, vê-se novamente em cima do cavalo, vê-se novamente (aa) (aa) a sentir o movimento do cavalo. E portanto, passados esses primeiros momentos de pânico em que a cara dele tava, tava no outro lado que não era ali, passado esse tempo a cara começou a mudar, os olhos começaram a mudar, o sorriso apareceu espontaneamente e portanto (aa), e decidimos que de facto faria todo o sentido (aa) fazer hipoterapia (aa) e como já conseguíamos,

em clínica adotar uma posição (aa) sentada, marcamos uma reunião com, com o médico que o acompanhou, que não tava cá em Portugal na altura. (Aaa) numa primeira fase, o médico não achou que fosse benéfico, lá está aquilo que eu estava a dizer à bocadinha, muitas das vezes pode ser um bocadinha impercetível, porque as pessoas partem logo de pressupostos de que há contraindicações rígidas que são estas, estas e este médico, que é um médico internacional conhecidíssimo (aa), numa primeira fase achou que não faria sentido e que e que em termos de objetivos clínicos não se iria ganhar muito. Passados seis meses, que nos deu o benefício da dúvida de o fazer, porque eu expliquei exatamente que uma das coisas que, que ele não viu e que eu vi, foi a disposição (aa) do B e a forma como ele encarou aquele momento (aa) e porque ele já, já admitia a posição sentada. E portanto, de alguma forma, a verdade é que passados cerca de dois, três anos de fazermos hipoterapia juntos (aa), ele consegue andar a cavalo, a passo, sozinho, consegue um dos membros com, com também dissemos à bocadinha, (aa) todas as lesões (aa) não são iguais, e portanto, ele não tem uma lesão completa, tem uma lesão parcial. (Aaa) e portanto, tem uma limitação no membro superior(aa) que é maior do que a outra e a verdade é que ele no membro superior onde tem algum estímulo, consegue segurar a rédea e faz um, dois, três, quatro picadeiro (aa) sozinho sem qualquer tipo de apoio. (Aaaa) e portanto, o que era de alguma forma impensável porque era contraindicado por várias situações, nós começamos sempre por uma posição de conforto para ele (aa) em que, que ele foi ganhando esse equilíbrio e esse conforto e começamos depois a evoluir, mas sempre com o objetivo “major” de lhe dar essa parte emocional e de lhe dar esse, esse estímulo cognitivo que ele precisava, pelo prazer que já tinha tido de montar a cavalo, de o voltar a sentir e depois o objetivo a seguir foi, de alguma forma, estimular a posição sentada, coisa que ele hoje consegue fazer e inclusive consegue ter movimentos ativos (aa) que é uma coisa que é fantástica, que foi esse médico que veio fazer a reavaliação dele, passado uns dois anos, (aa) entretanto devo-me meter também com ele (aa) e não conseguia, dizia ele que não conseguia perceber como é que ele tinha desenvolvido mecanismo de controlo do tronco. Ele desenvolveu-os exatamente porque encontrou estruturas periféricas que foram de alguma forma colmatando (aa) aquela lesão central, pelo prazer e pela vontade de voltar a estar a cavalo acho que (aa), por isso é que eu digo que as contraindicações existem, tem que ser, tem que ter, tem que ser tidas em linhas de conta com, com muita assertividade, não ter medo de as assumir, mas também há riscos que muitas das vezes temos que assumir em qualquer terapia e portanto aqui o risco foi assumido, foi calculado de alguma forma (aa), mas a verdade é que hoje passado estes anos todos que fazemos terapia (aa) hipoterapia em conjunto (aa), a realidade do paciente B é completamente diferente, do que, do que era e posso garantir, com quase de certeza absoluta, que se não fosse

a hipoterapia, mesmo em contexto clínico (aa), o, o desenvolvimento e as capacidades desenvolvidas e adquiridas até agora pelo paciente B, não teriam sido conseguidas sem a hipoterapia, isso não tenho a menor dúvida, por muito trabalho que se fizesse em clínica, por muito equipamento tecnológico que hoje já existe para se fazer o estímulo, (aa) (aa) (aa), eu tenho a certeza, aliás este, este médico corrobora um bocadinho isto que eu estou a dizer que de facto, senão fosse a hipoterapia, a qualidade de vida que, que o paciente B foi adquirindo em muito se deve à hipoterapia.

19) ER: - Por quantas pessoas era constituída a equipa que desenvolveu as sessões?

N: - Nós tínhamos sempre a mesma equipa, (aa) tínhamos, nós trabalhamos com voluntários, pessoas que, como eu disse, foram treinadas, que sempre fizeram este tipo de, de trabalho (aaaa) e que havia duas pessoas que são, são parte integrante sempre da equipa, que sou eu e é o monitor de equitação (aa) e (aa) ou o ajudante ou o monitor, ou que lhe quiserem chamar, ou o técnico, mudava em função muitas das vezes da relação que se estabelecia entre o voluntário e o paciente, ou seja, há pacientes que, principalmente nas crianças isso é muito importante, que criam uma melhor dinâmica com determinado tipo de, de pessoa e portanto (aa) e essa dinâmica é muito importante neste tipo de terapias. (Aaaa) e portanto a pessoa é sempre, não é escolhida porque não precisa de ser escolhida. A pessoa automaticamente acaba por participar, porque sente que é aceite pelo paciente e o paciente quer que a pessoa seja (aa) parte integrante da terapia e portanto, (aa) nós trabalhamos sempre com três ou quatro voluntariados e portanto são pessoas que estão sempre presentes nas sessões e automaticamente são consoante o paciente que, que vai fazer a terapia assim é a pessoa que acompanha determinado paciente.

20) ER: - (Aaa) como foram calendarizadas as sessões? Como era..

N: - As sessões, as sessões foram calendarizadas de acordo com a, os objetivos que nós tínhamos (aa) quer na parte, porque é muito mais fácil, quando eu faço trabalho em clínica, ou seja, quando eu acompanho o paciente em clínica, é muito mais fácil desenvolver (aa) os objetivos depois na parte da hipoterapia (aa), porque (aa) é difícil, e eu percebo que seja difícil muitas das vezes, hoje se calhar mais fácil e a pandemia foi uma das coisas boas, como o meu pai diz, tudo o que seja muito mau, há sempre alguma coisa boa tem que se retirar e uma das coisas boas que se calhar a pandemia nos veio ensinar, que é fácil conectarmo-nos uns com os outros. Portanto, fazer essa avaliação em equipas multidisciplinares, porque era uma coisa que, que às vezes não acontecia, e portanto (aa), eu definia, definia com o paciente B os objetivos e, e, e víamos (aa) qual é que era o padrão e os números de sessões. Normalmente na hipoterapia,

(aaa) faz-se só uma sessão por semana, até porque eu não sou apologista tecnicamente de neste tipo de patologias, de, de alguma forma (aa) ter muitas, muitas terapias, ou seja, acho que a pessoa não pode estar sempre, sempre virada para a reabilitação e isso a pessoa já passa dia sim, dia não numa clínica, (aa) se depois na sua folga vai ter hipoterapia, depois se vai ter outra, porque são doentes que precisam de muito apoio (aa), eu acho que este, estas terapias também têm que dar aqui tempo para que a pessoa tenha o Eu e o seu próprio tempo (aa) e que de alguma forma desfrute (aa) do seu tempo para outras coisas e que não esteja sempre, sempre (aa) de alguma forma envolto na questão da reabilitação e na questão da, portanto nós na hipoterapia fazemos sempre só uma sessão por semana.

21) ER: - Qual era a duração que cada sessão tinha?

N: - (Aaa) a duração das sessões varia, varia consoante a patologia, porque temos pacientes que aguentam perfeitamente meia hora em cima do cavalo, porque como disse, muitas das vezes, (aa) eles estão a agir contra a gravidade e portanto, têm que (aa) reagir e têm que tar de alguma forma em constante esforço (aa) e há, há doentes que fazem uma terapia durante meia hora sem qualquer tipo de problema.

ER: - E no caso do B?

N: - No caso do B andava sempre entre os trinta minutos, quarenta minutos (aa), quando eventualmente ...

ER: - (Interrompi e perguntei) Inicialmente?

N: - Inicialmente começamos quinze, vinte minutos, porque ele não aguentava mais e saía completamente exausto e portanto, chegámos à conclusão que a parte final da terapia, já, já não (aa), já não tinha fins terapêuticos e de alguma forma (aa) não se aproveitava. E depois com, com o decorrer das sessões (aa) fomos avaliando e fomos percebendo que poderíamos ir aumentando e chegámos com o que fazemos agora antes da pandemia, chegamos ali a sessões de trinta, quarenta minutos, em que, por vezes, ele já (aa) para, para alimenta um bocadinho (aa) as suas saudades, já, já experimentávamos uma ou duas vezes andar a trote, o que o satisfiz imenso.

22) ER: - Como é que o B era colocado em cima do cavalo para fazer os exercícios?

N: - Nós temos uma plataforma, portanto as pessoas no caso do B que chega de cadeiras de rodas, (aa) chega a essa plataforma com, com a cadeira. Essa plataforma tem uma zona onde é colocado o cavalo, portanto o cavalo fica nessa zona, a cadeira vai até ao limite da plataforma

que fica encostada ao cavalo e depois é transferido da cadeira para, para o cavalo por, por duas pessoas, por mim, (aa) por um auxiliar que está, que nos ajuda a fazer as transições e por uma terceira pessoa que está do outro lado do cavalo e portanto, somos três pessoas que fazem a transição dessa plataforma para, para o cavalo.

23) ER: - Que tipos de exercícios eram feitos lá em cima do cavalo?

N: - A como deve, deve compreender numa tetraplegia parcial (aa), não, não, não temos a capacidade de fazer muitos movimentos ativos, portanto todos os movimentos (aa) que nós fazemos numa tetraplegia parcial são induzidos pelo cavalo, de alguma forma (aa) ou são de alguma forma (aa) induzidos pelo terapeuta. Portanto, (aa) no caso do paciente B, (aa) o que nós queríamos e pretendíamos essencialmente era evoluir para a posição sentado e portanto muito dos exercícios eram sentados. Começávamos inicialmente com uma posição de deitado sobre o dorso do cavalo, (aa) em que elevamos as pernas e ele ficava (aa) a todo o nível cavalo e que fazíamos (aa) o, o durante uns minutos (aa) esses exercícios de relaxamento e adaptação ao cavalo, para que de alguma forma, a própria espasticidade dele também pudesse de alguma forma estabilizar, essa era a posição mais confortável para ele (aa), depois (aa) acabaríamos por fazer ali pequenas lateralizações para estimular toda, toda a estrutura do tronco, quer a nível dos oblíquos, quer a nível dos retos, fazíamos exercícios com a cabeça para estimular, de alguma forma a cadeia anterior (aa) e no fim destes exercícios, sentávamos (aa) e depois fazíamos exercícios em que ele era apoiado numa primeira fase (aa), fazíamos com o cavalo maior que temos (aa), com um técnico que se sentava e que fazia (aa) de, de encosto para o paciente B. Portanto eram duas pessoas a cavalo e dava-lhe esse conforto inicial para ele, de alguma forma, sentir (aa) essa segurança. (Aa) depois quando ele de alguma forma (aa), ele já sentia esse equilíbrio e essa segurança, nós retirámos essa pessoa e ele começou a fazer sozinho, com apoio (aa) do meu lado (aa) e com o apoio do, do outro lado (aa) e a pessoa desenvolvia, a, a, a posição sentado e, e depois quando terminávamos a sessão, o que é que nós queríamos, queríamos estimular a cadeia posterior que não feito ainda. Então púnhamos o paciente B na posição de índio morto (aa) e a estimulávamos tudo o que era cadeia posterior, quer a nível de glúteo, quer a nível de tronco, quer a nível até dos estabilizadores da cabeça. E pronto, e depois a posição de índio morto facilitava-nos também a saída dele para a cadeira e portanto com algumas variações quer de tempo, quer de, de técnica, mas seria mais ou menos dentro disto as sessões do paciente B.

ER: - Tenho conhecimento de um vídeo em que o B está sentado no dorso do cavalo e vi uma pessoa, uma pessoa por trás dele. A você disse que essa função era, o que é que, qual é o nome dessa pessoa e a função que ele faz?

N: - O objetivo dessa, dessa pessoa é de dar segurança na posição sentado porquê, porque uma coisa é nós estejamos numa posição estática sentados, outra coisa é nós estarmos sentados numa posição dinâmica, ou seja, com movimento associado e (aa) não há capacidade de retificação, a, num paciente, como é B que tem uma tetraplegia parcial. Então o que é que nós fazemos, a, sentamos uma pessoa no dorso do cavalo, encostamos (aa) o paciente B a, a esse monitor e criamos, de alguma forma, segurança e conforto porquê, porque depois nós vamos afastando, mas cada vez que o afastamos, ele sabe que está ali alguém atrás que lhe vai, de alguma forma (aa), salvaguardar qualquer, qualquer alteração que possa haver no andamento do cavalo e que lhe dá esse conforto. Por que o grande problema, na, nesta, nestas situações é que, a eles perderam toda a capacidade de retificar posição e portanto, perdendo essa capacidade de, de retificar posição, qualquer alteração da posição de equilíbrio, eles não têm capacidade de voltar à posição inicial. (Aaa) e portanto, nesta primeira fase foi uma técnica que, que nós arranjámos para, para lhe dar essa segurança e acima de tudo, obrigá-lo a estimular (aa), coisa que não conseguiríamos (aa) com ele sozinho.

24) ER: - (Aa) à pouco já falou de algumas reações que o B teve quando começou a fazer as sessões. Relembra-se de algumas expressões, algumas (interrompida com a resposta)?

N: - Não, essencialmente (aa) as primeiras (aa) foram, não foram fáceis. (Aaa) há muito medo, a quando, quando está em cima de algo em movimento e se não tem controlo (aa) sobre esse, sobre esse, sobre esse animal, (aa) há o medo, há as memórias que existiam. Portanto, a fase inicial (aa) foi uma fase mais difícil, porque o paciente B (aa) tem espasticidade e portanto (aa), qualquer situação em que ele ficaria e esteve-se mais desconfortável, (aa) a espasticidade acentuava-se e não o permitia fazer algum tipo de exercício. (Aaa) mas com o tempo, ele foi adquirindo algumas valências e foi adquirindo algumas esperanças e acima de tudo algum prazer, que eu acho que foi fundamental em tudo isto, (aa) o prazer de voltar a tar em cima de um cavalo, acho que foi essencial, é que foi fundamental para ele. (Aaa) e, e tudo isso superou esses receios, esses medos e portanto, se numa primeira fase, (aaa) havia esse receio e esse medo, com o tempo deu lugar a uma alegria e a um prazer (aaa) muito, muito grande, e eu gosto mais de guardar essas, esses momentos em que, a, a, de alguma forma, ele quis conduzir o cavalo com a boca e partiu um dente a segurar a rédea (risos), mas, mas são coisas que são, são fantásticas, porque são essas coisas, por mais, às vezes, nós dizemos que não devíamos sair de

algum círculos de segurança, mas são estes círculos de insegurança que criamos que fazem com que as coisas evoluam, (aa) e eu acho que qualquer terapia deste género é fundamental, adaptarmo-nos ao paciente, por isso é que eu cada vez mais acho que a imaginação é, é um fator fundamental para um técnico de reabilitação, seja ele qual for (aaa), neste tipo de terapias, porque é fundamental termos sempre a adaptar, sempre perceber o que é que e às vezes correr o risco, lógico que tem que ser um risco (aa) ciente e programado, mas porque não, se ele queria conduzir o cavalo e o único sítio onde poderia de facto agarrar na rédea era a boca, porque ele não havia, pronto correu mal, partiu um dente, mas também voltou a pô-lo e tá ótimo e está fantástico. (Aaa) e isso é o que, é o que eu guardo, foi esse dia fantástico em que, acho que foi se calhar um dos dias mais felizes dele até, até, até agora depois do acidente e portanto, acho que muitas das vezes, temos que, que ir atrás da imaginação e deixar que ela também nos guie na reabilitação (aa), porque às vezes, também é um bocadinho fundamental, essa, às vezes até posso chamar loucura, mas é fundamental esse risco e essa loucura, para que as pessoas possam voltar a desfrutar e ter o prazer, porque (aa) eventualmente, a, ele não, infelizmente não vai ter muitas possibilidades de voltar a sentir o que sentiu naquele dia, (aa) tem que se reunir uma série de condições para aquele dia voltar a acontecer, felizmente voltou a acontecer sem rédeas na boca, porque ele já não quis partir mais nenhum dente (risos). Mas (aa) a verdade é que, acho que foram momentos como este que fizeram com que, a, ele hoje tenha felizmente, a, outras capacidades e que consiga desfrutar do dia a dia de uma forma diferente com que desfrutava até ali, porque de facto consegui uma série de capacidades mecânicas ativas que não tinha até então, portanto, acho que foi, foi.

25) ER: - Quais foram os primeiros, as primeiras melhorias, progressos que o B fez?

N: - Tá-me falar em termos da hipoterapia só ou em termos de..?

ER: - Na sua reabilitação, sim com a hipoterapia.

N: Mas só com a hipoterapia, ele quando, quando eu comecei a trabalhar com o B, ele tava deitado, não, não tinha, o objetivo era mobilizar era criar a, era criar ali alguma mobilidade e alguma fluidez dos líquidos corporais. (Aa) mas, depois começámos que, que ele conseguia fazer muito mais. Como disse na reabilitação muitas das vezes, temos que, que ir um bocadinho além e de experimentar algumas coisas que, que até não me parecem muito adequadas na reabilitação, mas muitas vezes trazem resultados que nós não, não conseguimos quantificar e a primeira, a grande diferença foi quando ele se sentou na marquesa sozinho, (aa) e quando ele percebeu, apesar de estar em pânico, porque eu dizia-lhe que ele conseguia estar sentado

sozinho e ele dizia que não. Eu então, o que é que eu tinha que fazer, tinha que sair do gabinete, mas cada vez que eu saía do gabinete, com o pânico tinha uns espasmos e ele acabava por cair. (Aaa) até ao dia em que eu fiquei com ele, e, e disse olha vais ficar aqui sozinho, a, e eu vou sair do gabinete, e porque eu já tive aqui meia hora contigo e tu não caíste (aa) e portanto eu vou sair, se caíres a responsabilidade é tua, tu caís porque queres e eu saí. Eu estava em pânico, nunca mais vou esquecer esse dia, a, mas a verdade é que eu saí do gabinete e ele ficou sentado e essa foi, foi o grande dia em termos de reabilitação, (aa) foi ele perceber que afinal conseguia estar sentado sozinho, que era uma coisa que até ali (aa) já não fazia parte do quotidiano dele. (Aaa) e a partir daí, a partir do momento em que conseguimos (aaa) a partir do momento em que conseguimos a posição sentado, depois é mais fácil conseguir outras coisas. (Aa) e portanto, a partir do momento que conseguimos perceber que, que ele adquiriu a posição sentada, a partir daí depois conseguimos outras coisas, conseguimos estimular os membros superiores (aa) e pronto fizemos, fizemos todo o trabalho de reabilitação. Na hipoterapia (aa) foi exatamente a mesma coisa, só que na hipoterapia foi o dia em que ele percebeu que conseguia andar sozinho num cavalo outra vez, a num, num, num movimento dinâmico, em que ele conseguia controlar o movimento dinâmico, portanto estamos a falar de um paciente que tava sempre deitado, adquiriu em clínica a posição sentado e depois na hipoterapia conseguiu a posição sentado dinamicamente, ou seja, com o movimento. Esses foram os dois grandes pilares, na minha, na minha perspetiva (aa) em termos de, de reabilitação no paciente B, como digo, se houve uma parte fundamental que foi adquirir a posição sentada na clínica (aa), eu nunca conseguiria ter esses resultados na clínica (aa) para, para lhe dar de alguma forma, essa capacidade dinâmica de estar sentado, portanto essa capacidade dinâmica ele só adquiriu porque foi na hipoterapia, se não, não iria, nunca conseguir.

26) ER: - Pronto, no final do plano das sessões dinamizadas, a, os principais benefícios e progressos, quais foram?

N: - Olhe, estes foram para mim os dois principais, é lógico que há outros associados, mas estes foram os dois (aa) grandes, grandes objetivos conseguidos, o, o dinâmico sentado, o dinâmico em cima do cavalo, acharíamos sempre que ele não conseguir, porque ele tem uma tetraplegia parcial e portanto, (aa) ele saindo do ponto de equilíbrio dele, ele seria difícil, de alguma forma, fazer a retificação da posição, a, mas depois a parte da espasticidade melhorou imenso, a parte respiratória, porque o paciente B, infelizmente, mas lá está, temos que adaptar sempre a reabilitação ao paciente e não ao contrário, (aa) fuma e portanto como fuma, a capacidade respiratória dele era diminuta. Conseguimos com a hipoterapia uma dinâmica da grelha costal

que não tínhamos até então, ou seja, conseguimos inspirações com o aumento e com (aa) o aumento da volumetria (aa) torácica, com os músculos inter, intercostais, que não tínhamos e que dificilmente o iríamos conseguir, (aa) ou acho que não iríamos conseguir em clínica, conseguimos na hipoterapia. (Aaa) uma, uma melhor volemia, notava-se a diferença no corpo do paciente B, depois das sessões de hipoterapia, porque via-se a, a capacidade circulante dele muito melhorada, (aa) (aa) e depois a outra parte que nós não conseguimos descrever, porque é, mais a parte emocional e motivacional dele, parte para, para ir para as sessões e para fazer outras coisas (aa) e para montar outros projetos, que ele graças a Deus hoje tem (aa), penso que, que ajudou muito, a, o seu dia a dia de hoje e a atingir os objetivos que ele hoje tem, (aa) acho que, que a hipoterapia foi, foi um motor muito importante.

27) ER: - Face aos resultados observados por si neste caso, considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia parcial?

N: - Eu disso não tenho a menor dúvida, (aa) acho que é fundamental perceber é quais, e como disse à bocadinho, quais os benefícios e quais os objetivos, (aa) porque todas as lesões, quando nós estamos a falar em tetraplegia parcial, temos a falar num mundo muito vasto e portanto não podemos enquadrar todas as tetraplegias parciais. (Aa) porque se me disser assim, se eu tiver uma, uma tetraplegia muito alta, se calhar eu sou o primeiro a dizer que é contraindicada a hipoterapia, mas se tiver tetraplegia parcial baixa, se calhar faz todo o sentido como acabei de descrever com este e outros pacientes que tenho na, na hipoterapia. Acho que faz todo o sentido, (aa) apesar de como disse, um neuro, um neurologista bastante referenciado internacionalmente, inicialmente (aa) ter as suas dúvidas, que são legítimas e que são normais e são naturais, (aa) no final da sua avaliação, à relativamente pouco tempo, ele admitiu perante a sua grande humildade e sua grande sabedoria que, que de facto tava errado e que a hipoterapia, neste caso do paciente B foi sem sombra de dúvidas uma mais grande valia e não foi só uma mais-valia, mas como digo, é uma mais-valia se os objetivos, (aa) que definirmos para os pacientes sejam atingíveis, acho que, às vezes, temos que pôr os objetivos (aa) num determinado patamar que sejam atingíveis, há outros que, que nós temos que lutar para lá chegar, mas é fundamental, fazer essa planificação da reabilitação por forma a que a, a reabilitação e a hipoterapia seja uma mais-valia e não seja algo que, muitas das vezes queremos que, seja o salvador de, e depois o facto de não conseguirmos atingir determinado tipo de objetivos, tem um efeito contrário na, no paciente. E portanto, acho, tenho a certeza absoluta que a hipoterapia é uma mais-valia na, nos pacientes com tetraplegia parcial.

28) ER: - O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia?

N: - Acho que acima de tudo, é fundamental dar formação, acima de tudo, é que quem faça esta terapia seja ciente do que é que está a fazer, a, e dos benefícios da hipoterapia, (aa) e que justifique muito bem e que saiba, de alguma forma, justificar o porquê desta terapia, isso é fundamental. Por que numa primeira fase não teria sido fácil, (aa) senão, senão tivessem definidos os critérios e todos os objetivos e todos os parâmetros, a, de avaliação e de objetivos a atingir, não teria sido fácil iniciarmos com, com o paciente B, a, porque de facto (aa) não, não é fácil fazer perceber que, como tudo na vida há riscos, há riscos de ter um, um paciente com esta patologia em cima do cavalo. Claro que há riscos, ninguém (aa) no seu bom senso, não vai dizer que não há riscos, mas temos que medir os riscos e os benefícios e eu acho que (aa), neste tipo de, de, de patologia a, como eu disse, avaliando a lesão, porque isso é fundamental, a e definindo todo o critério (aa) de reabilitação, acho que faz todo, todo o sentido este tipo de técnica da hipoterapia para a tetraplegia parcial. (Aa) ER queria me dizer mais alguma pergunta?

ER: - (Falha de comunicação devido a problemas técnicos, internet. O entrevistado continuou a falar).

N: - (Aa) relativamente também à, à equitação terapêutica, às vezes há aqui conceitos que se confundem. (Aa) hipoterapia, na minha opinião, deve ter uma formação diferenciada e deve ter (aa) técnicos especializados em determinadas áreas para quê, para que possa também (aa) haver diálogo entre os técnicos (aa) em que todos se entendam, em que todos falem a mesma língua e que se perceba que estamos a falar de saúde e temos a falar em reabilitação(aa), como que de outra técnica terapêutica se tratasse e que não se olha-se para, para a hipoterapia como algo em que se vai lá pôr os pacientes ou as criancinhas a passear a cavalo e dar umas voltas no picadeiro. (Aa) e portanto, acho que deveria haver aqui também uma separação, a, entre o que é lúdico, que eu acho que, que deve existir e que é importante, com o que é técnico e o que é a reabilitação e que é diferenciador. E para isso, era fundamental, que na parte da, da, da hipoterapia tivessem técnicos habilitados, formados para que possam transmitir também conceitos (aa) a outros técnicos, aos médicos, aos enfermeiros (aa), a outros técnicos que trabalham com estes pacientes, (aa) para que pudessem falar a mesma língua e perceberem que (aa) na hipoterapia se trata e se reabilita (aa), segundo padrões médicos e não (aa) como uma terapia que faz com que os pacientes se sintam melhor, porque estão ali a conduzir um cavalo, estão num espaço (aa) diferenciador (aa), que por si só, já é bastante positivo, e já, é já, é muito bom (aa), mas

criar aqui esta diferenciação, é lógico que quando estamos a falar em hipoterapia, temos a falar em técnicos e temos a falar (aa) em, no cavalo, que tem que ser alimentado, tem que ser tratado, tem que ter um veterinário, tem que ter uma série de cuidados (aa) e temos a falar em técnicos de saúde, temos a falar de fisioterapeutas, temos a falar em terapeutas ocupacionais, temos a falar noutros técnicos (aa), temos a falar no monitor (aa), tudo isto tem custos não é. E há, e por vezes (aa) torna-se difícil de conjugar a, a reabilitação, porque muitas das vezes, os conteúdos desta reabilitação não são bem conhecidos e não são bem transmitidos, com os custos (aa) da reabilitação, ou seja, muitas das vezes é mais fácil pagar um determinado valor e eu vou com, com o meu filho ou com o meu paciente, ou com quem quer que seja fazer fisioterapia, fazer hidroterapia, que são feitas por técnicos que fizeram formação para tal, do que estar aqui a fazer hipoterapia (aa) e confundir a terapia com, com o espaço lúdico. Portanto, acho que é fundamental, dotar a hipoterapia de técnicos, de pessoas que a, de alguma forma, falem termos técnicos e que sejam formadas a, a, para, para, a área da reabilitação, para diferenciar, para que as pessoas percebam que o valor que pagam por estas terapias, pagam porque há uma terapia, porque há um conceito de reabilitação por trás (aa) e que desse forma, também os, os médicos e outros técnicos que acompanham, a, estes pacientes, possam indicar a hipoterapia como reabilitação e não como um momento lúdico de, de bem-estar e portanto, (aa) acho que tem que haver depois aqui também um enquadramento por parte.

ER: - Exato, saber separa os conceitos não é?

N: - Exatamente.

ER: - O que me está a querer dizer, pois então a hipoterapia é mais direcionada com profissionais da saúde e outros terapeutas e, e, e faz parte da reabilitação motora, não é?

N: - Exatamente dos pacientes.

ER: - E a equitação terapêutica (aa) tem mais (não completei a pergunta, porque o entrevistado começou logo a dar a resposta).

N: - Pode estar ligada mais à área lúdica e a, a, uma área mais cognitiva, do que propriamente à área motora. Eu acho fundamental separa esses conceitos (aa) sempre, sempre defendi, fui a alguns, fui a algumas formações lideradas até pela Federação, em que esse seria, seria o objetivo (aa) e acho que é fundamental seguir esse caminho (aa), para que mais pacientes possam, de alguma forma, com o apoio estatal (aa), usufruir e desfrutar da, das técnicas que, que sejam mais adaptadas ao, à sua necessidade e que se perceba de uma vez por todas, que a hipoterapia,

a, a deve lidar mais e tar mais adaptada à reabilitação motora e a equitação terapêutica à área mais cognitiva e (aa), e emocional.

ER: - (Aaa), muito obrigado pela sua participação, estou muito grata, espero que estejam as respostas todas respondidas, posteriormente se houver alguma necessidade de responder melhor a alguma questão posso entrar novamente em contacto consigo?

N: - Estarei sempre ao dispor e gostei imenso de participar, espero que, ter ajudado a, a esclarecer e a divulgar um bocado mais do que é a hipoterapia e qual é que é o trabalho que nós fazemos na hipoterapia.

ER: - Agradeço imenso, muito obrigado pela sua participação.

N: - Obrigado.

E – Análise de conteúdo da entrevista do sujeito

Categoria	Subcategorias	Perguntas	Indicadores
Diagnóstico clínico	- Conhecer o diagnóstico clínico do sujeito.	2 – Qual foi o diagnóstico médico que teve do seu acidente?	<p>- “Sabiam que era uma lesão no Sistema Nervoso Central, (aaa) mas que ainda não sabiam que se iria ficar numa cama ou se iria conseguir ter uma vida minimamente normal”.</p> <p>- “(...) que tinha tido uma lesão no pescoço, tinha partido umas vértebras cervicais e que os médicos ainda estavam a ver”.</p>
	- Conhecer a patologia.	3 – Pode me explicar o que é a tetraplegia parcial?	<p>- “O meu é parcial ou incompleto, porque a minha medula, no fundo ainda está, está unida, portanto não tem uma falha, (aaa) isto faz com que eu tenha sensibilidade no corpo todo, faz com que eu tenha algum movimento nas pernas, mas o sinal nervoso, por exemplo não me chega ao braço direito, nem à mão direita”.</p>
		4 – Quais os condicionamentos com que ficou a nível funcional e a nível psicológico?	<p>- “(...) mas uma pessoa que é paraplégica ou tetraplégica tem outro tipo de problemas associados, por exemplo o controle dos esfíncteres (aaa)”.</p> <p>- “Portanto, uma pessoa não perdeu só o movimento das pernas e dos braços, mas também cá dentro, (aaa) também se torna complicado de se fazer o dia a dia, o ir à casa de banho seja o que for, também, também afeta essa parte.”</p> <p>- “(...) aquela parte de ser criança, às vezes abandona-nos um bocado e ficamos um bocadinho mais responsáveis, ou melhor ficamos responsáveis mais depressa, é isso que acontece psicologicamente (...)”.</p> <p>- “Agora se me afetou psicologicamente, acho que não, acho mesmo que me fez crescer como pessoa, não to a ver que tenha tido algum esgotamento, algum problema de depressão, nunca tive felizmente não (...)”.</p>
A hipoterapia	- Entender os motivos da escolha desta terapia.	6 – Como é que teve conhecimento da hipoterapia?	<p>- “(...) uma amiga minha que sempre me chateou para experimentar a hipoterapia e eu não, não sei porquê, nunca me via a ir para lá fazer esse tipo de terapia, achando que não ia melhorar nada à minha condição física (...)”.</p> <p>- “(...) eu podia ter desistido não é, podia ter experimentado e ter feito só uma vez, mas não, decidi continuar, porque achei seria, que seria o melhor para mim,</p>

			na altura em Portugal, não tinha encontrado melhor maneira de fazer terapia ao meu corpo, que não fosse a hipoterapia (...).”.
	- Saber onde, como se desenvolve e quem são os participantes da hipoterapia.	8 – Quem são os participantes desta terapia, da hipoterapia?	- “(...) o meu fisioterapeuta, ele costuma estar sempre do lado esquerdo do cavalo e do meu lado esquerdo quando estou montado no cavalo. Uma pessoa a segurar no cavalo, (aaaaa), que no fundo será o fila guia, como chamam, que é a pessoa responsável pelos movimentos do cavalo, se ele vai mais rápido ou devagar e uma pessoa do meu lado direito também para no fundo se eu me desequilibrar ou precisar de alguma ajuda, (...)”.
As sessões de hipoterapia	- Caracterizar o desenvolvimento das sessões.	9 – Quantas sessões fez e com que duração?	- “(...) entre 200 a 300 sessões, se o ano tem 365 dias, aquilo era todas as sextas-feiras, durante 10 anos (...)”.
		10 – Descreva-me como foi a sua primeira sessão, se se recorda?	- “(...) foi uma sessão que eu achava que estava em forma e a tarefa foi tal durante cerca de 20 minutos em cima do cavalo, que eu quando cheguei ao carro adormeci ferrado (...)”.
		11 – A nível emocional e físico foi...?	- “A nível físico foi muito forte, a nível emocional também, porque eu toda a vida montei a cavalo e trouxe-me ou lembrou-me as sensações que eu tinha antes, (...)”.
		12 – E que tipo de exercícios fazia?	- “De alongamentos dos membros, de flexão seja do que for, pernas, braços, etc., só que aproveita o movimento do cavalo para que esses alongamentos e essas flexões sejam mais eficazes (aaa) e depois ele junta ali uma série de exercícios. Por exemplo, há um que é o índio morto, que uma pessoa está deitada no dorso do cavalo e está com a cabeça para um lado do cavalo e as pernas para o outro (...)”.
	- Identificar as melhorias percebidas.	16 – Começou a sentir melhorias ao fim de quantas sessões?	- “(...) sem dúvida ao fim de dois a três meses já me sentia bastante melhor”.
			- “(...) as primeiras eram entre 15 a 20 minutos e as restantes já eram entre 20 a 40 minutos, portanto o tempo e a duração ou a resposta do meu corpo ao

			tratamento em si, à hipoterapia, estava mais, portanto o meu corpo estava mais evoluído, já era com mais força, com mais resistência (...)."
		17 – Consegue mencionar, por etapas, qual foi a evolução por si adquirida a nível funcional e psicoemocional?	<p>- “(...) primeira sessão de teste de hipoterapia, eu não conseguia, eu não conseguia estar sentado em cima do cavalo sem que uma pessoa me estivesse a equilibrar (...).”</p> <p>- “O passo do cavalo para mim era uma coisa complicada de gerir, portanto o que é que aconteceu, puseram uma pessoa também em cima do cavalo atrás de mim, e eles chamam a esta pessoa, a esta ajuda é o <i>backriding</i>”.</p> <p>- “(...) e eu sei que passados esses três meses de hipoterapia, eu já não precisava da pessoa que fazia o <i>backriding</i> e comecei eu sozinho já a conseguir equilibrar-me em cima do cavalo”.</p> <p>- “Foi uma etapa um bocadinho longa, mas haviam muitos músculos que ainda estavam adormecidos na altura e que foram ganhando memória e reflexo, portanto quando o cavalo parava, quando o cavalo andava, ou se virava para a esquerda ou direita”.</p>
	- Conhecer a perspetiva sobre a importância da hipoterapia como ferramenta de reabilitação.	18 – Face às melhorias percebidas por si, considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia Parcial?	- “Eu recomendava exatamente porque (aaa), as pessoas como aconteceu no meu caso, eu tinha muitos músculos que no fundo estavam adormecidos, mas que eu consegui ativar através da hipoterapia (...).”
		19 – O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia?	<p>- “(...) talvez haver mais formação sobre o que é a hipoterapia, por exemplo haver mais condições (aaa) para as pessoas fazerem a hipoterapia, (...).”</p> <p>- “(...) depois também a ajuda financeira era muito bem-vinda. Se fosse participado então espetacular, porque é uma coisa que não existe e como há de calcular não é uma terapia barata, (...).”</p>

F – Análise de conteúdo da entrevista do fisioterapeuta			
Categoria	Subcategorias	Perguntas	Indicadores
Formação profissional	- Caracterizar o entrevistado.	1 – Há quantos anos exerce a sua profissão?	- “(Aa) exerço sensivelmente há vinte anos, (aaa) comecei na hipoterapia, porque montava a cavalo, (aa) e como tinha feito a formação em fisioterapia, (aaa) comecei a interessar-me (...).”
		2 – Que experiência tem assim no âmbito da equitação com fins terapêuticos?	- “Portanto, eu comecei a interessar-me pelo facto (aa) de tentar perceber como é que o movimento do cavalo poderia induzir movimento normal na, no paciente.”
		3 – É necessário tirar uma formação especial para desenvolver a hipoterapia?	- “É necessário tirar, (...), porque há, há contra-indicações de pacientes para, para fazer este tipo de terapia (...).” - “(...) sim é fundamental ter que fazer (aa) uma formação para desenvolver este, este tipo de terapia.”
Contextualização clínica	- Conhecer o que é a tetraplegia parcial.	5 – O que é a tetraplegia parcial?	- “A tetraplegia parcial é uma lesão neurológica (aa) a nível (aa) da cervical que limita a ação funcional dos membros superiores e dos membros inferiores.” - “(...) pode ser por motivo traumático, (aa) pode, pode ser por um, por um outro tipo de motivo, (aa) mas há sempre uma lesão neurológica associada que limita a funcionalidade quer dos membros superiores, quer dos membros inferiores (...).”
	- Identificar os níveis de comprometimento de uma pessoa com tetraplegia parcial.	6 – A que níveis fica comprometida a vida de uma pessoa que tem este quadro clínico?	- “Bem fica limitado a vários níveis, (...) limita a funcionalidade dos membros inferiores e superiores, (...) quase sempre limita a componente respiratória, (aa) limita a ação cardíaca, (aa) e pode também limitar (aa) de uma forma muito severa ou não (aa) áreas da, do sistema digestivo, trato urinário (...).” - “(...) portanto a pessoa (aa) com uma lesão de uma tetraplegia parcial (aa) fica de facto limitada (aa) muito (aa) na sua capacidade de desenvolver uma série de

			atividades e isso faz com que (aa) a pessoa muitas das vezes desenvolva depois outro tipo de padrão de patologia mais emocional (aa) ou cognitiva (...).”
		8 – Quais são as terapias mais recomendadas para a tetraplegia parcial?	- “(...) temos a hidroterapia, (...) temos a Fisioterapia que é fundamental, (...)” - “(...) há a hipoterapia, como eu já disse, acho que, que bem orientada funciona (aa) lindamente, (aa) e depois existe terapia, terapia da fala, (aa) existe a, a terapia ocupacional que muitas das vezes também é aqui, é aqui esquecida (aa).”
A hipoterapia	- Caracterizar a hipoterapia como ferramenta de reabilitação.	10 – O que é a hipoterapia e quais são os objetivos da hipoterapia?	- “A hipoterapia (...) é uma técnica que utiliza o cavalo como meio terapêutico e que utiliza o movimento tridimensional (aa) do cavalo para fomentar e estimular o movimento normal (aa) no paciente que tem uma, uma lesão, seja neurológica ou outra, (aa) e portanto como o cavalo tem um movimento (aa) superior e inferior, lateral e ântero-posterior, igual ao movimento humano (aa), isso permite desenvolver esse padrão normal que de alguma forma, por qualquer motivo foi (aa) alterado no paciente.” - “E os objetivos da, da hipoterapia (...), é desenvolver e estimular (aa) a neuro recetividade, é de alguma forma estimular o equilíbrio e a melhoria do tônus muscular (aa), é melhorar o padrão, o padrão respiratório (aa), é melhorar a capacidade de, de do padrão central da pessoa, é de alguma forma melhorar a, a capacidade de mobilidade da pessoa, porque há muitos exercícios que nós desenvolvemos na hipoterapia que melhoram a mobilidade da pessoa. (Aa) e acima de tudo, criar uma relação também (aa) entre a pessoa e o cavalo, que faz com que a parte emocional (aa) seja aqui muito importante.”
	- Identificar os elementos da equipa.	12 – Quem são os elementos que fazem parte da equipa, quais são as funções de cada um desempenha?	- “(...) há o técnico, que normalmente pode ser um técnico de motricidade humana, pode ser um fisioterapeuta, que é o, o coordenador da terapia e que define os objetivos para a terapia e os partilha, e os discute com, com os parceiros que estão, que estão com ele no processo, que é o monitor que é responsável pelo cavalo, pelo treino do cavalo e pela condução do cavalo, durante todo o processo e durante toda a ação da reabilitação e existe um auxiliar que pode ser, como eu disse, uma pessoa que seja um voluntário, (...), seja treinado e seja capacitado

			para acompanhar (aa) esse técnico e ajude nas transferências, nas mobilizações e que é responsável (aa).”
- Percecionar o papel do cavalo na hipoterapia;	14 – Como é feita a escolha dos cavalos?	- “(...) é feita (...) pelo monitor de equitação. (...) em conjunto com o técnico de saúde que acompanha a sessão, (aa) e sabendo quais é que são as características do paciente, (...).” - “(...) são cavalos que têm que tar já adaptados e têm que tar trabalhados para este tipo de terapias, só podem fazer este tipo de terapias, (...).” - “(...) tem que ser animais que estejam treinados, que estejam habituados a (aa), a ouvir determinados tipo de sons (aa), que sejam habituados a ser tocados, (...).”	
	15 – Quais são os andamentos escolhidos para fazer a hipoterapia?	- “(...) eu só tenho um, um andamento, que é o passo, (aa) porque como lhe disse, eu utilizo o cavalo como marquesa e portanto, o que eu quero é um movimento ritmado, um movimento tranquilo (aa), que permita ao paciente estar de uma forma relaxada e tranquila para eu poder depois estimular ou alongar consoante as necessidades e com os objetivos que eu pretendo (aa) o paciente.”	
	16 – Os acessórios utilizados no cavalo são iguais aos que se utilizam para praticar equitação ou são diferentes?	“(...) os únicos acessórios que eu tenho no, no cavalo é uma, é a manta com, com uma pega, só mais nada (aa). E portanto, porque o meu objetivo é ter o máximo de contacto do paciente com o cavalo.” - Se eu tiver (aa) num, num tetraplégico parcial que adquira ou tenha algum controlo de tronco, eu posso utilizar uma sela, para quê, para estimular a posição sentado, mas isso depois tem a ver muito com a, a com os objetivos que eu tenho e com o paciente (...).”	
	17 – Quais são essas patologias ou situações que, que não são aconselháveis fazer a hipoterapia?	“(...) eu acho que é fundamental, mais do que criar aqui um padrão de limitações, fazer uma avaliação (aa) do paciente e sim, em função de uma avaliação (aa) multidisciplinar e dos técnicos que acompanham mesmo noutras terapias, (aa) perceber quais é que são as vantagens que se pode tirar do cavalo. E como digo, muitas das vezes, na, nas situações e nas avaliações que nós achamos que aquela, que aquele paciente não pode fazer hipoterapia, podemos encontrar técnicas terapêuticas em cima do cavalo que vão estimular exatamente o que nós pretendemos (...).”	

			- “Agora há limitações e contraindicações que a pessoa na altura (aa) tem que avaliar e tem que decidir se a pessoa deve ou não deve fazer a hipoterapia.”
Contextualização das sessões de terapêuticas e objetivos	- Identificar os objetivos definidos para as sessões;	18 – Quais e como foram definidos os objetivos para o B?	- “(...) a tetraplegia parcial do B foi adquirida através de um acidente a cavalo.” - “(...) uma das coisas que falávamos com regularidade era o facto de, de ele voltar a sentar-se em cima de um cavalo. Era uma coisa que, que ele gostava muito, portanto e aí entra a parte emocional que é o estímulo (...).” - “(...) no caso do B, sempre percebi que (aa), uma das grandes motivações era o voltar.” - “(...) nós começamos sempre por uma posição de conforto para ele (aa) em que, que ele foi ganhando esse equilíbrio e esse conforto e começamos depois a evoluir, mas sempre com o objetivo “major” de lhe dar essa parte emocional e de lhe dar esse, esse estímulo cognitivo que ele precisava, (...).” - “(...) depois o objetivo a seguir foi, de alguma forma, estimular a posição sentada, coisa que ele hoje consegue fazer e inclusive consegue ter movimentos ativos (aa) que é uma coisa que é fantástica, (...).”
		19 – Por quantas pessoas era constituída a equipa que desenvolveu as sessões?	- “(...) são parte integrante sempre da equipa, que sou eu e é o monitor de equitação (aa) e (aa) ou o ajudante ou o monitor, ou que lhe quiserem chamar, ou o técnico, mudava em função muitas das vezes da relação que se estabelecia entre o voluntário e o paciente, (...).”
	- Saber como foi feito o planeamento das sessões;	20 – Como foram calendarizadas as sessões?	- “(...) definia com o paciente B os objetivos e, e, e víamos (aa) qual é que era o padrão e os números de sessões. Normalmente na hipoterapia, (aaa) faz-se só uma sessão por semana, (...).”

		21 – Qual era a duração que cada sessão tinha?	<p>- “Inicialmente começamos quinze, vinte minutos, porque ele não aguentava mais e saía completamente exausto e portanto, chegámos à conclusão que a parte final da terapia, (...), já não tinha fins terapêuticos (...).”</p> <p>- “(...) com o decorrer das sessões (aa) fomos avaliando e fomos percebendo que poderíamos ir aumentando e chegámos com o que fazemos agora antes da pandemia, chegamos ali a sessões de trinta, quarenta minutos (...).”</p>
- Compreender a dinâmica das sessões;		22 – Como é que o B era colocado em cima do cavalo para fazer os exercícios?	- “Nós temos uma plataforma, portanto as pessoas no caso do B que chega de cadeiras de rodas, (aa) chega a essa plataforma com, com a cadeira. Essa plataforma tem uma zona onde é colocado o cavalo, portanto o cavalo fica nessa zona, a cadeira vai até ao limite da plataforma que fica encostada ao cavalo e depois é transferido da cadeira para, para o cavalo por, por duas pessoas, por mim, (aa) por um auxiliar que está, que nos ajuda a fazer as transições e por uma terceira pessoa que está do outro lado do cavalo, (...).”
		23 - Que tipos de exercícios eram feitos lá em cima do cavalo?	<p>- “(...) todos os movimentos (aa) que nós fazemos numa tetraplegia parcial são induzidos pelo cavalo, de alguma forma (aa) ou são de alguma forma (aa) induzidos pelo terapeuta.”</p> <p>- “Começávamos inicialmente com uma posição de deitado sobre o dorso do cavalo, (aa) em que elevamos as pernas e ele ficava (aa) a todo o nível cavalo e que fazíamos (aa) o, o durante uns minutos (aa) esses exercícios de relaxamento e adaptação ao cavalo, para que de alguma forma, a própria espasticidade dele também pudesse de alguma forma estabilizar, essa era a posição mais confortável para ele (aa), depois (aa) acabaríamos por fazer ali pequenas lateralizações para estimular toda, toda a estrutura do tronco, quer a nível dos oblíquos, quer a nível dos retos, fazíamos exercícios com a cabeça para estimular, de alguma forma a cadeia anterior (aa) e no fim destes exercícios, sentávamos (aa) e depois fazíamos exercícios em que ele era apoiado numa primeira fase (aa), fazíamos com o cavalo maior que temos (aa), com um técnico que se sentava e que fazia (aa) de, de encosto para o paciente B.”</p> <p>- “O objetivo dessa, dessa pessoa é de dar segurança na posição sentado (...).”</p>

<p>- Conhecer quais foram os benefícios resultantes desta terapia.</p>	<p>24 – Lembra-se de algumas expressões ou reações do B?</p>	<p>- “(...) as primeiras (aa) foram, não foram fáceis. (Aaa) há muito medo, a quando, quando está em cima de algo em movimento e se não tem controlo (aa) sobre esse, sobre esse, sobre esse animal, (aa) há o medo, há as memórias que existiam.”</p> <p>- “(...) a fase inicial (aa) foi uma fase mais difícil, porque o paciente B (aa) tem espasticidade e portanto (aa), qualquer situação em que ele ficaria e esteve-se mais desconfortável, (aa) a espasticidade acentuava-se e não o permitia fazer algum tipo de exercício.”</p> <p>- “(Aaa) mas com o tempo, ele foi adquirindo algumas valências e foi adquirindo algumas esperanças e acima de tudo algum prazer, (...) o prazer de voltar a tar em cima de um cavalo, acho que foi essencial, (...) se numa primeira fase, (aaa) havia esse receio e esse medo, com o tempo deu lugar a uma alegria e a um prazer (aaa) muito, muito grande (...).”</p>
	<p>25 – Quais foram os primeiros, as primeiras melhorias, progressos que o B fez?</p>	<p>- “(...) na hipoterapia foi o dia em que ele percebeu que conseguia andar sozinho num cavalo outra vez, a num, num, num movimento dinâmico, em que ele conseguia controlar o movimento dinâmico, portanto estamos a falar de um paciente que tava sempre deitado, adquiriu em clínica a posição sentado e depois na hipoterapia conseguiu a posição sentado dinamicamente, ou seja, com o movimento.”</p> <p>- “(...) essa capacidade dinâmica ele só adquiriu porque foi na hipoterapia, se não, não iria, nunca conseguir.”</p>
	<p>26 – No final do plano das sessões dinamizadas, a, os principais benefícios e progressos, quais foram?</p>	<p>- “(...) grandes objetivos conseguidos, o, o dinâmico sentado, o dinâmico em cima do cavalo, acharíamos sempre que ele não conseguir, porque ele tem uma tetraplegia parcial (...).”</p> <p>- “(...) mas depois a parte da espasticidade melhorou imenso, a parte respiratória, (...).”</p>

			<p>- “Conseguimos com a hipoterapia uma dinâmica da grelha costal que não tínhamos até então, ou seja, conseguimos inspirações com o aumento e com (aa) o aumento da volumetria (aa) torácica, com os músculos inter, intercostais, que não tínhamos e que dificilmente o iríamos conseguir, (aa) ou acho que não iríamos conseguir em clínica, conseguimos na hipoterapia. (Aaa) uma, uma melhor volemia, notava-se a diferença no corpo do paciente B, depois das sessões de hipoterapia, porque via-se a, a capacidade circulante dele muito melhorada, (aa) (aa) e depois a outra parte que nós não conseguimos descrever, porque é, mais a parte emocional e motivacional dele, parte para, para ir para as sessões e para fazer outras coisas (...).”</p>
<p>- Conhecer a perspectiva sobre a importância da hipoterapia como ferramenta de reabilitação.</p>	<p>27 – Considera uma terapia que serve de mais-valia no âmbito de promover a reabilitação de pessoas com tetraplegia Parcial?</p>	<p>- “Eu disso não tenho a menor dúvida, (aa) acho que é fundamental perceber é quais, (...), os benefícios e quais os objetivos, (aa) porque todas as lesões, quando nós estamos a falar em tetraplegia parcial, temos a falar num mundo muito vasto e portanto não podemos enquadrar todas as tetraplegias parciais. (Aa) porque se me disser assim, se eu tiver uma, uma tetraplegia muito alta, se calhar eu sou o primeiro a dizer que é contraindicada a hipoterapia, mas se tiver tetraplegia parcial baixa, se calhar faz todo o sentido (...).”</p> <p>- “(...) neste caso do paciente B foi sem sombra de dúvidas uma mais grande valia e não foi só uma mais-valia, mas como digo, é uma mais-valia se os objetivos, (aa) que definirmos para os pacientes sejam atingíveis, acho que, às vezes, temos que pôr os objetivos (aa) num determinado patamar que sejam atingíveis, há outros que, que nós temos que lutar para lá chegar (...).”</p>	
	<p>28 – O que acha que se poderia fazer para tornar a hipoterapia mais acessível para pessoas com esta patologia?</p>	<p>- “(...) é fundamental dar formação, acima de tudo, é que quem faça esta terapia seja ciente do que é que está a fazer, a, e dos benefícios da hipoterapia, (aa) e que justifique muito bem e que saiba, de alguma forma, justificar o porquê desta terapia (...).”</p> <p>- “(Aa) relativamente também à, à equitação terapêutica, às vezes há aqui conceitos que se confundem. (Aa) hipoterapia, na minha opinião, deve ter uma formação diferenciada e deve ter (aa) técnicos especializados em determinadas áreas para quê, para que possa também (aa) haver diálogo entre os técnicos (aa)</p>	

			<p>em que todos se entendam, em que todos falem a mesma língua e que se perceba que estamos a falar de saúde e tamos a falar em reabilitação(aa), como que de outra técnica terapêutica se tratasse (...).”</p> <p>- “Portanto, acho que é fundamental, dotar a hipoterapia de técnicos, de pessoas que a, de alguma forma, falem termos técnicos e que sejam formadas a, a, para, para, a área da reabilitação, para diferenciar, para que as pessoas percebam que o valor que pagam por estas terapias, pagam porque há uma terapia, porque há um conceito de reabilitação por trás (aa) e que desse forma, também os, os médicos e outros técnicos que acompanham, a, estes pacientes, possam indicar a hipoterapia como reabilitação e não como um momento lúdico de, de bem-estar (...).”</p>
--	--	--	--

G – Conversas informais

1 – Que idade tem?

R: - Tenho 37, quase 38 anos.

2 – Que idade tinha quando sofreu o acidente?

R: - Tinha entre os meus 19/20 anos, foi quando estava a tirar o curso de técnico de gestão equina e como é claro não o terminei.

3 – Em que circunstâncias ocorreu o acidente?

R: - Estava a montar a cavalo e tive uma grande queda.

4 – Qual foi o diagnóstico que lhe deram?

R: - Disseram-me, algum tempo depois, que tinha uma tetraplegia parcial. Tive uma lesão na C3, C4 e na C5, mas por incrível que pareça a medula não foi seccionada, no fundo ainda está unida, portanto não tem uma falha, e por isso tenho sensibilidade no corpo, o que faz com que eu tenha algum movimento nas pernas, mas o sinal nervoso, não chega ao braço direito, nem à mão direita.

5 – O que lhe foi recomendado fazer para o ajudar no seu processo de reabilitação?

R: - Eu após o acidente estive numa clínica em Itália a fazer tratamentos à base de exercícios de fisioterapia e com a electroestimulação. Depois quando regresssei, fiz exercícios em clínicas e ainda experimentei a hidroterapia mas não era o mais indicado para mim. E depois conheci o meu fisioterapeuta e comecei a fazer a hipoterapia.