

MAJOR QOPM HERALDO RÉGIS BÓRIO DA SILVA

**A RESPONSABILIDADE SOCIAL DA POLÍCIA COMUNITÁRIA
NO TRATAMENTO EQUOTERÁPICO**

Monografia apresentada ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Estratégias em Segurança Pública.

Orientador de Conteúdo: Coronel QOPM Roberson Luiz Bondaruk.

Orientadora Metodológica: Professora Doutora Helena de Fátima Nunes Silva

**CURITIBA
2008**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os pais e responsáveis que possuem um ente querido portador de alguma deficiência com necessidades especiais, verdadeiros heróis em luta incansável, alimentados pelo amor e carinho que nutrem por seus filhos, amparados e alicerçados por Deus nesta difícil caminhada.

RESUMO

A Equoterapia implica em um recurso terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde, educação e equitação, visando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência. Sendo assim, este trabalho apresenta o uso da Equoterapia em Organizações Militares – OMs e Organizações Policiais Militares – OPMs, embora tais organizações não possuam obrigação legal para o desenvolvimento de atividades dessa natureza. Porém, se existem a capacidade e os recursos necessários para tal contribuição para com o público interno e público externo e, não há razão para não fazê-lo. O estudo apresenta uma atividade de responsabilidade social desenvolvida por parte do Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio” por meio do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, sob a coordenação do 3º Esquadrão de Polícia Montada “Esquadrão Escola”, prestando serviços voluntários, utilizando materiais disponíveis (cavalos, espaço físico, profissionais da área), estreitando, dessa maneira, o relacionamento com a população. Foi realizada pesquisa no Regimento “Coronel Dulcídio” mediante questionário junto aos pais e/ou responsáveis dos praticantes de Equoterapia, cujo método foi análise de conteúdo, envolvendo dados referentes à crianças portadores de paralisia cerebral, após um ano de tratamento equoterápico. Restou comprovado a importância do referido tratamento, a evolução positiva dos quadros clínicos na quase totalidade das crianças pesquisadas. A participação da polícia comunitária como promotora de tais atividades, em busca do bem estar social da comunidade, possibilita tratamentos relevantes, de forma gratuita às pessoas portadoras de deficiência, facilitando, assim, sua inclusão na sociedade com uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Equoterapia; desenvolvimento biopsicossocial; responsabilidade social.

ABSTRACT

The Equotherapy leads to a therapeutic and educational resource that uses the horse inside an interdisciplinary approach in the areas of health, education and riding, aiming at developing biopsychosocial of people with disabilities. Therefore, this paper presents the use of Equotherapy on Military Organizations - WHO and Military Police Organizations - OPMs, although these organizations have no legal obligation for the development of such activities. But if there is the capacity and resources needed for such a contribution to the public and internal and external public, there is no reason not to do so. The study presents an activity of social responsibility developed by the Police Mounted Regiment "Colonel Dulcídio" by the Center for Research and Development in Equotherapy "Soldier José Cyprian Diniz," under the coordination of the 3rd Squadron of Mounted Police "Squadron School" By providing voluntary services, using materials available (horses, space, health care), narrowing, that way, the relationship with the population. Search was carried out in the Rules "Colonel Dulcídio" by questionnaire from parents and / or guardians of the practitioners of Equotherapy, whose method was analysis of content, involving data on individuals with cerebral palsy children, after a year of treatment equotherapic. Left proved the importance of this treatment, the positive development of the clinical in almost all of the children surveyed. The participation of community policing as a promoter of such activities, in search of the social welfare of the community, enables relevant treatments, free of charge to people with disabilities, thereby facilitating their inclusion in society with a better quality of life.

Keywords: *Equotherapy; biopsychosocial development, social responsibility.*

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Idade dos praticantes	51
GRÁFICO 2	Questão 4 – Tempo de prática da Equoterapia.....	52
GRÁFICO 3	Questão 5 – Melhora no estado físico do praticante.....	53
GRÁFICO 4	Questão 6 - Melhora no aspecto emocional.....	53
GRÁFICO 5	Questão 7 – Interação social.....	54
GRÁFICO 6	Questão 8 – Melhora em outros tipos de tratamento.....	55
GRÁFICO 7	Questão 9 – Se a Polícia encerrasse as atividades de Equoterapia, os responsáveis procurariam outros Centros?.....	56
GRÁFICO 8	Questão 10 – O praticante já freqüentou outros Centros de Equoterapia.....	56
GRÁFICO 9	Questão 11 – Avaliação do atendimento no Centro.....	57
GRÁFICO 10	Questão 12 – Evolução no campo educacional.....	58
GRÁFICO 11	Questão 13 – Motivos que levaram a procurar o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”.....	58
GRÁFICO 12	Questão 14 – Acredita que a atividade de Equoterapia realizada no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia faz parte da responsabilidade social da Polícia.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMÁTICA.....	9
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.2.1 Objetivo Geral.....	9
1.2.2 Objetivos Específicos.....	9
1.3 JUSTIFICATIVA.....	10
1.4 HIPÓTESES.....	10
2 RESPONSABILIDADE SOCIAL	11
2.1 ASPECTOS JURÍDICOS DA RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	14
2.2. A INCLUSÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA NA SOCIEDADE: PROMOÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL	16
2.3 PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA.....	17
2.3.1 Deficiências tuteladas legalmente.....	19
2.4 PARALISIA CEREBRAL.....	20
3 EQUOTERAPIA	24
3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS.....	25
3.1.1 Área de aplicação e Equipe	27
3.1.2 A Equoterapia e o portador de paralisia cerebral.....	29
3.2 O CAVALO.....	30
3.3 PROGRAMAS BÁSICOS DE EQUOTERAPIA.....	37
3.4 O CUIDADOR	39
4 A PESQUISA	41
4.1 METODOLOGIA E CARACTERIZAÇÃO.....	41
4.2 AMBIENTE DA PESQUISA.....	41
4.2.1 Histórico.....	42
4.2.2 Participantes.....	42
4.2.3 Critério de Inclusão e não Inclusão.....	43
4.2.4 Recursos Humanos	44
4.2.5 Instrumentos.....	44
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
6 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE	65

1 INTRODUÇÃO

Muito se discute quanto à prática e ao conceito de responsabilidade social dos órgãos públicos, independentemente da existência ou não de previsão legal sobre o exercício de alguma atividade específica.

Nos dias atuais, a responsabilidade social no Brasil é amplamente discutida nos meios acadêmicos e empresariais. As empresas, as instituições e organizações diversas estão incorporando o conceito da responsabilidade social no cotidiano de sua gestão.

A função precípua da Polícia Militar, estabelecida pela Constituição Federal, é a manutenção da ordem pública por meio do policiamento ostensivo, preventivo e repressivo.

Porém, a Polícia Militar é vista pela população como o primeiro socorro em qualquer situação de perigo e/ou emergência. Por conta disso, diversificou suas atividades atuando nas mais diversas áreas, como segurança no trânsito, segurança em festas e eventos, proteção ao meio ambiente, entre outras, visando resguardar os direitos de todos os cidadãos.

As Organizações Militares – OMs e as Organizações Policiais Militares - OPMs não têm obrigação legal para o desenvolvimento de atividades de Equoterapia. Porém, se existem a capacidade e os recursos necessários para tal contribuição para com o público interno e público externo, não há razão para não fazê-lo.

A utilização dos recursos da Equoterapia na filosofia de polícia comunitária de provocar mudanças profundas nos papéis costumeiros da polícia, levantando algumas reflexões acerca do papel da instituição em uma sociedade livre e democrática.

A principal vantagem de uma OPM desenvolver atividades de Equoterapia é que tal prestação de serviço transforma as comunidades atendidas em grupos de interesse *pela e para* a polícia, mostrando outra faceta da instituição e ao mesmo tempo, direcionando seus esforços para o tratamento de pessoas portadoras de necessidades especiais, notadamente aquelas oriundas das classes menos favorecidas.

1.1 PROBLEMÁTICA

Pelo exposto acima, percebe-se que o problema a ser investigado refere-se à contribuição que a Polícia Militar pode prestar, por meio da filosofia de polícia comunitária, com a disponibilização de atividades de Equoterapia, à comunidade de pessoas portadoras de necessidades especiais e seus familiares.

1.2 OBJETIVOS

Neste tópico são apresentados o objetivo principal deste trabalho, bem como os objetivos específicos.

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar como a Polícia Militar, por meio da filosofia de polícia comunitária pode contribuir, com a disponibilização de atividades de Equoterapia, com a comunidade de pessoas portadoras de necessidades especiais e seus familiares.

1.2.2 Objetivos Específicos

- examinar como o exercício de atividades de Equoterapia pode ser disponibilizado pela Polícia Militar aos seus públicos interno e externo, considerando-se que a responsabilidade social deve permear as organizações empresariais e as instituições governamentais;
- definir Equoterapia, descrever suas características e finalidades;
- enfocar como a Equoterapia pode promover o desenvolvimento físico e psicomotor dos praticantes, proporcionando-lhes maior qualidade de vida e facilitando-lhes a reinserção social.

1.3 JUSTIFICATIVA

A prestação de serviços voluntários pela Polícia Militar do Paraná, utilizando materiais disponíveis (cavalos, espaço físico, profissionais da área), favorece o relacionamento com a população, melhorando a imagem da instituição.

Tendo em vista que as mazelas sociais (desemprego, precariedade do ensino, do saneamento básico e da saúde, entre outras), normalmente se transformam em problemas da área de segurança, a polícia comunitária, conforme a sua filosofia, visa a participação de todos os segmentos da sociedade ditos de defesa social, para, em parceria, tratarem dos problemas que afligem a comunidade.

A relevância desta pesquisa prende-se à apresentação da equoterapia como uma prática que utiliza o cavalo, dentro de uma abordagem interdisciplinar, buscando um crescimento no desenvolvimento de funções motoras, psíquicas e sociais de pessoas portadoras de necessidades especiais.

Sendo assim, justifica-se a elaboração deste estudo pela necessidade de se investigar se a Equoterapia, método terapêutico e educacional, que utiliza o cavalo em uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, pode auxiliar no desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de necessidades especiais, considerando a ação de polícia comunitária como promotora de tais atividades, em busca do bem-estar social da comunidade.

1.4 HIPÓTESES

- A Equoterapia emprega o cavalo como agente promotor de ganhos nos níveis físico e psíquico;
- A Equoterapia proporciona inúmeros benefícios ao praticante, tais como os neurológicos, emocionais, comportamentais, de aprendizagem e lingüísticos.

2 RESPONSABILIDADE SOCIAL

A responsabilidade social é um dos principais temas do século XXI e, com certeza, vem deixando marcas relevantes na sociedade brasileira. Organizações civis e governamentais, grandes e pequenas empresas, profissionais autônomos, enfim, todos estão envolvidos na busca de melhores condições de vida para as comunidades.

No Brasil, a responsabilidade social passou a ser difundida na década de 1990, mas, muito antes disso, já era incorporada por empresas de grande porte, porém, o grande desafio implica em mostrar com esta prática, a partir de sua internalização por todos os que passam a conhecer seus conceitos e objetivos, façam com que os exemplos de cidadania se multipliquem.

Segundo Borba, Borsa e Andreatta (2001, p.49), o conceito de responsabilidade social teve origem na década de 1960, nos Estados Unidos, com o surgimento dos movimentos populares, fortalecendo movimentos pacifistas contra a guerra do Vietnã, em defesa do equilíbrio ecológico e a discriminação racial, acentuando as lutas sociais.

Da universidade surgem os primeiros protestos contra uma sociedade que não oferecia respostas adequadas aos problemas gerados pelas próprias organizações.

As discussões sobre a responsabilidade social acontecem em todos os países e englobam questões ambientais, desigualdades sociais, pobreza, ética empresarial e também a contribuição das empresas para um processo de alteração da realidade social em caráter estrutural. Nesta linha, encontra-se a responsabilidade social como uma espécie de compromisso que uma organização assume com a sociedade, realizado por intermédio de ações que beneficiam, em maior ou menor espectro, algum setor da comunidade em sua substância, estruturalmente. As organizações tendem a assumir obrigação moral, além das previstas em lei, as quais contribuem para o desenvolvimento do círculo social.

Ao se focar a responsabilidade social da empresa, Lewis (2005, p. 125) afirma que:

A responsabilidade de uma empresa situa-se muito além de filantropia ou de apoio, em prol de algo maior: um desenvolvimento sustentável e com melhor qualidade de vida dos funcionários e da coletividade. Assim, com

responsabilidade jurídica, uma empresa fará, essencialmente, prevalecer a ordem, assegurando a liberdade individual e harmonia de relações entre os homens; e, com responsabilidade social, estará preocupada com o entorno social em que ela está inserida, contribuindo de forma efetiva para a comunidade, o que resultará em uma maior produtividade e aceitação social.

É possível constatar que, no mundo contemporâneo, a inclusão social de pessoas portadoras de deficiência tem sido negligenciada. Buscando contribuir nesta direção, o presente estudo pretende identificar as diferentes práticas adotadas pelas organizações para a inclusão destes indivíduos, concebendo a Responsabilidade Social como força motriz deste processo.

Ao se analisar um pouco a história, é possível ver que este problema social teve sua origem na Antiguidade, quando as pessoas portadoras de alguma deficiência eram simplesmente afastadas do convívio social. Eram discriminadas, a ponto de a população os exterminar, por considerá-los empecilho à sobrevivência do grupo. No convívio humano, portanto, desde muito tempo, as aparências sobrepõem-se a outros valores. Durante a Idade Média, já sob a influência dos valores pregados e disseminados pela doutrina do Cristianismo, os senhores feudais amparavam os deficientes e doentes em casas de assistência.

Foi a partir de 1789, na Idade Moderna, que vários eventos foram forjados com a intenção de propiciar meios de trabalho e locomoção aos portadores de deficiência, entre eles: cadeira de rodas, muletas, bengalas, bastões, macas, coletes, próteses, veículos adaptados e camas móveis. Nesta fase, o Código Braille, método publicado por Louis Braille em 1829, propiciou a perfeita integração dos deficientes visuais ao mundo da linguagem escrita. Os ideais burgueses da Revolução Francesa, sustentados pelo trinômio da igualdade, liberdade e fraternidade, indiscutivelmente tiveram o condão de alavancar tal dinâmica.

Na primeira metade do século XX e com o fim das duas Guerras Mundiais, um imenso contingente de mutilados, soldados ou civis, impulsionou o desenvolvimento da reabilitação científica, com progresso, por exemplo, no uso de materiais mais adequados nos instrumentos de facilitação e adaptação da pessoa portadora de deficiência. Além disso, identificou-se a necessidade de propiciar aos mutilados uma atividade remunerada e uma vida social digna.

Na década de 60 do século passado, a Guerra do Vietnã foi responsável por um número considerável de deficientes físicos, os quais muitas vezes apresentavam, além do comprometimento físico, problemas de readaptação social. A declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, aprovada pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 9 de dezembro de 1975, garantiu aos portadores de deficiência os direitos inerentes à dignidade humana, bem como previu que as necessidades especiais seriam consideradas no planejamento econômico e social.

Na Constituição da República e na legislação vigente, a pessoa portadora de deficiência tem proteção especial e diversos direitos assegurados. No que toca às garantias constitucionais, o Brasil tem um sistema legal de proteção bem sistematizado e moderno.

Cabe ressaltar que no Brasil, segundo o censo do ano 2000, 14,5% da população total é formada por pessoas portadoras de deficiência. Ou seja, aproximadamente 24,6 milhões de pessoas apresentaram algum tipo de incapacidade ou deficiência oriunda de problemas genéticos, guerras, epidemias, acidentes, entre outros. São pessoas com, pelo menos, alguma dificuldade de enxergar, ouvir, locomover-se ou ainda, com alguma deficiência física ou mental.

Segundo Coelho (s.d., p.16), a complexa e rápida evolução científica e tecnológica das últimas décadas tem colocado a humanidade em posição de revisão dos conceitos básicos de vida. O próprio processo de desenvolvimento é garantido a partir de premissas e pressupostos fundamentados nesta dinâmica específica de mudanças profundas e aceleradas.

O relacionamento público das necessidades básicas e possibilidades reais em saúde - entre outras – para o alcance de melhores níveis de vida da população, incentivou a busca de estratégias dinamizadoras do processo de crescimento neste setor de desenvolvimento. Acompanhando este desenvolvimento, o conceito de saúde, visto de forma mais abrangente, incluindo o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças, consolida um posicionamento filosófico, político e administrativo da sociedade moderna.

Sendo assim, entende-se que a responsabilidade social é mais bem compreendida como sendo o compromisso da empresa com relação à sociedade e à

humanidade em geral. Trata-se de uma forma de prestação de contas de seu desempenho, baseada na apropriação e uso de recursos que originalmente não lhe pertencem.

Responsabilidade Social empresarial envolve uma combinação de elementos de relações internas e externas da empresa. Deve fazer parte do planejamento estratégico da organização, compondo a sua missão e valores. Sua aplicação altera os paradigmas de negócios tradicionais, modificando os valores organizacionais. A Responsabilidade Social carrega consigo um conceito de prosperidade compartilhada, oferecendo poderosa ferramenta de mudança e intervenção social.

Diante da retrospectiva e da realidade apresentadas, a principal questão desta pesquisa consiste em conhecer e explicar a implementação do novo espaço de direito do cidadão portador de deficiência, com o intuito de contribuir para uma maior eficácia da legislação vigente. Por isso, investiga-se como vem sendo constituída a responsabilidade social por meio de um processo que favorece inclusão social de Pessoas Portadoras de Deficiência, com a utilização da equoterapia pela Polícia Militar do Estado do Paraná.

A Polícia Militar, comprometida eticamente com a população, assume socialmente o conjunto de valores que já vem direcionando as organizações empresariais e seus funcionários, disponibilizando ações sociais à comunidade carente, com o exercício de atividades de fisioterapia realizada com o cavalo.

2.1 ASPECTOS JURÍDICOS DA RESPONSABILIDADE SOCIAL

A sociedade muito se desenvolveu no decorrer dos séculos, trazendo como desdobramento direto a multiplicação de sua complexidade, tornando-se as relações sociais mais amplas, heterogêneas e numerosas, fazendo surgir uma figura, antiga do ponto de vista histórico, porém nova no âmbito das relações comunitárias, principalmente quando se objetiva a inclusão e a construção social de indivíduos portadores de necessidades especiais.

No entendimento de Lewis (2005, p. 131),

Ao mesmo tempo em que a Constituição concede e outorga o exercício da atividade empresarial ao setor privado, ela exige a contrapartida. Tal exigência se concretiza no fazer e ou abster-se de fazer algo. Essa é uma postura responsável que as empresas podem extravasar nos estreitos limites dos conceitos de livre iniciativa e livre concorrência.

Este contexto trouxe a ampliação das relações que se estabelecem entre o indivíduo e a sociedade, aumentando a compreensão sobre o valor único e inviolável da vida. Destaca-se que estas transformações ampliam a concepção do trabalho, envolvendo-o na criação da identidade social. Diante dos grandes problemas de ordem social que atingem o mundo contemporâneo, dentre eles os indivíduos portadores de deficiência, passa a ser aceita como parte da diversidade humana, merecedores de inclusão na dinâmica social.

Atentar-se às novas responsabilidades da empresa é condição necessária para cumprimento dos ditames constitucionais da ordem econômica e social. Demanda o alcance de patamares concretos de responsabilidade social dos segmentos empresariais. (LEWIS, 2005).

A contextualização sócio-histórica é fundamental para o conhecimento das diversas práticas aplicadas aos portadores de deficiência. As organizações tiveram que redimensionar o seu papel, instituindo práticas de inclusão através das reestruturações dos subsistemas que a constituem. Neste contexto, entende-se uma mudança relevante na cultura organizacional e no ambiente físico para receberem, de forma adequada, as pessoas com deficiência.

Cabe ressaltar que se identificou a necessidade da organização em desenvolver uma cultura inclusiva, conscientizando os funcionários, e no caso do presente estudo, policiais militares, para o contato e a convivência com os portadores de deficiência. A questão sobre a flexibilização do perfil dos policiais é abordada como um fator importante e facilitador para que a pessoa deficiente tenha uma melhor condição de vida em sociedade.

Dessa forma, “se a responsabilidade está intimamente ligada à dignidade, será considerada digna somente aquela sociedade que efetivamente atua com responsabilidade em relação aos seus membros, de forma a ter uma participação ativa na superação das iniquidades existentes.” (LEWIS, 2005, p. 140).

Tem-se detectado teorias originais na sua concepção, buscando, no âmbito dos direitos constitucionais, principalmente, uma nova dimensão além daquelas que visam à proteção de direitos individuais ou coletivos, direitos que envolvem os muitos aspectos da atuação das organizações e os desdobramentos das condutas corporativas no plano social.

Assim, a responsabilidade social da empresa significa, na concepção de Emerson Kapaz, dirigente do Instituto Ethos, “uma visão empreendedora mais preocupada com o entorno social em que a empresa está inserido, ou seja, sem deixar de se preocupar com a necessidade de geração de lucro, mas colocando-o não como um fim em si mesmo, mas sim como um meio para se atingir um desenvolvimento sustentável e com mais qualidade de vida.” (KAPAZ, 2004, p. 8-9).

2.2 A INCLUSÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA NA SOCIEDADE: PROMOÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

A vida da pessoa deficiente, desde muito tempo, foi marcada pelo preconceito e pela discriminação, considerando-se a dificuldade que o ser humano tem de conviver com a diferença - estética, social, religiosa, étnica e cultural.

Para a abordagem sócio-psicológica, a deficiência não é vista apenas como defeito e limitação, mas também como fonte geradora de energia motriz, a qual pode levar à constituição de uma superestrutura psíquica capaz de reorganizar toda a vida da pessoa, tornando-a alguém de plena valia social.

Sob ângulo diverso, as pessoas com deficiência encontram hoje mais maneiras de atingir um espaço pessoal e profissional ampliado, demonstrando habilidades variadas e afirmando que as diferenças (e não desvantagens) não as impedem de ser tão eficientes como quaisquer outras pessoas.

O processo de adaptação das pessoas portadoras de deficiência na sociedade consiste em problematizar a questão do que vem a ser deficiência, bem como o fato de que todos possam possuir deficiências: algumas imperceptíveis, outras nem tanto. Limitação e deficiência, contudo, não podem ser levadas como sinônimos de

incapacidade. Porém, o que se sabe de diversas entidades habilitadas, públicas e privadas, é que suas ações implicam em promover a capacitação profissional, viabilizando a aproximação entre pessoa portadora de deficiência e mercado de trabalho. Assim, desfazer mitos e diluir preconceitos são ações sociais urgentes.

Entende-se, portanto, que pessoas com deficiência precisam essencialmente de condições adequadas ao desenvolvimento de seu potencial. A tecnologia contribui com algumas soluções tecnológicas voltadas à inclusão de pessoas deficientes nas diversas áreas sociais, melhorando a sua qualidade de vida. Obviamente, como existem poucos e onerosos investimentos tecnológicos, o ingresso das pessoas portadoras de deficiência no meio social permanece sendo um grande desafio.

2.3 PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA

O termo deficiência significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais na vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.

A maioria dos conceitos de portadores de necessidades especiais enfatiza a barreira da deficiência (física ou mental) enquanto impeditiva ao ingresso das pessoas no mercado de trabalho. Porém, ela não é a única. A capacitação profissional é outro fator limitante, geralmente mencionado por empresas quando discutem o aproveitamento dessa mão-de-obra em seus quadros.

No Brasil, em outubro de 1989 foi editada a Lei nº 7.853, que teve sua regulamentação apenas em 1993 pelo Decreto nº 914, que instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Este decreto foi revogado por outro, em 1999, Decreto nº. 3.298, atualmente em vigor, e que de fato se apresentou como um aprimoramento dos anteriores na medida em que define claramente os diferentes tipos de deficiência a partir da conceituação da OMS – Organização Mundial de Saúde, bem como estabelece as diferenças entre as

deficiência, deficiência permanente e incapacidade. No art. 3º encontram-se assim definidos Deficiência e Incapacidade:

Deficiência – “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica, ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.”

Incapacidade – “uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.”

Em 9 de dezembro de 1975, a ONU – Organização das Nações Unidas proclamou, em âmbito internacional, a Declaração das Nações Unidas dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência . A Resolução ONU nº 2542/75 traz em seu item 1 a seguinte definição: “O termo pessoa portadora de deficiência identifica aquele indivíduo que, devido a seus “déficits” físicos ou mentais, não está em pleno gozo da capacidade de satisfazer por si mesmo, de forma total ou parcial, suas necessidades vitais e sociais, como faria um ser humano normal”.

Rosane de Oliveira Maranhão (2005, p. 35) afirma que para o INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social, de acordo com a Ordem de Serviço nº 562/97, item 1.2, “a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho”.

Alves (1992, p. 33) aborda a questão da classificação ou categorias mencionando que outros países adotam diferentes classificações: na Grécia, listam-se onze categorias de deficiências. A grande maioria adota duas categorias, as de natureza física e as mentais. Itália, Alemanha e Holanda adotam também o termo psíquico e a Holanda vai mais além classificando os deficientes por desordem de caráter e os incapacitados sociais.

Porém, neste trabalho, são consideradas as classificações tuteladas pela legislação brasileira, em que as pessoas portadoras de deficiência não formam um grupo homogêneo e nesse sentido demandam políticas e ações específicas.

2.3.1 Deficiências tuteladas legalmente

A Constituição Federal de 1988 dispõe sobre a proteção aos portadores de deficiência e a legislação ordinária determina quais deficiências são objeto de proteção legal.

O Decreto nº 5.296, de 02.12.2004 considera a pessoa portadora de deficiência aquela que se enquadra nas seguintes categorias:

I – deficiência física – excetuam-se as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano acarretando comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membros, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidades congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II – deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

III – deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida de campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV – deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos. Acredita-se que se pretendeu incluir apenas as síndromes de Down e outras ligadas a oligofrenia e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- comunicação;
- cuidado pessoal;
- habilidades sociais;
- utilização dos recursos da comunidade;
- saúde e segurança;
- habilidades acadêmicas;
- lazer;
- trabalho.

V – deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Dessa forma, entende-se o princípio da igualdade como a base dos direitos das pessoas portadoras de deficiência, pois a Constituição Federal de 1988 adotou o princípio da igualdade como princípio fundamental para a criação de uma sociedade justa e solidária.

A igualdade, diferentemente da liberdade, é um conceito relativo. Uma pessoa só é igual (ou desigual) se houver outra a ser comparada com ela. Ninguém é absolutamente igual ou desigual, apenas relativamente. A igualdade pressupõe a existência do outro, o seu reconhecimento enquanto pessoa, enquanto ser humano.

A Constituição Federal de 1988, ao dizer, em seu art. 3º, I, que é objetivo fundamental da República Federativa do Brasil a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, entende-se que na justiça e solidariedade se encontram os pressupostos para se efetivar a igualdade, que é mencionada no art. 5º, caput: “todos são iguais perante a lei sem distinção”.

É neste sentido que a ação da Polícia Militar, com programas de equoterapia, visa ao atendimento das camadas menos privilegiadas da sociedade, onde a dificuldade de qualidade de vida dos portadores de deficiências é mais acentuada, principalmente no que diz respeito à disponibilidade financeira para a prática de tratamento equoterápico.

O processo de inclusão de pessoas portadoras de deficiência e as redefinições dos papéis da organização policial militar têm efeitos fundamentais na construção do indivíduo em sociedade, como se apresenta a seguir.

Diante do exposto, considera-se correto afirmar que são vários os conceitos de deficiência encontráveis nas obras e textos relativos ao tema, no Brasil e em outros países.

2.4 PARALISIA CEREBRAL

Dentre as pessoas portadoras de deficiência, este estudo centra-se no portador de paralisia cerebral.

A paralisia cerebral refere-se a um transtorno neuromotor de origem cerebral, que se manifesta precocemente na vida e que é resultado de uma lesão cerebral, cuja causa não se cura, porém não é progressiva.

Segundo Ballone (2003), as expressões Lesão Cerebral e Lesão Neurológica são sinônimos e fazem referência a um estado no qual as células do cérebro foram

destruídas ou sofreram algum dano suficiente para provocar um déficit no desempenho do indivíduo. Estas lesões podem estar restritas às áreas específicas do cérebro ou podem ser generalizadas (difusas) em todo o tecido nervoso.

As lesões podem ocorrer em qualquer etapa do desenvolvimento, podem ser consequência de fatores genéticos, agentes tóxicos de carências físicas e nutricionais, de doenças infecciosas ou de agressões diretas sobre o cérebro. (BELLONE, 2003).

As situações mais comuns associadas à lesão cerebral são:

- Infecções, antes e depois do nascimento: causam lesões cerebrais algumas doenças da mãe, tais como a sífilis, outras encefalites e a rubéola durante a gravidez. As infecções pós-natais que acompanham ao sarampo, a tosse comprida (coqueluche), escarlatina, encefalite, meningite e outras doenças infecciosas da infância, quando complicadas podem produzir danos cerebrais.
- Agentes tóxicos: os venenos, as drogas e substâncias tóxicas podem comprometer as células do tecido cerebral e impedir seu funcionamento normal.
- Carências nutricionais e perturbação no metabolismo: depósitos de substâncias danosas às células do cérebro podem interferir em seu funcionamento normal, assim como as carências nutritivas também podem inibir o desenvolvimento neurológico do feto.
- Fatores constitucionais: acredita-se que incompatibilidade sanguínea possa causar algumas desordens no metabolismo cerebral.
- Lesões pré-natais, natais e pós-natais: podem produzir lesões cerebrais na etapa pré-natal como consequência de irradiação e radioatividade, da carência de oxigênio devido asfixia materna, grave anemia materna ou grave hipotensão arterial. (BELLONE, 2003).

Diament (1996) afirma que, nos primeiros anos de vida, a paralisia cerebral é a deficiência física mais freqüente. O termo paralisia cerebral, apesar de ser muito conhecido, foi usado para definir diversas patologias, e nem sempre com quadros de paralisia, e várias vezes de origem não cerebral. A paralisia cerebral é uma das formas de encefalopatia crônica não evolutiva na infância. É caracterizada pela presença de distúrbio motor, podendo apresentar distúrbio de movimentação voluntária, do tono muscular, hipercinesias. A pessoa que tem paralisia cerebral pode ter inteligência normal, e a gravidade do problema motor nem sempre corresponde ao mesmo nível de comprometimento cognitivo.

Tal patologia, hoje conhecida como encefalopatia, foi descrita pela primeira vez em 1843 por William J. Little como sendo uma “patologia ligada a diferentes causas, e caracterizada, principalmente, por rigidez muscular.”(ROTTA, 2002, p. 50).

Em 1867, Freud ao estudar a moléstia de Little, surgiu a expressão “Paralisia Cerebral” que foi consagrado por Pelps na diferenciação de “Paralisia Infantil”, moléstia causada pelo vírus da Poliomielite e caracterizada por paralisia flácida.

Sendo assim, o termo paralisia cerebral é normalmente utilizado como uma terminologia geral para englobar transtornos muitos variados, que têm em comum o fato de significarem uma alteração ou alguma perda de controle motor ocorrida por uma lesão encefálica, no pré-natal ou durante a primeira infância, seja qual for o nível intelectual da criança afetada.

Segundo a Comissão Mundial de Paralisia Cerebral, em 1988, a patologia foi definida como “[...] um distúrbio de postura e movimento persistente, porém não imutável causado por lesão no sistema nervoso (SN) em desenvolvimento, antes ou durante o nascimento ou nos primeiros meses da latência”. (STOKES, 2000, p. 265).

A Associação Brasileira de Paralisia Cerebral, porém, define como: “[...] um conjunto de alteração de um determinado acometimento encefálico, caracterizado essencialmente por uma alteração persistente não estável do tônus, da postura e do movimento que se inicia durante o período de maturação anátomo fisiológico do sistema nervosos central.” (LIANZA, 2001, p. 295).

Entende-se então, que paralisia cerebral não é uma doença, mas sim um estado ou quadro patológico, não podendo ser curaca, pois é considerada uma lesão irreversível, mas que com a utilização de terapias reabilitadoras, pode apresentar progressos que a aproximam de um funcionamento mais próximo da normalidade.

Basil (2004) ressalta que as conseqüências da lesão variam ao longo do desenvolvimento da criança. As lesões encefálicas ocorridas durante a fase em que se está constituindo, amadurecendo e se organizando o sistema nervoso central, à parte de suas seqüelas diretas, causam seqüelas mais generalizadas, devidas à influência da lesão no curso normal de maturação neurológica da pessoa.

Paralisia cerebral pode ser considerada um transtorno motor complexo, que pode incluir aumento ou diminuição do tônus em determinados grupos de músculos,

alterações da postura ou do equilíbrio, ou da coordenação de precisão dos movimentos. Apesar de poder ter vários transtornos associados à disfunção motora, na maioria das vezes as faculdades mentais, e várias outras funções comandadas pelo cérebro permanecem completamente intactas.

As diversas formas de paralisia cerebral podem ser classificadas por seus efeitos funcionais e pela topografia corporal. Conforme os efeitos funcionais nos quadros clínicos mais comuns ocorrem à rigidez e tremores. Tem que se levar em consideração que, poucas vezes, se apresenta em uma criança uma tipologia pura, mas quadros mistos. Conforme a topologia corporal pode-se falar em paraplegia, tetraplegia, monoplegia e hemiplegia. (BASIL, 2004).

Dessa forma, considerando-se as diversas alterações que as pessoas portadoras de paralisia cerebral apresentam, entende-se que a relevância de um tratamento precoce com a finalidade de contar com a vantagem da plasticidade e das adaptações neuronais que permitem à criança a experimentação de movimentos e posturas aos quais ela não teria acesso por causa de seu quadro neurológico.

Então, considera-se de suma importância um trabalho em equipe, tendo como coadjuvante do tratamento básico modalidades terapêuticas como a Equoterapia.

3 EQUOTERAPIA

As primeiras referências que se têm do uso do cavalo com fins terapêuticos podem ser encontradas em 458-377 a.C. em “Das Dietas”, de Hipócrates. Desde esta data, passando por Galeno (130-199), chega-se a Merkurualis “*Da Arte Gimnastica*” (1569), Charles Castel (1734), criador da cadeira vibratória, Samuel Quelmals (1697-1758), como referências aos movimentos tridimensionais do dorso do cavalo.

Em 1901, na Inglaterra (Hospital Ortopédico de Oswentry), tem-se a primeira aplicação de Equoterapia em contexto hospitalar.

O grande impulso da Equoterapia aconteceu com Liz Hartel que, acometida de poliomielite, continuou seus treinos eqüestres e conseguiu a façanha de duas medalhas olímpicas na modalidade de adestramento em 1952 (Olimpíadas de Helsinque), despertando a curiosidade da classe médica.

Em 1965, na França, a Equoterapia torna-se matéria didática universitária (Salpentiére). Em 1972, defende-se a primeira tese de Doutorado em Medicina, com o tema versando sobre a Equoterapia. Nesta época já existiam, no Brasil, os primeiros experimentos com Equoterapia.

De 1974 a 1994 aconteceram os Congressos Internacionais sobre Equoterapia, com a participação ativa de delegações brasileiras.

Em 1989 a ANDE-BRASIL oficializa a Equoterapia no Brasil, e em 1997 o Conselho Federal de Medicina o reconhece como prática terapêutica.

Segundo D’Lima, (2006, p.17), a Equoterapia começou a ser desenvolvida em julho de 2002 na Polícia Militar do Piauí, pelo Esquadrão de Polícia Montada – EPMon, na zona sudeste da cidade de Teresina. A idéia surgiu em 1998, com a vontade de alguns policiais militares em implantar, na capital piauiense, um grupo que pudesse dar assistência aos portadores de deficiência, tal como é feito, exitosamente, em outras instituições de cavalaria, em diversos Estados brasileiros.

O Brasil faz parte da Federação Internacional com 26 (vinte e seis) países filiados e com associações legalmente habilitadas a conduzir a Equoterapia de acordo com os parâmetros internacionais reconhecidos.

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS

A palavra “equoterapia” é uma expressão criada, em 1989, pela Associação Nacional de Equoterapia - ANDE-BRASIL para agrupar todas as atividades terapêuticas realizadas com o cavalo e a cavalo. Vem do radical latino “equus”, associado ao grego “therapeia”. Está registrada no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) do Ministério da Indústria e do Comércio, com o Certificado de Registro de Marca nº 819392329. (ANDE-BRASIL, 2005).

Equoterapia é o nome genérico adotado para todos os métodos terapêuticos que se utilizam do cavalo para a sua execução. Tal palavra abrange todos os programas específicos desta aplicação, tais como: Hipoterapia, Equitação Terapêutica, entre outros. Ainda, segundo D’Aurea e Almeida Pinto (2006, p.2), a Equoterapia “é uma modalidade terapêutica que proporciona inúmeros benefícios físicos, psíquicos e sociais ao paciente através do movimento tridimensional transmitido pelo dorso do cavalo”.

Conforme a Associação Nacional de Equoterapia (2001, p. 13)

Equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de Saúde, Educação e Equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou com necessidades especiais. Na equoterapia o cavalo atua como agente cinesioterapêutico, facilitador do processo ensino-aprendizagem e como agente de inserção e reinserção social.

Sendo assim, trata-se de um método de reabilitação e educação que trabalha o praticante de forma global, exigindo a participação do corpo inteiro. Favorece, além do desempenho físico, o relaxamento, a conscientização do próprio corpo, a atenção, a autoconfiança e a auto-estima. Reveste-se de grande importância para o trabalho terapêutico dos membros da Corporação que estejam com problemas emocionais, de estresse, agressividade, drogadição, etilismo, debilidade física, problemas ortopédicos e neurológicos, contribuindo com a melhora da qualidade de vida e da capacidade profissional do praticante.

A equoterapia como fator de favorecimento da reinserção social pode ser fundamentada pelo contato do indivíduo com outros pacientes, com a equipe e com o animal, aproximando-o, cada vez mais, da sociedade onde vive.

Neste sentido, Walter e Vendramini (2000) enfatizam que a terapia utiliza técnicas de equitação e atividades eqüestres para trazer benefícios físicos psicológicos e educacionais. Este recurso propicia o movimento do corpo todo, favorecendo, desse modo, o desenvolvimento do tônus e da força muscular, o relaxamento, a conscientização do próprio corpo, o equilíbrio, a coordenação motora, a atenção, a autoconfiança e a auto-estima. Portanto, a equoterapia é um método de reabilitação e educação que desenvolve o paciente de maneira global.

De acordo com Horne e Cirillo (2005), a equoterapia começou mesmo a ser trabalhada como tratamento, depois da Segunda Guerra Mundial, na Escandinávia e na Alemanha, no atendimento a pessoas que tinham paralisia cerebral.

Conforme explicam os autores, a partir disso a classe médica começou a se interessar pela equitação como prática terapêutica, na Noruega surgiu a primeira equipe interdisciplinar composta por uma fisioterapeuta e um psicólogo e professor e equitação. (HORNE e CIRILLO, 2005). Porém, de acordo com publicação na ANDE-Brasil(2005), o pioneiro na investigação científica da Equoterapia foi o doutor Max Reichenbach, que elaborou os primeiros estudos em 1953, com vários pacientes de sua clínica de fisioterapia em Birkenheuth na Alemanha.

Na França, em 1965, a Equoterapia passou a fazer parte do currículo, e em 1969 foi apresentado o primeiro trabalho científico de Equoterapia no Centro Hospitalar Universitário da Universidade de Salpentire, em Paris. Em 1972, foi realizada a defesa da primeira tese de doutoramento em Medicina, em educação eqüestre na Universidade de Paris, em Val-de-Marme, pela Dra. Collette Picart Trintelin, e, em 1974, foi realizado o 1º Congresso Internacional na França. (HORNE e CIRILLO, 2005).

Em 1985, em Milão, na Itália, foi criada a Federação Internacional de Equoterapia – *Federation Riding Disable International* – FRDI, hoje com sede na Bélgica.

No Brasil, em 10 de maio de 1989, foi fundada a Associação Nacional de Equoterapia – ANDE-BRASIL e, em 1990, foi realizada a primeira sessão de Equoterapia no centro de atendimento da entidade, tendo o apoio dos profissionais de saúde do Hospital do Aparelho Locomotor – Hospital Sarah Kubtscheck. (ANDE-BRASIL, 2005).

Cabe ressaltar que em 1997 a Equoterapia foi reconhecida como método terapêutico pelo Conselho Federal de Medicina, de acordo com a legislação brasileira, e atualmente está inclusa entre os serviços especializados oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, conforme dispõe a Lei nº 5.499/05, aprovada pelo Senado Federal. (HORNE e CIRILLO, 2005).

Em 1999, a partir da experiência e estudos desenvolvidos no país pela Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, foi fundado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, o Programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco – PROEQUO-UCDB, primeiro centro de Equoterapia no Brasil dentro de uma instituição universitária. Este evoluiu diversos cursos como Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Psicologia, Terapia Ocupacional e Zootecnia, com a finalidade de disponibilizar os atendimentos equoterápicos à população em geral e desenvolver ensino, pesquisa e extensão.

3.1.1 Área de aplicação e Equipe

O campo de atuação das atividades de Equoterapia consiste de pessoas portadoras de:

- Deficiência física ou mental, causadas por:
 - . lesões neuromotoras de origem encefálica ou medular;
 - . patologias ortopédicas congênitas ou adquiridas em acidentes diversos;
 - . disfunções neuromotoras.
- Necessidades educativas especiais ou distúrbios:
 - . evolutivos;
 - . comportamentais;

. de aprendizagem.

De acordo com a ANDE-BRASIL (2005), a Equoterapia é aplicada nas áreas de saúde, educação e social. A equipe traça um plano de tratamento, conforme as necessidades e potencialidades de cada paciente, e assim o tratamento equoterápico terá maior ênfase nestas áreas.

A Equoterapia é sempre executada por uma equipe interdisciplinar que, após avaliação médica, elabora e aplica a técnica adequada a cada caso.

A equipe básica de atendimento constitui-se de:

- dois cavalos (com características diferentes);
- um profissional da área de educação (ex.: psicólogo, pedagogo);
- um profissional da área de equitação;
- um profissional da área de saúde (ex. fisioterapeuta).

Caso o Centro de Equoterapia - CE esteja instalado em um clube hípico, haras ou congênere, a equipe de apoio pode ser do próprio local: veterinário, ferrador, cavaleiro, seleiro, tratador e fornecedores de feno e ração.

O atendimento terapêutico deve ser executado pelos terapeutas responsáveis das áreas de saúde (Fisioterapia), Educação (Psicólogo) e Instrutor de equitação. As funções destes profissionais não podem ser delegadas a pessoas não qualificadas, em hipótese alguma, sob pena de incorrer o profissional em grave falta ética, passível de punição pelo respectivo Conselho.

De acordo com Lermontow (2004), a equipe pode ser formada da seguinte forma:

- a) profissionais da área da saúde: fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional, psicomotricista e médico;
- b) profissionais da área da educação: pedagogo, psicopedagogo e educador físico;
- c) profissionais da área da educação e do trato animal: instrutor de equitação; auxiliar-guia; tratador, veterinário e zootecnista.

O Centro de Equoterapia tem a obrigatoriedade de exibir a Declaração de Regularidade de Funcionamento - DRF expedida por cada Conselho, conforme o tipo de atendimento prestado.

Neste sentido, pode-se considerar que a Equoterapia é um método científico aplicado como terapia na Saúde e na Educação, que utiliza o cavalo como instrumento terapêutico, numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar, buscando o crescimento e o desenvolvimento biológico, psicológico, social e educacional dos pacientes que necessitam impulsionar suas potencialidades e minimizar suas deficiências para viverem melhor, mais felizes e com maior integração social.

3.1.2 A Equoterapia e o portador de paralisia cerebral

Muitos tipos diferentes de lesões podem causar a paralisia cerebral, mas geralmente, a sua causa é desconhecida. As lesões que ocorrem durante o parto e o mau suprimento de oxigênio ao cérebro antes, durante e imediatamente após o nascimento são responsáveis por 10% a 15% dos casos. Os recém-nascidos prematuros são particularmente vulneráveis, e isto possivelmente se deve ao fato dos seus vasos sanguíneos cerebrais serem pouco desenvolvidos e sangrarem facilmente.

A paralisia cerebral não tem cura, seus problemas duram toda a vida. No entanto, muita coisa pode ser feita para prover à criança o máximo de independência possível. A fisioterapia, a terapia ocupacional, Equoterapia, os coletes e a cirurgia ortopédica podem melhorar o controle muscular e a deambulação. A fonoterapia (terapia da fala) pode tornar a fala muito mais clara e pode ajudar nos problemas de alimentação. As convulsões podem ser prevenidas com o uso de medicamentos anticonvulsivantes.

Muitas crianças com paralisia cerebral, quando não apresentam déficits intelectuais e físicos graves, crescem e freqüentam escolas normalmente. Outras necessitam de fisioterapia intensiva, de educação especial e apresentam graves limitações para realizar as atividades cotidianas, exigindo algum tipo de tratamento e assistência durante o resto da vida. Mesmo as crianças gravemente afetadas podem ser beneficiadas com educação e treinamento. Os pais são informados e aconselhados, o que os ajuda a compreender o problema e o potencial de seus filhos e a enfrentar as dificuldades, à medida que elas ocorrerem.

Para ajudar uma criança a atingir o seu potencial máximo, a atenção carinhosa dos pais pode ser combinada com a ajuda de instituições públicas e privadas, como as

de saúde comunitária e de reabilitação com fins humanitários. O prognóstico geralmente depende do tipo de paralisia cerebral e de sua gravidade. Mais de 90% das crianças com paralisia cerebral sobrevivem até a vida adulta. Apenas as mais gravemente afetadas (incapazes de realizar qualquer cuidado pessoal) apresentam uma expectativa de vida muito menor.

A Equoterapia, atividade em que se utiliza o cavalo como ferramenta dentro de uma abordagem interdisciplinar, oferece suas contribuições na educação inclusiva da criança. Com isto, possibilita o direcionamento de um trabalho coadjuvante para as crianças especiais, inseridas na rede regular de ensino, constituindo assim, um diferencial no processo de ensino-aprendizagem nos seus aspectos físicos, psicológicos, educacionais, sociológicos e espirituais.

3.2 O CAVALO

A Equoterapia emprega o cavalo, os fundamentos, os princípios e as técnicas de equitação como agentes promotores de ganhos biopsíquicos sociais dos participantes. Esta atividade terapêutica facilita e exige a participação do cavaleiro, como um todo, contribuindo assim, para o aprimoramento da força muscular, do relaxamento, da conscientização do próprio corpo e desenvolvimento aperfeiçoado do equilíbrio e da coordenação.

A familiaridade com o cavalo desperta no praticante de Equoterapia uma relação de afeto e amizade pelo animal, e aliados irão trilhar um caminho de descobertas e novas conquistas.

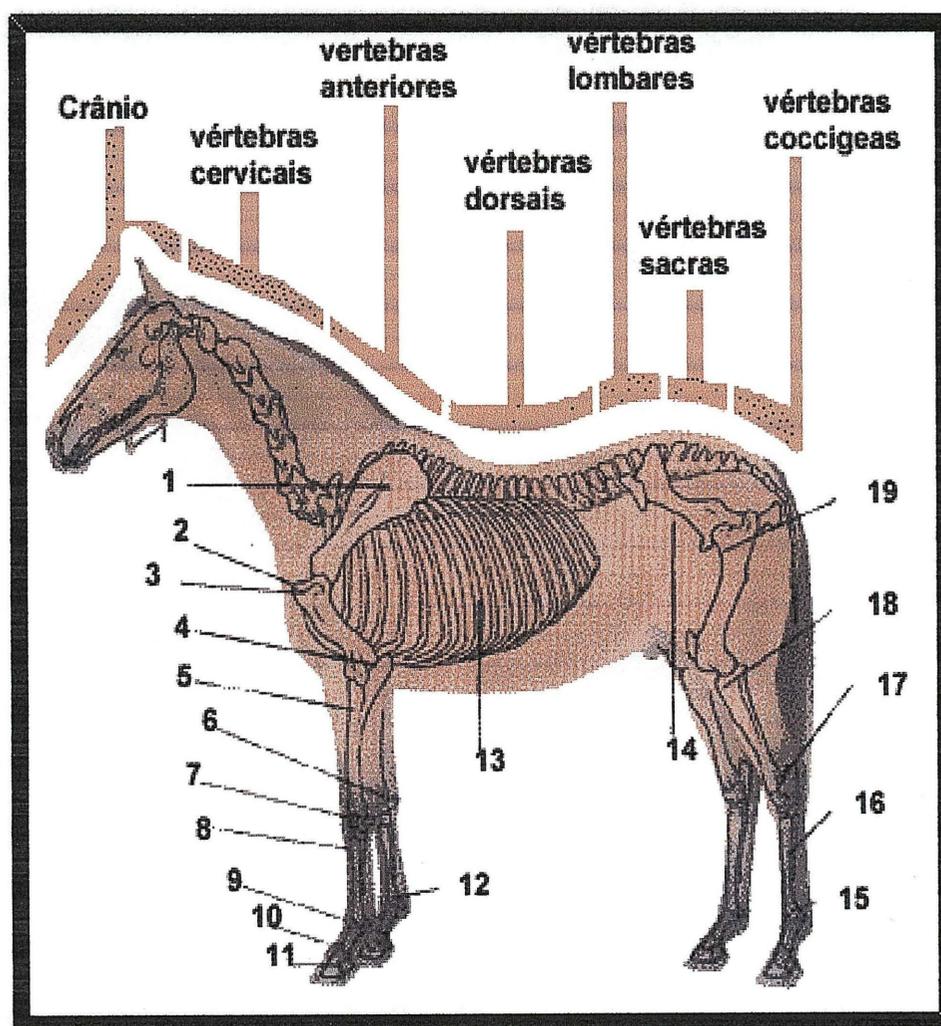
A Descrição do cavalo, segundo o dicionário Michaelis (1998, p. 458-459), é assim formulada:

Cavalo: Quadrúpede, perissodátilo, solípede, da família dos Eqüinos; tem pescoço e cauda providos de cerdas longas e abundantes. Domestica-se facilmente e é dos mais úteis ao homem desde épocas mui remotas, servindo de montaria, na tração de carruagens e nos trabalhos agrícolas.

O cavalo foi de fundamental importância na história do homem; durante a Idade do Bronze e do Ferro foi essencial nas atividades de pastores nômades da Eurásia e acompanhou a evolução das sociedades humanas desde sua domesticação, provavelmente em 3.500 a.C.

No início eram perseguidos pelo homem para fins de alimentação, sendo mais tarde domesticados, prestando-se a vários serviços. A ANDE-BRASIL (2005) cita que, depois da Primeira Guerra Mundial, o cavalo entrou definitivamente para a área de reabilitação, sendo empregado como instrumento terapêutico nos soldados sequelados do pós-guerra, com o objetivo de auxiliar na aquisição e desenvolvimento das funções psicomotoras, e também potencializando as habilidades motoras.

Segundo Lallery (1988), o conhecimento do cavalo acerca de sua constituição anatômica, biomecânica e seu manejo adequado é indispensável para o bom andamento da Equoterapia, podendo-se observar na Figura 01:



- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. escápula ou omoplata | 11. ossos cuneiforme do pé |
| 2. junta da espádua | 12. boleto |
| 3. úmero | 13. costelas |
| 4. junta do cotovelo | 14. cintura pélvica |
| 5. rádio | 15. osso sesamóide |
| 6. pisiforme | 16. metacarpo rudimentar externo |
| 7. ossos cárpeos do joelho | 17. jarrete |
| 8. canela | 18. tíbia e fibula |
| 9. quartela comprida | 19. fêmur |
| 10. quartela curta | |

Figura 1: Estrutura óssea do cavalo

Fonte: <http://www.saudeanimal.com.br/cavalo4.htm#esqueleto>

Consideram-se andaduras naturais aquelas que o cavalo executa instintivamente; o passo, o trote e o galope. A andadura do cavalo determina o ritmo dos exercícios na Equoterapia. Assim, o passo é andadura ideal para relaxamento muscular. Esse movimento permite que inúmeras informações (cutâneas, visuais, auditivas, olfativas) sejam exteriorizadas. As mãos nas rédeas levam à prática de exercícios de coordenação óculo-manual, ritmo e a sincronia do movimento levam ao “brincar lúdico”.(MEDEIROS; DIAS, 2002).

Ao se apreciar as andaduras, Lermontov (2004) afirma que o passo é uma andadura simétrica, marchada, ritmada a quatro tempos e basculante. É simétrico porque todos os movimentos produzidos de um lado da coluna vertebral ocorrem de forma igual no outro lado. É marchado pelo fato de não haver suspensão, ou seja, um ou mais membros estão sempre em contato com o solo. É ritmado a quatro tempos pois se ouvem quatro batidas distintas que correspondem ao pousar dos membros do animal no solo. É basculante devido aos movimentos cervicais do cavalo.

O passo do cavalo se caracteriza pelo deslocamento dos quatro membros e uma passada traduz-se pelo deslocar de um único membro. A frequência está em função do comprimento do passo e da velocidade da andadura. (MEDEIROS; DIAS, 2002).

Dessa forma, ao avaliar um cavalo andando passo a passo, ao final do primeiro minuto pode-se considerar que foi realizado determinado número de passadas que podem variar de 48 a 70.

Segundo Lermontov (2004), na Equoterapia, o passo regular do cavalo torna-se para o paciente um embalo. A frequência desse ritmo pode variar entre 40 e 78 batidas

por minuto, a primeira frequência é lenta, e a segunda é utilizada em seqüelas neurológicas. A adaptação ao ritmo lento é comparável ao embalo, que permite diminuir o nível de angústia e é importante para auxiliar em todos os estados psicológicos dos fenômenos de inibição.

A frequência do passo do cavalo irá variar de acordo com sua andadura, que, segundo Medeiros e Dias (2002), pode ser classificada em:

a) transpista: o cavalo apresenta um comprimento de passo longo no qual sua pegada ultrapassa a marca da pegada anterior (frequência baixa);

b) sobrepista: o cavalo tem uma frequência média, na qual sua pegada coincide com a marca da pegada anterior;

c) antepista: o cavalo apresenta um comprimento de passo curto em que sua pegada antecede a marca da pegada anterior (frequência alta).

O galope é uma andadura assimétrica saltada porque os movimentos da coluna vertebral em relação ao eixo longitudinal do cavalo não são simétricos.

Neste sentido, para Lermontov (2004), o trote é simétrico, saltado, ritmado a dois tempos e fixado. É saltado pelo fato de cada diagonal bípode (composta por um membro anterior e o seu posterior contralateral) se eleva e pousa simultaneamente, com um tempo de suspensão. É ritmado a dois tempos porque se ouvem duas batidas no solo, que correspondem ao pousar de cada diagonal bípode, e fixado porque os movimentos cervicais do cavalo são quase imperceptíveis.

O mesmo autor descreve o galope como andadura assimétrica, saltada, muito basculante e ritmada a três tempos. Muito basculante por serem movimentos cervicais amplos. A três tempos pois se ouvem três batidas: “Supondo-se o cavalo galopando no pé direito, o primeiro tempo é o pousar do posterior esquerdo, seguido do pousar da diagonal esquerda (segundo tempo), e finalizando com o pousar do anterior direito.” (LERMONTOV, 2004, p. 71).

Quando o cavalo se desloca ao passo, em seu dorso ocorre um movimento tridimensional, ou seja, o seu centro de gravidade sofre três deslocamentos: para cima e para baixo, para os lados, para frente e para trás. (WICKERT, 1999).

A estimulação infra-superior no eixo vertical é decorrente da flexão e extensão dos membros posteriores durante a impulsão. Ocorre duas vezes em um único passo e é da ordem de cinco a seis centímetros, (MEDEIROS; DIAS, 2002; WICKERT, 1999).

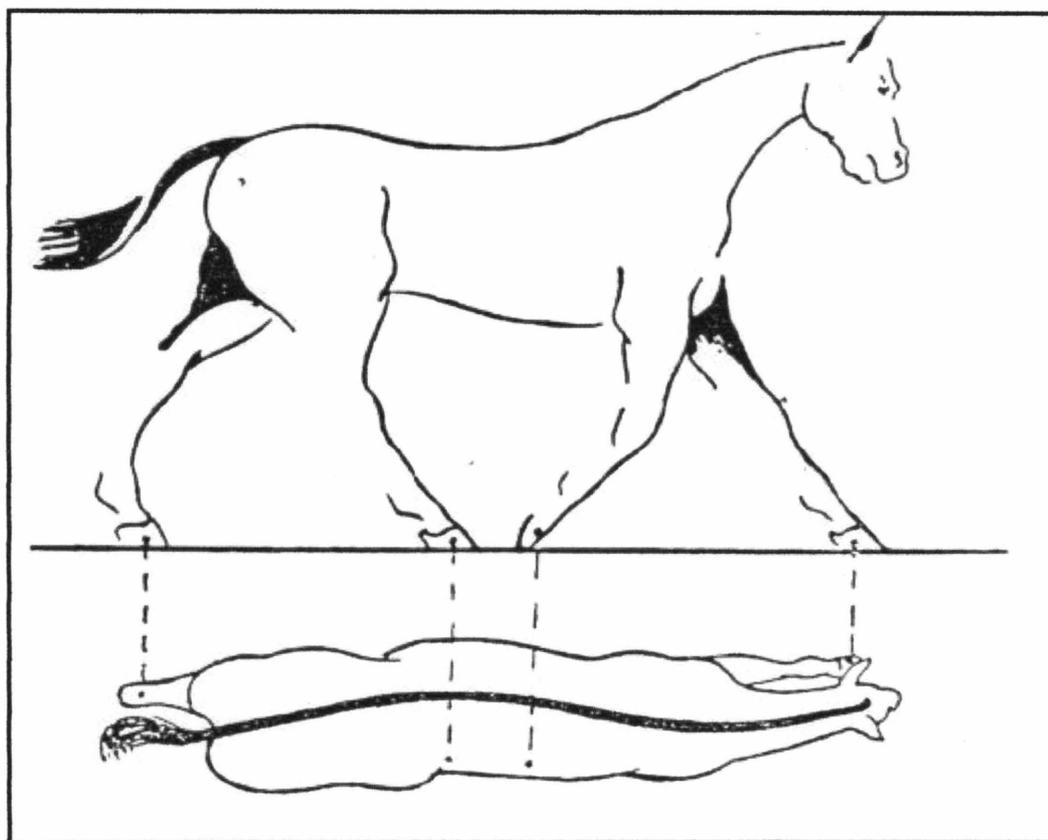


Figura 2: Movimento Látero-lateral no dorso do cavalo. (WICKERT, 1999).

Para Wickert (1999), o deslocamento ântero-posterior, no plano sagital, é composto por consecutivas perdas e retomadas de equilíbrio, evidenciado pelos movimentos da cabeça do animal. Em um passo, isto ocorre duas vezes, como esquematizado na figura 3.

De acordo com Medeiros e Dias (2002, p. 11):

Ao iniciar o movimento de distensão da pata posterior direita, ocorre perda de equilíbrio, deslocando o corpo do cavalo para a frente e para a esquerda. Para retomar o equilíbrio, o cavalo alonga seu pescoço, abaixa a cabeça e avança a pata anterior esquerda para escorar a massa que se desloca. Ao tocar o solo com a pata anterior esquerda, o cavalo freia o movimento para frente, levanta a cabeça retomando equilíbrio, facilitando o avançar da pata posterior direita.

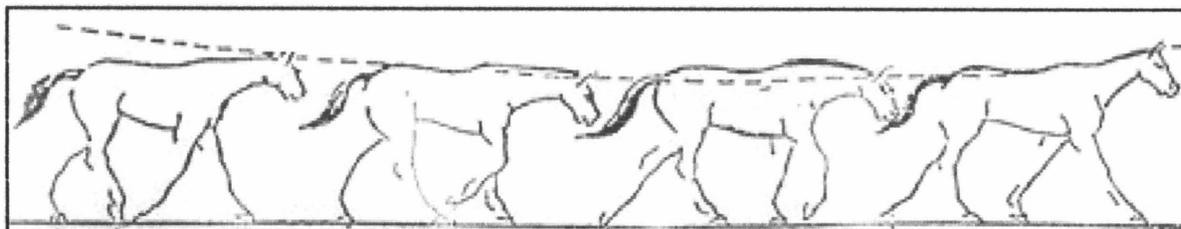


Figura 3 – Deslocamentos da cabeça do cavalo.

Wickert (1999), ainda apresenta um quarto deslocamento, composto pela rotação da pelve do cavaleiro, quando a coluna do cavalo se desloca lateralmente ao mesmo tempo em que a anca ipsolateral se abaixa. Esta rotação é de aproximadamente oito graus e o cavaleiro, necessariamente, deve estar sentado com uma perna de cada lado do animal.

Medeiros e Dias (2002) apontam as seguintes semelhanças entre a marcha humana e a andadura do cavalo (ao passo): seqüência de perdas e retomadas de equilíbrio; movimento tridimensional; dissociação de cinturas pélvica e escapular. A figura 4 exemplifica a semelhança entre os movimentos pélvicos do homem e do cavalo.

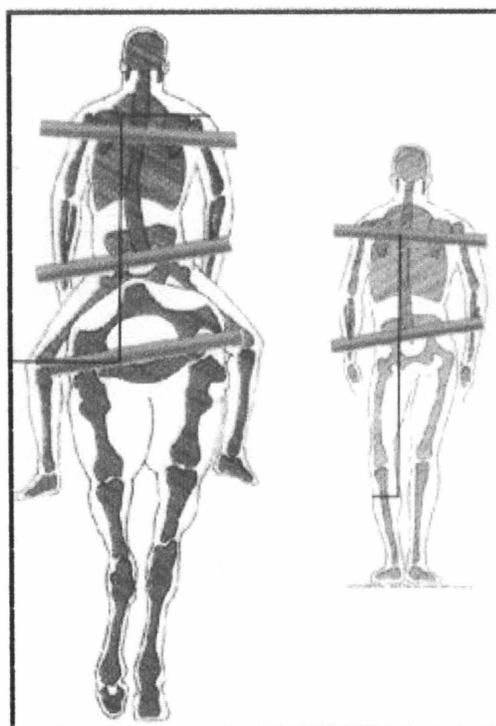


Figura 4 – Demonstração do paralelismo entre passo do homem e do cavalo. Fonte: ANDE-BRASIL. (2005).

O movimento tridimensional e rítmico do cavalo provoca a facilitação de respostas posturais automáticas e excitação dos músculos do tronco. Também aumenta as sensações no sistema vestibular, pois a pessoa, quando montada, movimenta-se, não fica imóvel em cima do animal, bem como no sistema de propriocepção, no sistema tátil, no sistema cognitivo e no sistema motor.

Sendo assim, montar um cavalo representa uma conquista: a posição que se ocupa do alto da sela é uma experiência individual, pois somente o praticante poderá expressar as sensações que seu corpo recebe, e a grande propulsora dessas sensações é a liberdade que a Equoterapia propicia de forma simples e natural.

O cavalo impõe ao seu cavaleiro um movimento doce, ritmado, repetitivo e simétrico, e, para manter o equilíbrio, o tônus muscular se adapta alternadamente ao tempo de repouso e de atividade, proporcionando descontração muscular.

Para a Associação Nacional de Equoterapia (2005), não existe uma raça específica para prática da equoterapia, porém, devem ser observadas algumas características, tais como:

- possuir as três andaduras regulares;
- ser macho, castrado, com idade acima de dez anos;
- ter altura mediana, aproximadamente 1,50m, medindo-se do chão até a cernelha;
- possuir arcos simétricos, isto é, não possuir deformidades.

Segundo Lermontov (2004, p. 72), “Não há diferença entre a égua e o cavalo, mas caso seja um cavalo, deverá ser castrado e caso seja uma égua é necessário alerta quanto ao período crítico do cio [...]”

O cavalo deve ser treinado para ser montado pela direita e pela esquerda: para o uso de brinquedos e objetos, de modo a não se assustar com eles; não deverá ser gordo, mas ter força suficiente para carregar duas pessoas.

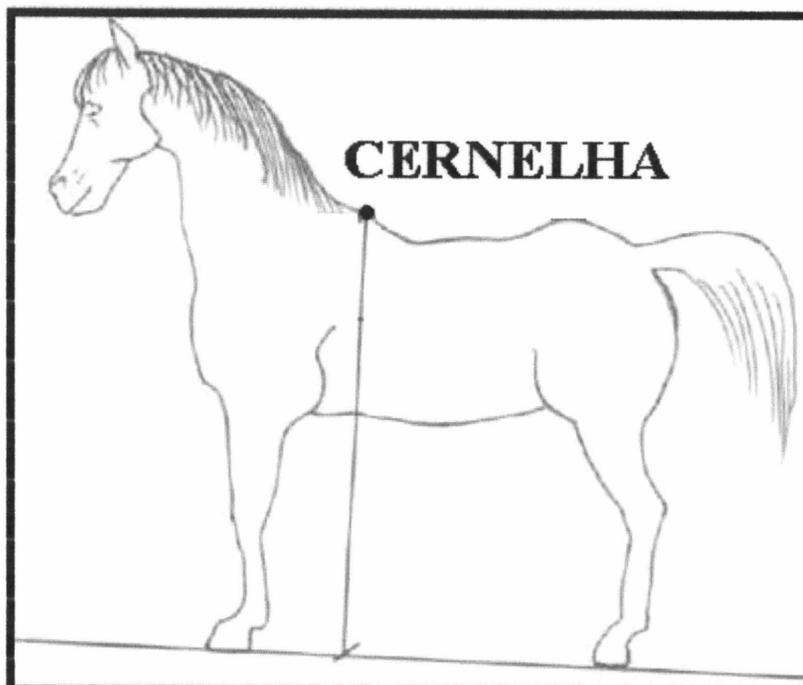


Figura 5 – Cernelha. Fonte: Adaptado de Kague (2004).

3.3 PROGRAMAS BÁSICOS DE EOUOTERAPIA

Conforme a Associação Nacional de Equoterapia (2005), a equoterapia dispõe de três programas básicos, classificados de acordo com os propósitos a serem alcançados e com as capacidades física e mental do praticante, como segue:

- - **Hipoterapia:** O cavalo é instrumento cinesioterapêutico. “O paciente não tem condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho sobre o animal” (MEDEIROS; DIAS, 2002, p. 39). Neste programa, quando não tem condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho sobre o cavalo, o praticante necessita de um auxiliar-guia para conduzir o cavalo e, eventualmente de um auxiliar - lateral para mantê-lo montado, dando-lhe segurança.
- - **Educação/reeducação:** O cavalo é facilitador do processo ensino-aprendizagem. “Neste caso o praticante tem condições de exercer alguma atuação sobre o cavalo e conduzi-lo, dependendo em menor grau do auxiliar-guia e do auxiliar - lateral.” (ANDE-BRASIL, 2005, p. 20).

- - **Pré-esportivo:** O cavalo é promotor da realidade social. “O paciente possui total domínio sobre o animal. A ação do profissional de equitação é mais efetiva, porém a orientação e o acompanhamento de profissionais da área da saúde continuam necessários.” (MEDEIROS; DIAS, 2002, p. 39). O praticante reúne boas condições para atuar e conduzir um cavalo, podendo participar de pequenos exercícios específicos de hipismo, onde o cavalo atua também como agente de inserção/reinserção social.

Lermontov (2004) acrescenta um quarto programa, chamado Esportivo, quando o praticante tem acesso a vários esportes equestres e participa de provas adaptadas. O cavalo, mais do que nunca, continua sendo promotor da inserção social.

A Equoterapia propicia ao praticante melhora do equilíbrio, pela estimulação constante que o movimento tridimensional do cavalo realiza sobre o sistema vestibular cerebral e reticular do paciente. Segundo a ANDE-BRASIL (2005), o aparelho vestibular detecta a orientação e os movimentos apenas da cabeça, portanto, é essencial que os centros nervosos também recebam informações apropriadas sobre a orientação da cabeça em relação ao corpo.

Medeiros e Dias (2002) e Lermontov (2004) consideram, dentre outras formas patológicas, a Equoterapia indicada nas seguintes situações:

- **Patologias ortopédicas:** alterações posturais, mal-formações congênitas, amputações, espondilite anquilosante, artrose;
- **Síndromes neurológicas e patologias neuromusculares:** síndrome de Down, síndrome de West, síndrome de Rett, poliomielite, encefalopatia crônica da infância, seqüelas de acidente vascular encefálico e traumatismo crânioencefálico, doença de Parkinson, disrafismo espinhal;
- **Patologias cardiovasculares e respiratórias:**
- **Outras patologias:** distúrbios de aprendizagem, distúrbios comportamentais, alterações no desenvolvimento motor, hiperatividade.

Existem algumas contra-indicações absolutas ou relativas para a prática da equoterapia. Para a Associação Nacional de Equoterapia (2004), Medeiros e Dias (2002) são: quadros inflamatórios e infecciosos; cifoses e escolioses acima de 30%;

luxação e sub-luxação de quadril; instabilidade atlantoaxial; osteoporose; osteogênese; espondilólise, espondilolistese ou hérnia de disco intervertebral; epilepsia; obesidade; alergia ao pêlo do cavalo; medo excessivo; problemas comportamentais do praticante que coloquem em risco sua segurança ou a da equipe; doença de Schuerman; cardiopatia grave; hemofilia.

Caso a caso deve ser avaliado por toda a equipe responsável pelo desenvolvimento da Equoterapia. O que descarta a hipótese da terapia não são patologias específicas e sim o estágio e a fase em que o praticante se encontra.

3.4 O CUIDADOR

Alguns estudos encontrados na literatura apontam a mãe como a grande responsável pelo cuidado da saúde e educação da família, porém são poucos os estudos específicos sobre o cuidador de crianças e adultos com deficiência.

Segundo Almeida (2000), o cuidador é aquele que assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade do paciente, buscando a melhoria de sua saúde.

A Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999, que institui a política nacional de saúde do idoso, dispõe que:

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano – como a ida a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem. (BRASIL, 1999).

A literatura pertinente refere-se a alguns tipos de cuidadores: o comunitário, o domiciliar ou familiar, o formal, o informal, o principal e o secundário.

De acordo com Leal (2000), o cuidador comunitário são os vizinhos, voluntários leigos e profissionais que, tanto quanto associações, podem formar uma rede de apoio que, das mais variadas maneiras, facilitariam a vida do paciente. Neste

caso pode-se considerar vários tipos de ajuda, como para as compras, para o transporte ao fisioterapeuta, enfim, para os cuidados diários de alguém.

Andrade e Rodrigues (1999) apresentam o cuidador domiciliar ou familiar como a pessoa que dispensa um conjunto de ações dirigidas a um indivíduo que demanda cuidados de saúde, desenvolvidas por um ou mais membros da família no próprio domicílio.

O cuidador formal, definido pela Portaria 1.395/99, é um profissional preparado por uma instituição de ensino para fornecer cuidados no domicílio, conforme as necessidades específicas do indivíduo que precisa de ajuda. (BRASIL, 1999).

Leal (2000) comenta que a prática tem mostrado que essa função não é uma escolha, mas, muitas vezes, uma imposição por força das circunstâncias e indisponibilidade de outros cuidadores potenciais. A pessoa inicia o processo de cuidar como uma ajuda e não consegue mais sair do papel.

Freqüentemente existe um despreparo da família para ser cuidadora, e, além desse despreparo familiar, também existe no Brasil uma carência de recursos de suporte formal (instituições profissionais). Neste sentido, Dias (2005) afirma que é comum a família que não tem informação sobre a patologia, imaginar que tudo é muito complicado e difícil com relação a qualquer doença, negando muitas vezes a existência desta.

Dessa maneira, o papel do cuidador adquire significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural, precisa ser analisado e esclarecido.

No caso de cuidador de paciente com paralisia cerebral, recomenda-se trabalhar com o cuidador voluntário, a fim de prepará-lo para as situações futuras que possam ter que enfrentar.

4 A PESQUISA

Neste tópico são apresentados detalhadamente todos os passos seguidos para a concretização do presente estudo.

4.1 METODOLOGIA E CARACTERIZAÇÃO

Este trabalho implica em um estudo exploratório descritivo de caráter quali-quantitativo, cujo método é análise de conteúdo, envolvendo dados referentes a crianças portadoras de paralisia cerebral.

De acordo com Gil (1994), o caráter exploratório de um estudo busca uma visão global do fato investigado, e o descritivo procura descrever as características da população estudada.

Almeida e Ribes (2000, p. 98) explicam que:

A pesquisa quantitativa é aquela que, utilizando instrumentos de coleta de informações numéricas, medidas ou contadas, aplicados a uma amostra representativa de um universo a ser pesquisado, fornece resultados numéricos, probabilísticos e estatísticos. A pesquisa qualitativa é aquela que utiliza entrevistas individuais, observações, estudos documentais explorando a fundo conceitos, atitudes, comportamentos e atributos do universo pesquisado.

Sendo assim, este tipo de estudo trabalha com pequenas amostras para poder ampliar os aspectos exploratórios. Existe a possibilidade de conjugar os dois tipos de pesquisa, levantando-se idéias sobre o universo, ao mesmo tempo em que se quantificam os resultados, podendo assim, ser chamada de pesquisa quali-quantitativa.

4.2 AMBIENTE DA PESQUISA

O Estudo foi realizado na sede do Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”, situado em Curitiba, Estado do Paraná, com o apoio do 3º Esquadrão de Polícia Montada, o qual é responsável pelo tratamento equoterápico no aquartelamento.

4.2.1 Histórico

A terapia por meio do cavalo vem sendo desenvolvida na Polícia Militar do Estado do Paraná, desde 22 de novembro de 2004, por meio do Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”, sob a coordenação do 3º Esquadrão de Polícia Montada, que conta com um efetivo de dez policiais militares que trabalham diretamente com Equoterapia.

O Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”, por meio do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, sob a coordenação do 3º Esquadrão de Polícia Montada “Esquadrão Escola”, presta atendimento gratuito à comunidade e são utilizados três cavalos, um local gramado e duas pistas de equitação com areia. As sessões são realizadas e adequadas em terrenos planos, ocorrem uma vez por semana com duração de 30 a 45 minutos, conforme o diagnóstico do cavaleiro e seu rendimento.

4.2.2 Participantes

O Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio” atende várias crianças e adultos com deficiência física e mental, porém no presente trabalho são estudados apenas os pacientes portadores de paralisia cerebral.

Nas atividades de Equoterapia são utilizados três ou quatro policiais militares por um paciente e o cavalo, um guia que fornece o ritmo da andadura, um acompanhante lateral que oferece segurança e outro que lidera a sessão, determinando exercícios ou atividades.

O público atendido é composto por crianças portadoras de paralisia cerebral, as quais são submetidas a uma avaliação interdisciplinar antes de iniciar a terapia, passando, posteriormente, por um período de adaptação junto ao cavalo e o terapeuta.

O Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio” é uma instituição participativa, construtivista na sua finalidade social, a serviço da vida, da paz, do bem e, principalmente, da justiça social.

Dessa maneira, esta pesquisa estuda dez crianças e adolescentes portadoras de paralisia cerebral, que participaram da equoterapia durante o ano de 2007, lapso de tempo observado, com idades variando entre um e quinze anos, todos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, previamente determinados.

Participaram, também, deste trabalho os dez cuidadores destes pacientes, que os acompanham durante as sessões de Equoterapia, expressando sua opinião sobre a evolução do tratamento.

A coleta de informações junto aos responsáveis pelos sujeitos da pesquisa teve o intuito de obter o nível de satisfação dos mesmos com a prática da Equoterapia e com os resultados da pesquisa. Foi utilizado questionário estruturado, que, conforme classifica Gil (2002), compreende aquele guiado por uma relação fixa de questionamentos. (Apêndice A).

Cabe ressaltar que a Equoterapia é um tratamento de suporte, não substituindo, dessa forma, o tratamento convencional, sendo o encaminhamento feito pelo médico neurologista de cada paciente para uma avaliação pela equipe de profissionais do Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”.

4.2.3 Critério de Inclusão e não Inclusão

Crianças que apresentavam diagnóstico comprovado pelo Médico Neurologista, de paralisia cerebral que participaram durante o ano de 2007 de todas as sessões de Equoterapia no Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”, totalizando 10 pacientes. Responsáveis pelas crianças atendidas que acompanhavam as sessões de Equoterapia de forma constante.

Foram excluídas do estudo crianças com deficiência motora acentuada e deformidades que as impedissem de realizar os exercícios propostos durante as sessões de Equoterapia.

4.2.4 Recursos Humanos

A coleta de dados foi realizada pelo Major QOPM Heraldo Régis Bório da Silva, Comandante do Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”, autor desta pesquisa.

4.2.5 Instrumentos

Na coleta dos dados optou-se pela aplicação de um roteiro básico, composto de 15 tópicos (APÊNDICE A), com a finalidade de informar sob os seguintes aspectos:

1. Questões sobre o paciente: nome, idade, sexo, tempo de prática da equoterapia e outros tipos de tratamento a que o paciente é submetido.
2. Questões sobre os benefícios da equoterapia para o praticante, com relação a melhora nos aspectos físico, emocional e interação social e o auxílio da Equoterapia em outros tratamentos.
3. Questões sobre a frequência anterior a outros Centros de Equoterapia e sobre as atividades do Regimento de Polícia Montada, se no caso de interrupção a família buscaria outros Centros para dar continuidade ao tratamento.
4. Questões sobre a opinião do cuidador com relação ao conhecimento sobre o recurso da Equoterapia, atendimento por parte do Regimento de Polícia Montada e sobre a prática de Responsabilidade Social da Polícia como um todo.

Dessa forma, a coleta de dados foi realizada em dois momentos, sendo que, em primeiro lugar, de posse das fichas de acompanhamento de todos os pacientes portadores de paralisia cerebral e que foram atendidos durante o ano de 2007, realizou-se análise de seu estado clínico à época do início do tratamento e, num segundo momento, traçando um paralelo após um ano de atividades no Centro de Equoterapia.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados obtidos com base nas respostas dadas pelos responsáveis pelos praticantes de Equoterapia no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”-Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”.

Com relação à análise qualitativa, foram utilizadas informações constantes das fichas de acompanhamento dos tratamentos equoterápicos no que diz respeito aos efeitos terapêuticos desse recurso, sendo observados quatro aspectos, que são:

- a) Evolução de natureza técnica, gerando aprendizagens relativas aos cuidados com os cavalos, tais como: alimentação, uso de sela; as técnicas de equitação que permitem a condução do animal;
- b) Evolução da relação apresentada pela valorização plena do indivíduo ao montar o cavalo, ligadas à comunicação, ao autocontrole, à autoconfiança, à atenção e tempo de atenção;
- c) Evolução da psicomotricidade, que diz respeito à melhora do tônus, mobilização das articulações da coluna e da bacia, promoção do equilíbrio e da postura do tronco ereto, obtenção da lateralidade, melhora da percepção do esquema corporal, favorecimento à referência de espaço e de tempo, desenvolvimento da coordenação ou a dissociação de movimentos com a facilitação da precisão de gestos, permitindo, dessa maneira, a integração do gesto para compreensão de uma ordem recebida, ou por imitação;
- d) Evolução da sociabilidade ao promover a integração e a interação entre pessoas com déficits cognitivos ou corporais e demais praticantes ou cavaleiros saudáveis e com a equipe interdisciplinar que trabalha nos locais de atendimento.

Todos os praticantes de Equoterapia estudados neste trabalho, como anteriormente relatado, são portadores de paralisia cerebral e frequentam o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, junto ao Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”, seguindo abaixo informações

prestadas por profissional daquele Centro (fisioterapeuta) a respeito dos diagnósticos e evoluções de cada paciente pesquisado.

Paciente VRL – sexo masculino

Tratamento: montaria dupla.

Evolução: Este praticante chegou com um quadro de espasticidade¹ muito severo e, portanto, foi o foco principal do tratamento realizado. Pode-se concluir que, após este ano de tratamento, ele teve uma melhora considerável deste quadro, além de ter apresentado uma melhora em seu equilíbrio corporal, alongamento muscular e relacionamento social com outras pessoas fora de seu ambiente familiar.

Paciente EMD – sexo masculino

Tratamento: montaria simples.

Evolução: Este praticante obteve uma das melhores evoluções que o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz” já presenciou, pois era uma criança que só permanecia deitada e, após a realização do tratamento, o mesmo já se encontrava andando sem apoio, o que demonstra a evolução espetacular que este praticante atingiu.

Paciente TAC – sexo masculino

Tratamento: montaria simples.

Evolução: Este praticante chegou com um quadro de distonia muscular, ou seja, em certos momentos ele apresentava uma espasticidade e em outros momentos uma hipotonia. Portanto, o tratamento se baseou neste quadro clínico, e o resultado foi de uma melhora considerável desta distonia, levando, assim, a um tônus muscular, conseqüentemente, melhorando a sua marcha e uma qualidade de vida mais satisfatória.

¹ A espasticidade é um acometimento neurológico onde ocorre um desequilíbrio da contração muscular e uma conseqüente desregulação do tônus. Ela causa um déficit motor que compromete a realização das tarefas diárias e limita a funcionalidade dos membros afetados.

Paciente RPJ – sexo masculino

Tratamento: montaria simples.

Evolução: Este praticante chegou com um quadro de espasticidade e falta de equilíbrio. Pode-se concluir que após este ano de tratamento ele teve uma melhora considerável deste quadro, pois adquiriu uma acentuada melhora no seu equilíbrio corporal, alongamento e força muscular.

Paciente DLOS – sexo masculino

Tratamento: montaria simples.

Evolução: Este praticante chegou com uma queixa principal de dificuldade na marcha. Trabalhando especificamente esta dificuldade foram realizados exercícios específicos para uma melhora da marcha, e o resultado, conforme analisado por meio de avaliação e relatos da família, foi considerável, pois o mesmo após o tratamento, conseguiu uma marcha mais independente e uma melhora nas suas atividades de vida diárias.

Paciente CHB – sexo masculino

Tratamento: montaria dupla.

Evolução: Este praticante tem um atraso motor global, com atraso em todo o seu sistema neuromuscular. O objetivo da equipe era um tratamento global do praticante, pois, como todas as suas funções estavam comprometidas, fazia-se necessário um tratamento amplo. Após a realização do tratamento houve uma melhora satisfatória em suas funções motoras.

Paciente VLBJ – sexo masculino

Tratamento: montaria simples.

Evolução: Este praticante tem um atraso motor leve, com uma maior dificuldade de marcha. Com este quadro clínico o tratamento se baseou em exercícios específicos para este tipo de dificuldade motora, obtendo um resultado excelente, pois o mesmo se apresenta com uma marcha muito mais correta e segura do que antes da terapia.

Paciente V – sexo feminino

Tratamento: montaria dupla.

Evolução: Esta praticante tinha um quadro de atraso motor muito grave. Ela iniciou o tratamento, porém não se adaptou ao cavalo e em comum acordo entre o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz” e os responsáveis pela praticante, o tratamento foi interrompido.

Paciente L – sexo masculino

Tratamento: montaria simples.

Evolução: Este praticante tinha um quadro de atraso no desenvolvimento motor leve. Após tratamento realizado, obteve melhoras em seu quadro motor, cognitivo e na sua sociabilidade.

Paciente F – sexo feminino

Tratamento: montaria simples.

Evolução: Esta praticante tinha um atraso cognitivo e da fala significativos; com este quadro desenvolvido, o tratamento não teve o resultado esperado, pois quando este tipo de patologia está instaurado em um paciente, nem todos os exercícios que poderiam ser realizados para uma melhora do quadro existente podem ser feitos pela falta de cooperação do praticante. Sendo assim, o quadro evolutivo da paciente não foi satisfatório.

A presente análise foi elaborada com base nas respostas apresentadas pelos responsáveis dos praticantes de equoterapia que freqüentam o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, praticantes estes portadores de Paralisia Cerebral.

Foram respondidos 8 (oito) questionários, pois o tratamento de 2(dois) praticantes foi interrompido.

Os quesitos foram elaborados de forma a obter as informações relativas à evolução do quadro de saúde, dos aspectos sociais e educacionais do praticante após o início das atividades, bem como a visão que têm os responsáveis pelos praticantes, em

relação a tal serviço disponibilizado pela Polícia Militar do Paraná, por meio do Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”.

A paralisia cerebral é uma condição caracterizada por um mau controle muscular, espasticidade e outras deficiências neurológicas decorrentes de uma lesão cerebral no período de gestação, durante e/ou após o nascimento, ou ainda, antes dos cinco anos de idade. A paralisia cerebral não é uma doença e não é progressiva. As partes do cérebro que controlam os movimentos musculares são particularmente vulneráveis à lesão em recém-nascidos prematuros e crianças pequenas. A paralisia cerebral afeta 01 (uma) ou 02 (duas) em cada 1.000 (mil) crianças, mas é 10 vezes mais comum em recém-nascidos prematuros, sendo particularmente comum em lactentes muito pequenos. A Equoterapia pode auxiliar os portadores de paralisia cerebral nos aspectos educacional, social, físico e mental, além de auxiliar em outros tipos de terapias.

Uma observação relevante diz respeito à faixa etária dos praticantes da Equoterapia, enfocados neste trabalho. Verificou-se que a maioria tem entre 1 e 6 anos de idade, o que de acordo com Bueno (1998), para ter consciência dos movimentos corporais integrados com sua emoção e expressados por esses movimentos é importante a estimulação do desenvolvimento psicomotor, e a melhor fase para que isso ocorra é a faixa etária que vai do nascimento até aproximadamente 8 anos.

Dessa forma, pode-se verificar que a maioria dos pacientes envolvidos nesta pesquisa encontra-se na faixa etária mais adequada para receberem a estimulação, pois, como explica Silva (2003), quanto mais cedo iniciar a estimulação, melhores resultados serão obtidos.

Ao analisar as respostas apresentadas pelos responsáveis dos praticantes da terapia com o uso do cavalo, pode-se constatar que 100% dos portadores de paralisia cerebral, além da equoterapia, participam de outros tratamentos, como fisioterapia, musicoterapia, terapia ocupacional e natação.

Com base na pesquisa foi possível a análise dos questionários de três formas distintas: o questionário como um todo, abrangendo 100% dos responsáveis pesquisados, um grupo formado por praticantes que freqüentaram as sessões de equoterapia em um período compreendido de seis meses a um ano, e um terceiro grupo

composto por responsáveis pelos praticantes que freqüentaram as sessões no período de um a dois anos.

O primeiro grupo que se analisou é o composto por responsáveis pelos praticantes que freqüentaram as sessões no período compreendido de um a dois anos, sendo que 50% dos responsáveis afirmam que os praticantes apresentaram uma grande melhora em seu estado físico como um todo. Este mesmo grupo de responsáveis afirma que 66,7% dos praticantes apresentaram uma grande melhora em seu estado emocional e 67% dos praticantes apresentaram uma grande melhora em seu estado cognitivo, pois também foi constatado pelas respostas dos responsáveis de tal grupo que 83% dos praticantes apresentaram uma razoável evolução no campo educacional.

Com relação à evolução cognitiva dos portadores de necessidades especiais, Valente (2004) afirma que a inclusão de alunos portadores de necessidades especiais em sala de aulas regulares enfrenta duas barreiras: ignorância – por desconhecimento das características desse tipo de clientela – preconceito – alimentado por mitos e afirmações equivocadas a respeito do problema apresentado pelo portador de necessidade especial em questão. Segundo Morató (2005), o maior benefício para esta população, ao freqüentar espaços de convivência com outras crianças, é desenvolver a sua socialização de maneira mais natural do que em um centro de educação especial. As crianças aprendem por imitação, sendo os colegas os modelos a serem imitados.

Deve ser ressaltado também que, neste grupo, ficou explícito que a Equoterapia auxiliou no desenvolvimento de outras terapias a qual o praticante foi ou está sendo submetido, atingindo um índice de aprovação de 83%.

Outro grupo aqui analisado é composto por responsáveis pelos praticantes que estão freqüentando as sessões de Equoterapia em um período compreendido de seis meses a um ano, dos quais 66% apresentaram uma pequena melhora no aspecto físico e emocional. Neste mesmo grupo ficou evidenciado que 66% apresentaram uma grande melhora no campo social entre parentes e amigos.

Ao analisarmos tal grupo de praticantes, também ficou claro que a Equoterapia auxilia outras formas de terapias, sendo que 66% dos praticantes apresentaram evolução em outras formas de terapias, como já enfocado.

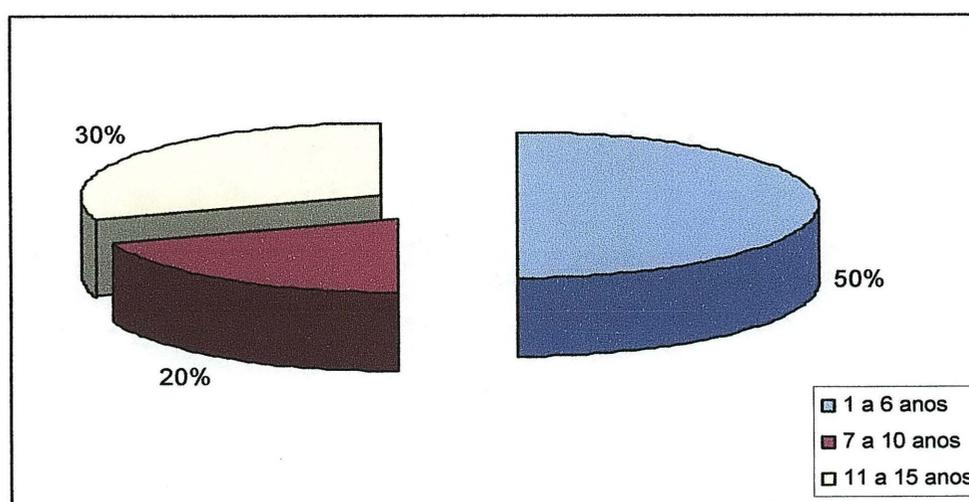
Os responsáveis que acompanham os praticantes na terapia acabam tendo seu interesse despertado pelo assunto, o que possivelmente proporciona mais acesso a revistas, jornais, programas de televisão que apresentam informações genéricas sobre a equoterapia, o que leva a supor que, a partir do momento em que essas pessoas podem assistir às atividades da terapia e perceber os ganhos destes durante as sessões, elas podem propiciar, também, uma estimulação melhor para a criança em casa, reforçando um incentivo e maior aceitação ao tratamento.

Expõem-se a seguir, os dados obtidos com os responsáveis pelos pacientes do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, junto ao Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio”, situado em Curitiba, Paraná.

A análise percentual das respostas obtidas junto aos responsáveis pelos pacientes praticantes de equoterapia demonstra os seguintes resultados:

Percebe-se que a grande maioria do público alvo foco desta pesquisa possui faixa etária até 6 (seis) anos, sendo um facilitador à estimulação do desenvolvimento psicomotor, pois quanto mais cedo iniciar a estimulação, melhores resultados serão obtidos.

GRÁFICO 1 – Idade dos praticantes

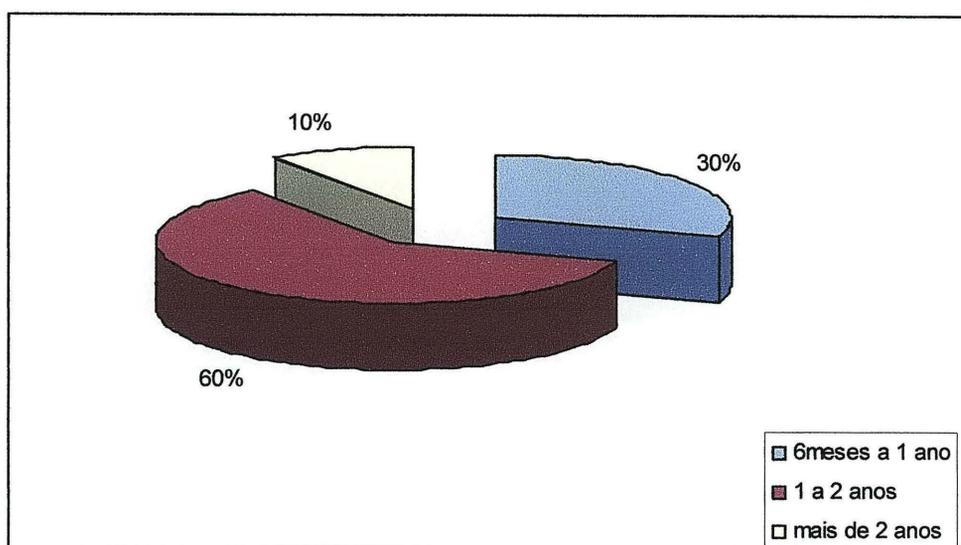


Fonte: Questionário de Pesquisa

A maioria dos praticantes realiza a Equoterapia há mais de um ano, o que proporciona aos responsáveis a constatação de uma evolução, embora algumas vezes

pequena, da qualidade de vida destes praticantes, como pode ser observado no Gráfico a seguir:

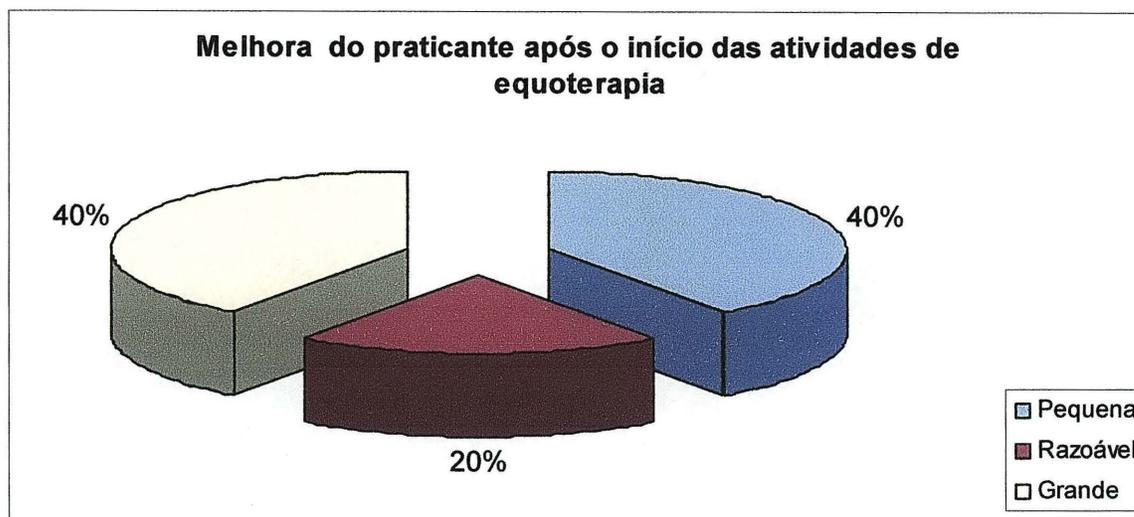
GRÁFICO 2 – Questão 4 – Tempo de prática da Equoterapia



Fonte: Questionário de Pesquisa

Na análise desta questão constata-se, de acordo com a opinião dos responsáveis, que a maioria dos praticantes atingiu uma melhora razoável ou grande. Alguns autores, como Freire, Hopka e Soares (2002), afirmam que, quando se trabalha em equipe, visando a um único ideal, onde na Equoterapia diz respeito à promoção da saúde do praticante, alcançam-se resultados satisfatórios com maior eficiência, tendo em vista que a utilização de uma equipe interdisciplinar é uma das maiores qualidades desse recurso, pois esta interação entre seus componentes traz um enorme benefício ao praticante.

GRÁFICO 3 – Questão 5 – Melhora no estado físico do praticante

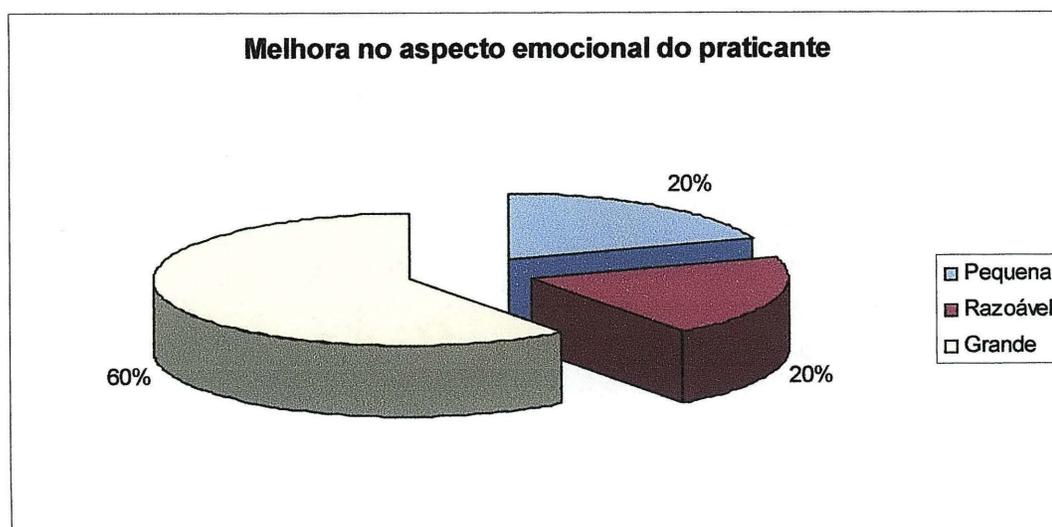


Fonte: Questionário de Pesquisa

A equoterapia proporciona um incentivo à segurança, fazendo com que o praticante se torne uma pessoa mais solta, mais alegre, facilitando também as expressões de sentimentos, de raiva, de choro, de riso e de abertura na percepção do universo em que vive.

No aspecto emocional, os benefícios atingem principalmente o campo da sociabilidade, pois se pode confirmar que a Equoterapia tem influência direta no campo emocional. De acordo com a afirmação dos responsáveis, 60 % dos praticantes pesquisados apresentaram melhoras neste quesito, como demonstrado no Gráfico 4.

GRÁFICO 4 – Questão 6 - Melhora no aspecto emocional



Fonte: Questionário de Pesquisa

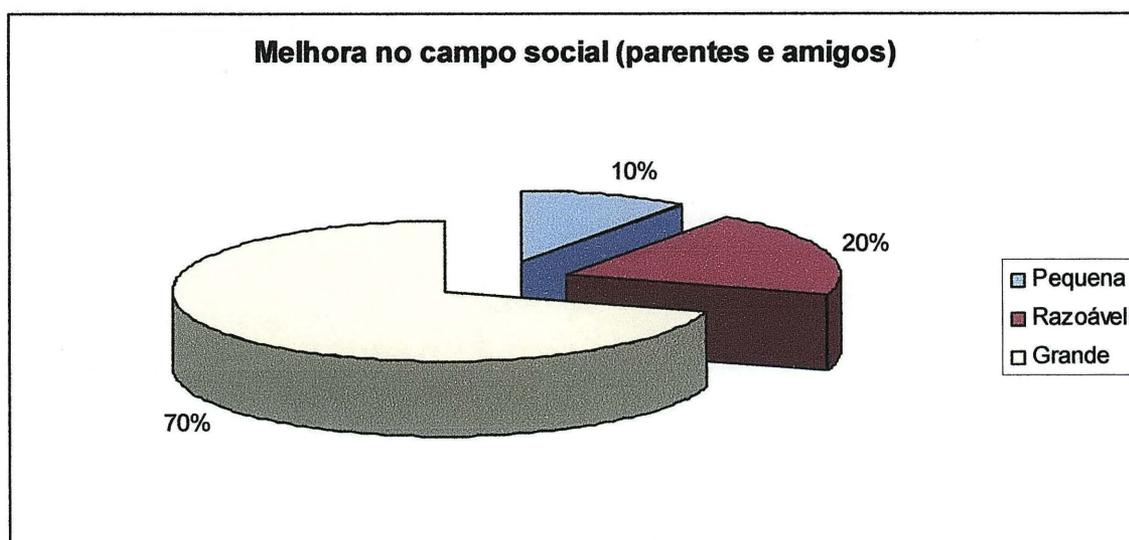
Pode-se constatar que a Equoterapia teve uma grande participação para que houvesse uma evolução do aspecto social dos praticantes pesquisados, comprovando assim o poder de socialização da terapia. O contato com o cavalo, muitas vezes, é desconhecido para o praticante, proporcionando uma série de experiências emocionais, que vão desde o medo à curiosidade, até o apego afetivo.

A melhora na sociabilidade propicia ao praticante que se abra para o mundo, ampliando seu círculo de amigos, tornando-se mais alegre e expressando assim seu valor como ser humano.

Dessa forma, pode-se salientar que, com a prática da Equoterapia, associando-se o fato do tratamento ser ao ar livre (na maioria das vezes), com a sociabilidade do praticante em relação ao seu grupo familiar, são descobertas capacidades não identificadas antes, tais como uma variedade de experiências perceptivas com pessoas, objetos e símbolos que contribuíram para o desenvolvimento cognitivo destes praticantes.

A prática da terapia com o uso do cavalo promove uma redefinição das relações familiares, o que favorece à criança um melhor ajuste de comportamento, tirando, assim, a característica patológica da relação com o portador de paralisia cerebral.

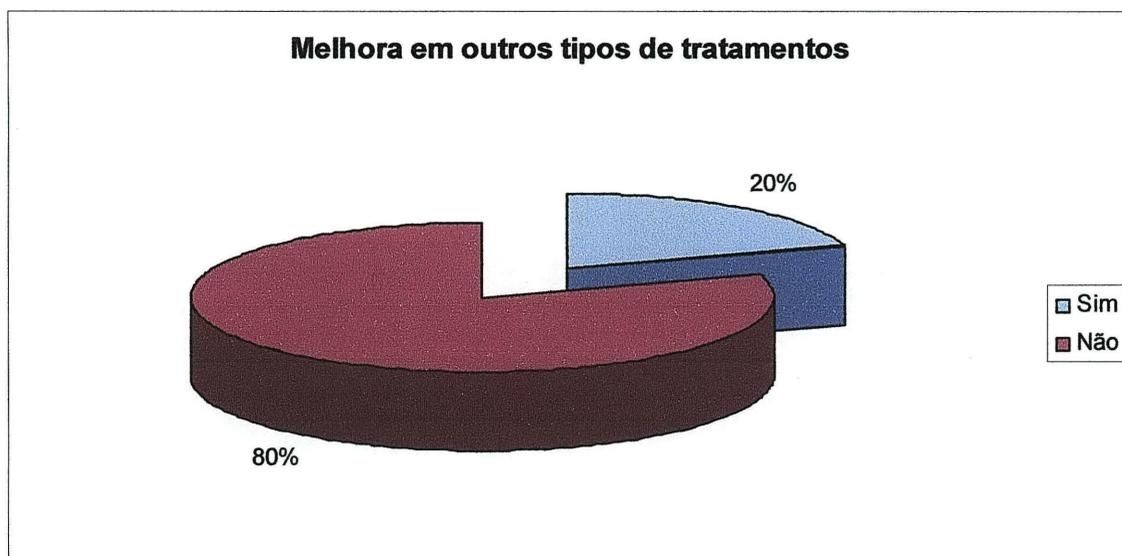
GRÁFICO 5 – Questão 7 – Interação social



Fonte: Questionário de Pesquisa

O principal objetivo da Equoterapia é, sem dúvida, a evolução dos praticantes em várias áreas, tais como psicossocial, motor, de aprendizagem. Mas como pode ser observado no gráfico 6, a Equoterapia também influencia positivamente em outros tipos de tratamentos.

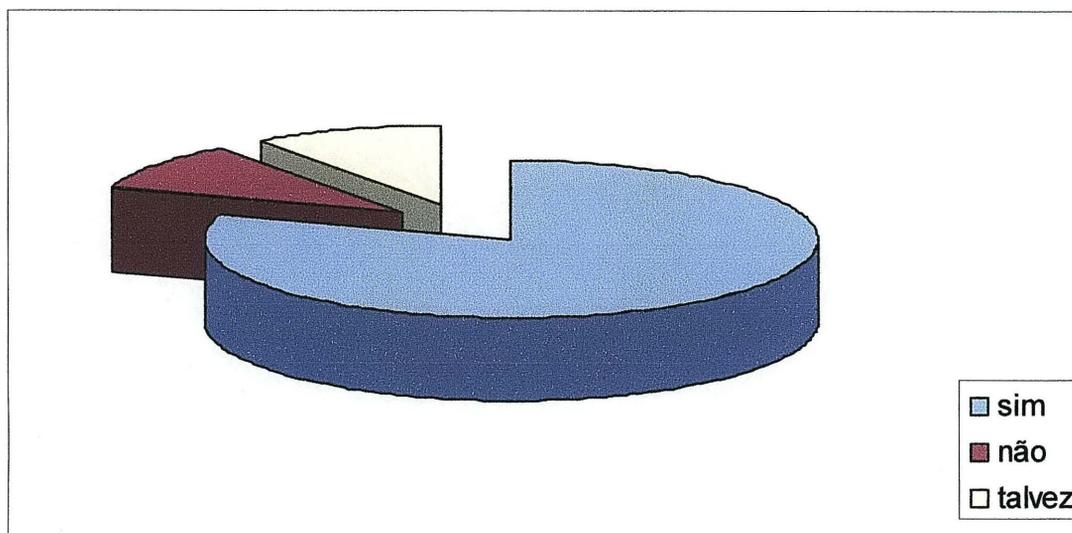
GRÁFICO 6 – Questão 8 – Melhora em outros tipos de tratamentos



Fonte: Questionário de Pesquisa

Com relação a uma possibilidade do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz” encerrar suas atividades, a maioria dos responsáveis argumentou que procurariam outro Centro para que os praticantes continuassem o tratamento. Isto comprova a confiança no tratamento, sua eficiência e eficácia.

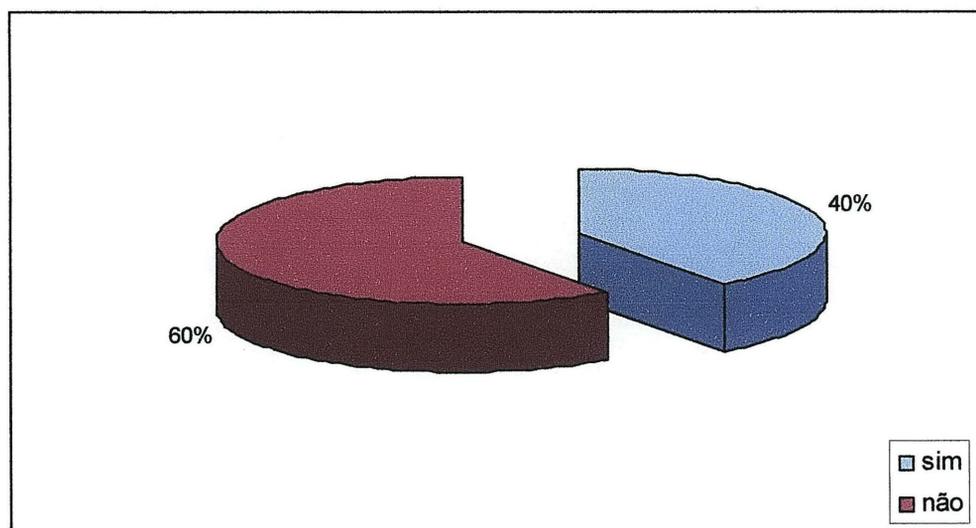
GRÁFICO 7 – Questão 9 – Se a polícia encerrasse as atividades de Equoterapia, os responsáveis procurariam outros Centros?



Fonte: Questionário de Pesquisa

A maioria dos praticantes não freqüentou outros Centros antes de serem encaminhados para o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, e os responsáveis argumentaram que o fator custo foi decisivo.

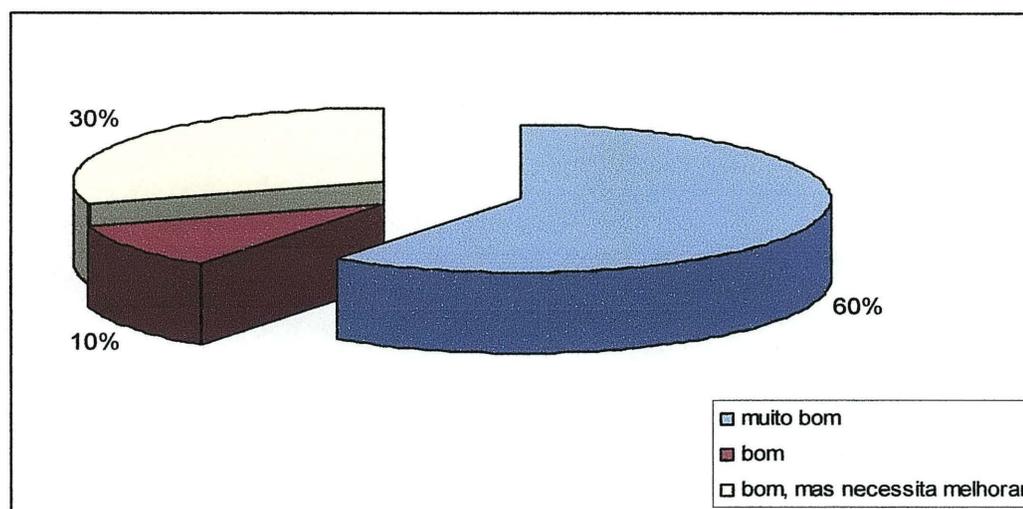
GRÁFICO 8 - Questão 10 – O praticante já freqüentou outros Centros de Equoterapia?



Fonte: Questionário de Pesquisa

Com relação ao atendimento no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, os responsáveis responderam que era muito bom e bom, 30% achou que necessita melhorar em alguns aspectos do atendimento, mas não soube explicar o que faltava.

GRÁFICO 9 – Questão 11 – Avaliação do atendimento no Centro

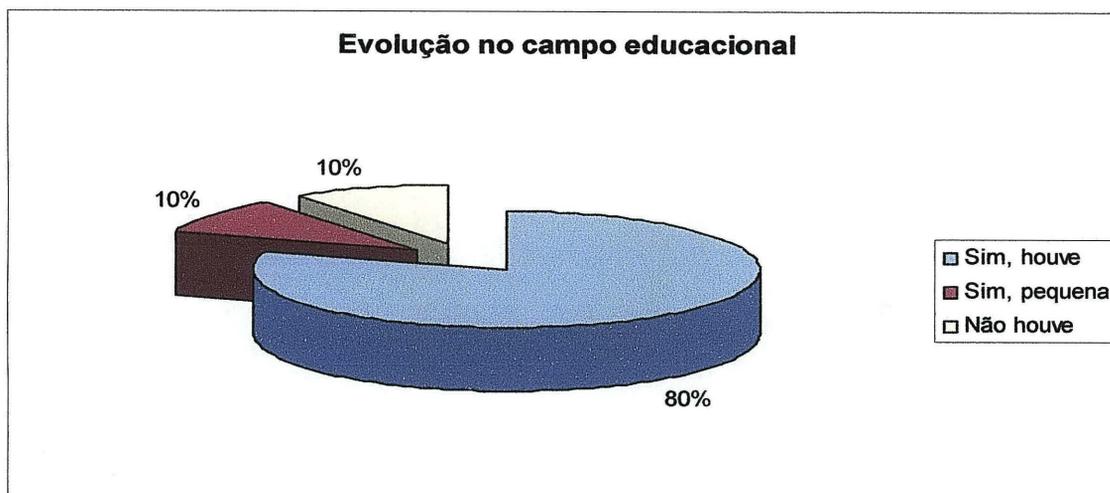


Fonte: Questionário de Pesquisa

Uma das mais gratificantes informações que se pode constatar é que a grande maioria dos pesquisados (80%) apresentou evolução no campo educacional após o início das atividades de equoterapia, confirmando que o tratamento apresenta não somente benefícios no campo físico, mas também no social.

Cabe ressaltar que a escola é importante para qualquer criança, ou seja, a escola é importante a criança com ou sem deficiência. Segundo Rodrigues e Miranda (2000), na escola a criança vai ter a chance de vivenciar situações favoráveis ao aprimoramento das aquisições motoras, cognitivas, emocionais e comportamentais. Além disso, a criança aumenta o convívio social, pois sai do grupo familiar, expandindo dessa maneira as suas relações.

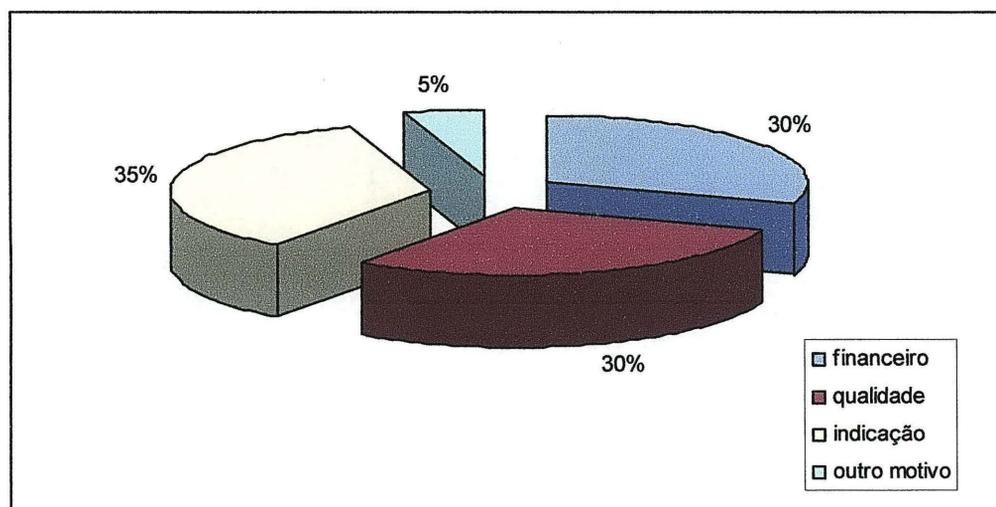
GRÁFICO 10 – Questão 12 – Evolução no campo educacional



Fonte: Questionário de Pesquisa

Dos fatores que levaram as pessoas a procurarem o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia, entende-se que tanto a qualidade como a indicação de terceiros contribuem, porém, como o atendimento destina-se a pessoas de baixa renda, entende-se como fator relevante a possibilidade financeira das famílias.

GRÁFICO 11 – Questão 13 – Motivos que levaram a procurar o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”.



Fonte: Questionário de Pesquisa

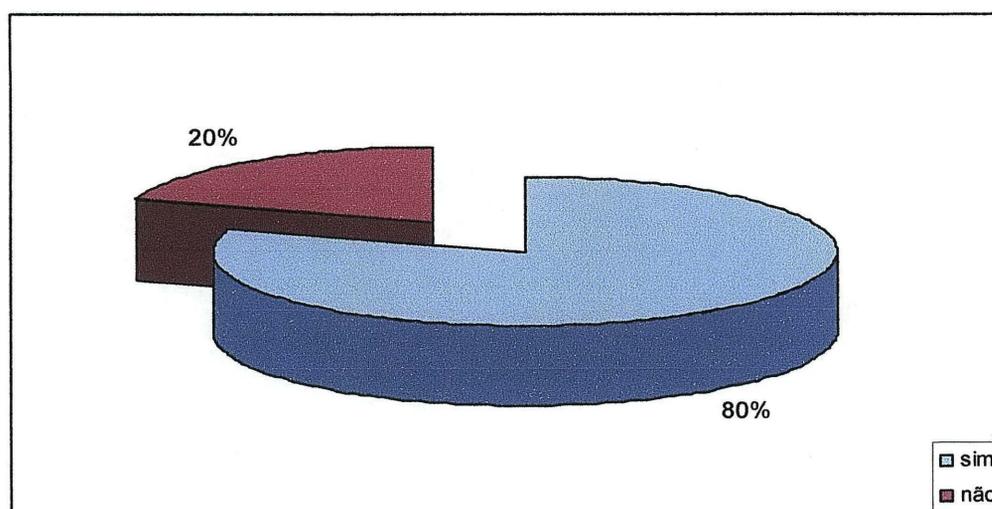
O último questionamento efetuado junto aos responsáveis pelos praticantes de Equoterapia no Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio” reporta-se à

opinião das pessoas sobre a responsabilidade social da Polícia Militar e seu compromisso ético com a população, assumindo, socialmente, o conjunto de valores que já vem direcionando as organizações e seus funcionários.

Neste quesito, 80% dos responsáveis afirmaram que a atividade de Equoterapia faz parte da responsabilidade social da Polícia Militar como um todo, e 35% dos responsáveis afirmaram que os motivos que os levaram a procurarem os serviços de Equoterapia disponibilizado pelo Regimento de Polícia Montada, foram, além da indicação de profissionais de saúde e outros praticantes, o fator financeiro – poder aquisitivo (30%) e a qualidade do serviço prestado (30%), demonstrando assim que tal tratamento disponibilizado pelo Regimento de Polícia Montada “Coronel Dulcídio” possibilita o acesso àqueles menos favorecidos, haja vista serem totalmente gratuitas as sessões realizadas.

O relacionamento público das necessidades básicas e possibilidades para o alcance de melhores níveis de vida da população incentivou esta postura, disponibilizando ações sociais à comunidade carente com o exercício da atividade de Equoterapia.

GRÁFICO 12 – Questão 14 – Acredita que a atividade de Equoterapia realizada no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia faz parte da responsabilidade social da Polícia.



Fonte: Questionário de Pesquisa

6 CONCLUSÕES

“Nos terrenos da imponente Wilton House, perto de Salisbury, encontra-se um grupo feliz e agitado de crianças com pôneis. Um deles passa por ali ao trote montado por um menino que sobre ele balança alegremente. Outros seis estão parados, enquanto seus cavaleiros se inclinam para trás a fim de se deitarem ao comprido sobre o animal, de olhos arregalados pelo inusitado da posição.. outro ainda desloca-se delicadamente ao passo sobre uma fila de estacas colocadas no chão (cavaletes). Não demora muito, a menina que governa as suas rédeas com tanto cuidado vai poder competir com sua amiguinha que já faz sua montada saltar um obstáculo.

À primeira vista, isto poderia parecer uma minigincana, mas olhando com mais atenção, verificamos que há qualquer coisa de especial nessas crianças. São todas deficientes.

Entre elas está Simon, um garoto de nove anos que monta com a segurança de um cavaleiro treinado. Há seis anos ele parecia não ter futuro. Afetado desde nascença por uma lesão cerebral, ele só conseguia pronunciar, algumas palavras e os seus músculos da mão e de todo o lado direito, flácidos, quase não lhe permitia andar, pois a sua postura era perigosamente desequilibrada. Sofria de freqüentes ataques epiléticos e caía tantas vezes que necessitou usar capacete.

Alguns anos mais tarde, Simon, aquela criança outrora lenta, não tardou a tornar-se ativa e extrovertida, revelando um sentido de humor por vezes malicioso, restabelecendo o equilíbrio, fortalecidos os músculos, desaparecidos os ataques, começou a falar. Hoje, Simon, freqüenta uma escola normal, numa turma de crianças com atraso na aprendizagem – e consegue chutar uma bola tão bem como qualquer outra criança da sua idade. Maravilhada, a mãe observa-o, orgulhosa, a galopar no seu pônei favorito: “Através da equitação, Simon ressuscitou”.

O texto acima extraído da coletânea da Associação Nacional de Equoterapia – ANDE BRASIL, no ano de 1996, exemplifica os benefícios que a prática da equoterapia pode proporcionar para pessoas portadoras de necessidades especiais, mas que infelizmente, a nível de Brasil, encontra-se restrito a pessoas de poder aquisitivo

alto, com exceção daqueles que são beneficiados por cotas filantrópicas, como no caso aqui, nas Organizações Policiais Militares dos Estados da Federação.

Ao concluir este estudo, deve ser enfatizado que todos os responsáveis consultados têm noção sobre o que é Equoterapia e os benefícios deste recurso terapêutico, embora alguns ainda demonstrem dificuldades em conceituar o tratamento e expressar suas percepções com relação às experiências dos praticantes.

A opinião emitida pelos responsáveis pelos praticantes de Equoterapia, propiciou uma percepção mais abrangente sobre o real sentido da atividade, ou seja, o cumprimento de seu papel de organização socialmente responsável.

Pode-se considerar que os ganhos obtidos com a utilização da Equoterapia, provavelmente, tenham sido favorecidos também pela faixa etária dos praticantes, já que a idade da maioria das crianças atendidas no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, está entre 1 e 6 anos, que é justamente a fase mais adequada para receber a estimulação precoce.

As pessoas portadoras de alguma deficiência física ou mental na maioria das vezes, são excluídas da sociedade, sendo levadas a um mundo distante das demais pessoas que as cercam. As crianças portadoras de paralisia cerebral, universo pesquisado neste estudo, principalmente por apresentarem limitações quanto ao equilíbrio e a coordenação motora, encontram no tratamento equoterápico uma fonte de recuperação motora nas atividades desenvolvidas.

Com os movimentos tridimensionais da andadura do cavalo, sabe-se que os praticantes necessitam de ajustes posturais que vão possibilitar uma melhora no equilíbrio e no desenvolvimento da força muscular, bem como na confiança em si mesmos.

Considerando-se que o praticante não é só corpo, mas também mente e sentimento, deve ser ressaltado o lado positivo de fazer uso de uma proposta de tratamento num ambiente diferente do habitual, não clínico, mas em contato com a natureza e com o auxílio de um animal, que, apesar de seu grande porte, da sua musculatura definida é dócil, sensível ao olhar expressivo, sendo capaz de trocar afeto com o praticante, complementando-se um ao outro, quando se trata de estímulos para reação do equilíbrio e do controle postural.

A esperança para uma vida normal está nas patas de um cavalo para muitas pessoas portadoras de deficiências físicas e mentais.

A Equoterapia contribui de forma prazerosa na aplicação de exercícios que aumentam a coordenação motora, agilidade, flexibilidade e ritmo, sem expor o praticante a situações conflitantes e de baixa credibilidade. Desenvolve a sensibilidade física e psíquica na medida em que exige a constante percepção frente aos estímulos nervosos presentes em cada passo dado pelo cavalo. Todas as ações aliadas ao contato com o exterior, a natureza e o instinto de liberdade resultam num maior equilíbrio entre o praticante e suas dificuldades.

Assim, surge neste cenário, a grande discussão, foco deste estudo, sobre a responsabilidade social dos órgãos públicos, no caso em tela, do Regimento de Polícia Montada “Cel. Dulcídio”, em exercer a atividade de equoterapia. Apesar de não haver previsão legal para a execução desta atividade específica, há, sem sombra de dúvida, uma responsabilidade implícita em executá-la. Há uma obrigação moral e de cidadania alicerçada na filosofia de polícia comunitária, pois, se as Organizações Policiais Militares têm condições de ofertar este serviço em benefício do público interno e externo, qual razão de não fazê-lo?

No tocante à atuação profissional do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia “Soldado José Cipriano Diniz”, este vem cumprindo sua função social propiciando inclusive, a participação dos responsáveis no acompanhamento das atividades, contribuindo de forma incisiva para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social dos praticantes, auferindo-lhes uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubens Valtecídes. **Deficiente físico: novas dimensões de proteção ao trabalhador**. São Paulo: LTr, 1992.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. **Apostila do Curso básico de equoterapia**. Brasília, DF, 2001.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. A influência da equoterapia na aquisição de habilidades motoras na paralisia cerebral do tipo diparético e espástico: relato de caso. **Equoterapia**, Brasília, DF, n. 9, p. 29-32, 2004.

BALLONE, G.J. **Deficiência mental**. PsiqWeb, 2003. Disponível em [HTTP://gballone.sites.uol.com.br/infantil/deml.html](http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/deml.html). Acesso em 18.set.2008.

BASIL, C. Os alunos com paralisia cerebral e outras alterações motoras. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Orgs). **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 330-346.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Institui a política nacional de saúde do idoso. Disponível em [HTTP://www.ms.gov.br/portaria 1395](http://www.ms.gov.br/portaria%201395). Acesso em 25.set.2008.

BUENO, J.M. **Psicomotricidade teoria e prática: estimulação, educação e reeducação psicomotora com atividades aquáticas**. São Paulo: Lovise, 1998.

DIAMENT, A. Encelopatias crônicas da infância (Paralisia Cerebral). In: CYPEL, S.; DIAMENT, A. (Eds). **Neurologia infantil**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p.781-798.

FREIRE, H.B.G.; HOPKA, M.G.; SOARES, J.R. A equipe interdisciplinar do programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco – PROEQUO – UCDB. In: Congresso Brasileiro de Equoterapia, 2, 2002, Jaguariúna. **Anais**. Brasília: Ande-Brasil, 2002.

LEAL, M.G.S. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. **Revista da Terceira Idade: revista do SESC**, ano 11, n. 20, ago.2000. Disponível em www.idea-sp.com.br/desafio. Acesso em em 25.set.2008.

LEWIS, Sandra Barbon. Responsabilidade jurídica e social da empresa. In: SILVA, Christian Luiz da; MENDES, Judas Tadeu Grassi (orgs.) **Reflexões sobre o desenvolvimento sustentável**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2005.

LIANZA, Sérgio. Paralisia Cerebral. In: **Medicina de Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. Cap. 20, p. 281-298.

MARANHÃO, Rosane de Oliveira. **O Portador de Deficiência e o Direito do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2005.

MEDEIROS, M.; DIAS, E. **Equoterapia: bases e fundamentos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

RODRIGUES, R.A.P.; ANDRADE, O.G.; MENDES, M.M.R. Estratégias para o cuidado domiciliar com doença de Alzheimer. **Gerontologia.**, v.3.n.2, p. 73-80, 1995.

RODRIGUES, M.F.A.; MIRANDA, S.M.. **A estimulação da criança especial em casa: entenda o que acontece no sistema nervoso da criança deficiente e como você pode atuar sobre ele**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROTTA, Newra Tellechea. Paralisia Cerebral: novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria**. V. 78, Suppl. 1, p. 548-554, 2002.

SILVA, M.C. Equoterapia na estimulação precoce. In: **Simpósio Internacional em Saúde, Cultura e Sociedade**, 1., 2003, Campo Grande-MS. **Anais**. Campo Grande: UCDB, 2003.

STOKES, Maria. Paralisias Cerebrais e distúrbios de aprendizado motor. In: **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000. Cap. 19, p. 255-270.

**APÊNDICE – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA
POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ
ACADEMIA POLICIAL MILITAR DO GUATUPÊ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO SUPERIOR DE POLÍCIA**

A presente pesquisa objetiva auxiliar nos estudos realizados por este Oficial, com o fito de elaboração de um Trabalho Técnico Científico para análise e conclusões a respeito da Responsabilidade Social que a Polícia Militar do Estado do Paraná, através do Regimento de Polícia Montada “Cel Dulcídio”, exerce com a atividade de Equoterapia.

Sua contribuição é de extrema importância ao feitiço do trabalho ora mencionado, sendo que respostas fidedignas, imparciais e sinceras, auxiliarão sobremaneira, à correta compreensão do tema e como consequência, a concretização de ações futuras.

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA

Identificação

Nome do praticante: _____

Nome dos Responsáveis: _____

1) Idade _____

2) Sexo: () Masc. () Fem.

3) O praticante realiza outros tipos de tratamento?

a) Sim, qual? _____

b) Não.

4) Há quanto tempo pratica a equoterapia no RPMon?

a) () De seis meses a um ano

b) () De um ano a dois anos

c) () Mais de dois anos.

5) Houve melhora no estado físico do praticante?

- a) () Sim, pequena melhora
- b) () Sim, melhora razoável
- c) () Sim, grande melhora
- d) () Não houve melhora

6) Houve melhora no aspecto emocional do praticante após o início das atividades de equoterapia?

- a) () Sim, pequena melhora
- b) () Sim, melhora razoável
- c) () Sim, grande melhora
- d) () Não houve melhora
- e) () Não, houve regressão do estado emocional

7) Com relação a interação social (amigos e parentes), houve alguma melhora?

- a) () Sim, pequena melhora
- b) () Sim, melhora razoável
- c) () Sim, grande melhora
- d) () Não houve melhora
- e) () Não, houve regressão da interação social.

8) Após o início das atividades de equoterapia houve melhora em outros tratamentos?

- a) () Sim, quais _____
- b) () Não.

9) Caso a Polícia Militar encerrasse as atividades de equoterapia, os responsáveis procurariam outros Centros de equoterapia?

- a) () Sim.
- b) () Não.

10) O praticante já freqüentou outros Centros de Equoterapia?

a) Sim. Qual motivo buscou tal serviço no RPMon? _____

b) Não.

11) Considera o atendimento de equoterapia no RPMon:

a) Muito bom

b) Bom

c) Bom, mas melhorar em alguns aspectos no atendimento.

12) Houve evolução no campo educacional?

a) Sim.

b) Sim, uma pequena evolução

c) Não houve evolução.

13) Qual (is) o(s) motivo(S) que levou(RAM) a procurar o Centro de Equoterapia do Regimento de Polícia Montada “Cel Dulcídio”?

a) Financeiro

b) Qualidade

c) Indicação de terceiros (profissionais de saúde e outros responsáveis por praticantes)

d) Outros motivos. Quais? _____

14) Acredita que a atividade de equoterapia realizada no RPMon faz parte da responsabilidade social da Polícia como um todo?

a) Sim

b) Não

15) Com relação à pergunta acima:

Se sua resposta foi SIM, por quê?

Caso sua resposta foi NÃO, por quê?
