

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
URI - CAMPUS DE ERECHIM**

MARISA CALGAROTTO

**A EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, E AS
RELAÇÕES DO ATENDIMENTO DE EQUOTERAPIA**

ERECHIM

2018

MARISA CALGAROTTO

**A EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, E AS
RELAÇÕES DO ATENDIMENTO DE EQUOTERAPIA**

Projeto de Pesquisa apresentado a Universidade
Regional Integrada do Alto Uruguai e das
Missões URI Campus de Erechim – Programa de
Pós Graduação em Psicologia Clínica e Saúde
Mental.

Prof. Or. Ms Felipe Biais.

**ERECHIM
2018**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares pelo apoio recebido, em especial ao meu filho Michel Pietro que na sua inocência de criança soube ter compreensão sobre a importância desta especialização.

As mães que aceitaram participar da pesquisa e muito contribuíram para o desenvolvimento desta.

Em especial ao orientador Ms. Felipe Biasus, que prontamente aceitou ao pedido de orientação e conduziu com muito carinho esta pesquisa.

A Deus que permitiu prosseguir nesta caminhada me fortalecendo mesmo nos momentos mais difíceis.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a um ser de luz que não está mais presente na vida terrena e foi um grande incentivador para o desenvolvimento desta pesquisa, que através de seus avanços e conquistas vinha deixando uma linda história de autonomia e independência no transtorno do espectro autista.

RESUMO

A percepção de mães de crianças portadoras de necessidades especiais na equoterapia foi assunto de pesquisa descrito nesta monografia. Com isso identificar quais as experiências de mães de crianças com deficiência que participam de atendimento equoterapico foi objetivo norteador. Buscou-se descrever os sentimentos vivenciados durante a descoberta do diagnóstico de paralisia cerebral e autismo, as estratégias adotadas na vida cotidiana antes e depois do tratamento equoterapico e as expectativas com o tratamento de equoterapia para seus filhos. Para análise dos dados foi utilizado o método fenomenológico por meio de grupo focal onde resumiu-se os dados a blocos principais sendo estes a descoberta do diagnóstico e a rotina de vida, o tratamento dos filhos e a equoterapia. Nos resultados evidenciou-se que as mães presenciam realidades semelhantes de incertezas, medos, dificuldades em ter um diagnóstico, a procura por tratamento e enfrentamento diário de rotina com escola, atividades terapêuticas e de lazer, bem como alimentação. A assertividade em tratamento também se torna desgastante, pois nem sempre o organismo se adapta ao proposto. Para as mães participantes o tratamento da equoterapia trouxe resultados positivos, sendo nomeados de forma satisfatória, possibilitando maior autonomia e independência na vida dos filhos, pensando na continuidade do progresso.

Palavras chaves: necessidades especiais, equoterapia, método fenomenológico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1 Equoterapia.....	5
2.2 Deficiência.....	5
2.3 Paralisia Cerebral.....	6
2.4 Autismo	7
3 METODOLOGIA.....	11
3.1 Participantes	11
3.2 Instrumentos	11
3.3 Procedimento para Coleta de dados	11
3.4 Procedimento para Análise de dados	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4.1 Descrição Fenomenológica.....	13
4.2 Redução Fenomenológica	17
4.3 Interpretação Fenomenológica	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
6 REFERÊNCIAS.....	29
7 APÊNDICES.....	33

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi realizada devido ao envolvimento da pesquisadora com crianças portadoras de necessidades especiais e suas mães em um centro de equoterapia do Patronato Agrícola e Profissional São José onde realizam acompanhamento equoterápico. Optou-se por estudar as duas patologias com maior demanda, que são Paralisia Cerebral e Autismo.

Sendo a equoterapia uma forma de reabilitação relativamente nova, muitos estudos têm sido conduzidos com o objetivo de conseguir maiores esclarecimentos e melhores conquistas. A maioria dos estudos ocorre nas áreas de psicologia e fisioterapia, sempre enfatizando a reabilitação do praticante de equoterapia através do movimento do cavalo ou mesmo através do simples contato rotineiro com o animal.

A prática de equoterapia necessita de um parecer favorável em avaliação médica, psicológica e fisioterápica. Também deve ser exercida por uma equipe multiprofissional, constituída por médico, médico veterinário e uma equipe mínima de atendimento composta por psicólogo, fisioterapeuta e um profissional da equitação.

Também poderão fazer parte da equipe, sempre em abordagens individualizadas, pedagogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e professores de educação física, desde que possuam curso específico na área da equoterapia. Outra exigência é que deve haver o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo praticante, por meio de um registro periódico, sistemático e individualizado das informações em prontuário.

Entende-se por equoterapia um método de tratamento para a reabilitação física e psicológica de pessoas com deficiência no qual se emprega o cavalo e usa o cavalo “através” de uma abordagem interdisciplinar (BÁNSZKY; KARDOS; RÓZSA, 2012).

Sabe-se que diante do nascimento de uma criança com deficiência, há um sentimento inicial de medo e luto pela perda do filho perfeito. No geral, ambos os pais se frustram e se sentem responsáveis pela condição da criança, sendo que as mães estão mais propensas a ter depressão, por ter uma maior responsabilidade pelos cuidados e pela educação dos filhos com deficiência, quando comparadas com os pais. Muitas vezes, são elas que abdicam do trabalho remunerado e da carreira profissional para se dedicar integralmente ao filho (PANIAGUA, 2004; PETEAN E SUGUIHURA, 2005).

Por vivenciar este envolvimento de mães, crianças, profissionais e cavalos, surge a necessidade de identificar quais as experiências de mães de crianças com deficiência que

participam de atendimento equoterápico. Por meio destas experiências, descrever os sentimentos vivenciados durante a descoberta do diagnóstico, relatar as estratégias adotadas na vida cotidiana antes e depois do tratamento equoterápico. Esta pesquisa visará ainda perceber as dificuldades encontradas pelas mães na convivência de seus filhos na sociedade, bem como os desejos para o futuro das mães de crianças com deficiência, buscando evidenciar as expectativas com tratamento de equoterapia para seus filhos.

Diante das diversas necessidades, dificuldades e cuidados específicos dedicados às crianças deficientes é importante conhecer sobre a vivência destas mães que são as pessoas que mais dedicam o seu tempo para acompanhar as crianças ao atendimento de equoterapia. Tendo em vista que a equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de Saúde, Educação e Equitação e/ou com necessidades especiais. (ANDE, 2005).

Nesta perspectiva a pesquisa buscou compreender a experiência de mães de crianças com deficiência que participam de atendimento equoterápico em relação ao impacto deste tratamento.

Inicialmente são apresentados aspectos teóricos dos temas estudados, seguido da metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa e os resultados da mesma.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Equoterapia

Para compreender o trabalho realizado com o cavalo e crianças com deficiência chamado equoterapia, precisa-se entender o seguinte conceito: “Equoterapia é um tratamento de reeducação e reabilitação motora e mental, através da prática de atividades equestres e técnicas de equitação” (CIRILLO, 1992).

Esta terapia apresenta benefícios no plano educativo, pedagógico e reeducação do plano físico e psíquico. A relação entre o cavalo e indivíduo em tratamento proporciona subsídios para uma reeducação além de interação afetiva que desperta no cavaleiro.

Gouvêa (2004) afirma que o cavalo de equoterapia deve atender algumas exigências como: ser dócil, ter inteligência para realizar comandos propostos pelo instrutor, possuir boa forma física, e ter uma boa andadura.

Na definição de Gavarini (1997), a equoterapia pode ser uma terapia principal ou complementar, dependendo de sua patologia. O tratamento equoterapico pode proporcionar uma reabilitação global pois o indivíduo tem acesso a acompanhamento psicológico, psicossomático, bem como fisioterapia, montado sobre o animal.

Segundo Cavalcanti e Galvão (2007), é no dorso do animal que o praticante recebe estímulos táteis, proprioceptivo, vestibulares, visuais, auditivo e olfativos. Ocorre também uma melhora no processamento sensorial.

Em concordância com a descrição de Gavarini (1997), a utilização do cavalo para o tratamento, além da sua função cinesioterapica, produz importante participação no aspecto psíquico, uma vez que o indivíduo usa o animal para desenvolver e modificar atitudes e comportamentos.

O convívio das crianças durante a equoterapia com outros indivíduos favorece a reintegração social, estimulada pela equipe e o animal, aproximando-o cada vez mais da sociedade em qual convive.

2.2 Deficiência

Pessoas com deficiência são aquelas com algum tipo de alteração nos segmentos motor, mental, sensorial e múltiplo. Na concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS),

a deficiência é uma perda ou anormalidade de estrutura do corpo ou função corporal fisiológica, incluindo as mentais (OMS, 1997).

Para Pastore (2000), do ponto de vista médico, deficiência refere-se à incapacidade de uma ou mais funções das pessoas. De acordo com Celestini (2003) a pessoa com deficiência é aquela que apresenta em caráter permanente, perdas ou redução de sua estrutura ou função anatômica, fisiológica, psicológica ou mental que gerem incapacidade para certas atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

O significado da deficiência, na vida de um indivíduo, é a consequência do entrelaçamento de sua história pessoal com o meio social onde vive. Sobre a pessoa incidirá o estigma da “incapacidade”, do impedimento, da “invalidez” e o peso da opressão e da impotência. São várias as cobranças familiares e sociais que depositam algumas pessoas em condição de desvantagem, e não são, necessariamente seus aspectos diferenciados. (FERREIRA;GUIMARÃES, 2003).

Por entender que apesar da deficiência seja ela adquirida ou não, as pessoas possuem capacidades de compreensão ou dentro de suas limitações desempenhar seus papéis na sociedade os dois temas abordados paralisia cerebral e autismo são patologias que através da pratica de equoterapia demonstram resultados positivos e torna estas pessoas capazes de manifestar seus sentimentos e comportamentos através do cavalo.

2.3 Paralisia Cerebral

Nos primeiros anos de vida da criança com deficiência física, a paralisia cerebral é uma das causas mais associadas, com níveis diferentes de comprometimento motor e distúrbios associados, podendo restringir ou limitar a participação da criança em diferentes atividades ou situações.

A paralisia cerebral busca descrever uma condição de ser, um estado de saúde com implicações que decorrem de danos ao sistema nervoso central. Ou seja, não se constitui em doença, e sim, uma condição especial que, uma vez estabelecida, não progride em termos neuroanatômicos, e dependendo das estratégias terapêuticas, pode até apresentar regressão acerca da sua apresentação motora, com melhora do quadro físico funcional global. (GUIMARAES et al, 2005).

Conceitua-se Paralisia Cerebral Segundo Chagas, et al (2008, p. 409):

a definição de PC mais atual propõe que as desordens do desenvolvimento motor, advindas da lesão cerebral primária são de caráter permanente e mutáveis, ocasionando alterações musculoesqueléticas secundárias e limitações nas atividades.

Entende-se que a paralisia cerebral é um distúrbio predominantemente motor, pode vir acompanhada de diversas outras complicações diretamente ligadas ao local da lesão cerebral, do nível de comprometimento motor e dos recursos terapêuticos disponíveis. Dentre os distúrbios associados ao dano motor tem-se alterações cognitivas, visuais, auditivas, da fala, comportamental e epilepsia. (MILLER; CLARK, 2002).

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 a rigidez e os tremores. Necessita levar em consideração que, poucas vezes, se apresenta em uma criança uma tipologia pura, mas quadros mistos. Conforme a topografia corporal, pode-se falar em diplegia, quadriplegia, monoplegia e hemiplegia (BASIL, 2004). Quanto ao tipo de envolvimento, a Paralisia Cerebral é dividida em espástica, atáxica, atetósica e mista. (LEVITT, 2001).

Segundo Diament (1996 b), a criança com Paralisia Cerebral apresenta algumas características, tais como: alterações globais do seu desenvolvimento; dificuldade de deglutição que pode evoluir para dificuldade de mastigação; refluxo gastroesofágico e incoordenação cricofaríngea, desnutrição e desvios alimentares; doenças respiratórias; constipação intestinal; bexiga neurogênica; alteração do tônus, que leva a alterações de postura.

2.4 Autismo

Autismo é uma palavra de origem grega (autós), que significa “por si mesmo”. É um termo usado, na psiquiatria, para denominar comportamentos humanos que se centralizam em si mesmos, voltados para o próprio indivíduo. É comum, também, a utilização de adjetivos para se denominar o autismo, tais como: autismo puro, núcleo autístico, autismo primário (no caso de não associação com outras patologias), autismo secundário, autismo de alto funcionamento, autismo de baixo funcionamento, entre outros. (Orrú, 2012)

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) acontece antes dos três anos de idade, onde os pais começam a perceber na criança a falta de interesse diante de estímulos, na maioria dos casos, os bebês com o TEA não buscam pela mãe, não reagem a ações de carinho, como por exemplo, abraços. O diagnóstico do TEA é realizado por uma equipe multidisciplinar, onde a

criança é observada em diversas situações, para obter um diagnóstico conciso. Após ser diagnosticado o TEA, a família deve procurar tratamentos específicos, que irão auxiliar a criança e sua rede de apoio, buscando possibilidades para melhorar a qualidade de vida, proporcionando bem-estar e para que a criança tenha a oportunidade de desenvolver os aspectos motores, sensoriais e de comunicação. Sendo assim, um desafio para os pais, familiares e educadores, é estabelecer um elo positivo que proporcione aprendizagem para a criança, por isso é fundamental utilizar uma abordagem adequada e eficiente para que o indivíduo se desenvolva, de acordo com a sua realidade, mesmo que de forma lenta (FONSECA, 2014).

O termo autismo surgiu em 1911, de acordo com Santana (2013), quando Bleuler psiquiatra austríaco, utilizou o termo para referir-se a uma alteração comum à esquizofrenia, sendo o isolamento da realidade externa, o termo autismo teria o significado de estar fechado em si mesmo. O mesmo autor faz referência que em 1942, Leo Kanner psiquiatra americano, descreveu por meio de um artigo, a realidade de algumas crianças consideradas especiais, tendo como tema o autismo sob o nome de “distúrbios autísticos de contato afetivo”. O psiquiatra estudou minuciosamente onze pacientes esquizofrênicos, onde observou o transtorno autista como característica marcante em seus pacientes, na época destacou que as crianças autistas nasciam assim, considerando o fato de que a síndrome era precoce. No momento em que observou o comportamento dos pais dessas crianças, passou a mudar os seus conceitos relacionados à síndrome, considerando o contato afetivo frio entre elas, denominado como “mãe geladeira”, referindo-se a frieza das mães, promovendo em seus filhos hostilidade inconsciente a qual seria direcionado para situações de relacionamento social. Asperger em 1944, também teve sua participação para a divulgação do autismo, tendo semelhanças às hipóteses de Kanner, com algumas diferenças. Asperger na Alemanha apresentou histórias clínicas de quatro crianças e as nomeou como “psicopatia autista”, caracterizando o comportamento autista como, falta de empatia, pouca habilidade para fazer amigos, comunicação não verbal pobre e linguagem repetitiva, inabilidade motora e má coordenação (UNTOIGLICH, 2013).

Os conceitos relatados são comportamento clássico do transtorno autista, sendo: falta de habilidades sociais e a reciprocidade as principais características, ocasionando dificuldades de aprendizagem e na interação social. A criança fica aprisionada a rituais e sintomas, evitando emoções criando um mundo particular, onde a comunicação é um desafio que compromete o desenvolvimento saudável (ANDRADE, TEODORO, 2012).

Com o aprimoramento das tecnologias de estudo, a tese de que as mães poderiam

influenciar no aparecimento do transtorno, foi deixada de lado. Atualmente, o autismo passou a ser considerado uma desordem de origem neurobiológica, sendo classificado pelo CID -10 (Classificação Internacional de Doenças, 1993), como um Transtorno Global do Desenvolvimento. Caracterizado por diversos fatores, sendo eles: um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes de três anos, uma perturbação característica do funcionamento em cada dos três domínios, sendo as interações sociais, a comunicação, o comportamento focalizado e repetitivo, ainda ressalta que o transtorno acompanha outras manifestações inespecíficas, como por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação crises de birra ou agressividade (FERNANDES et al., 2012).

O diagnóstico do autismo sofreu alterações em sua classificação a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014), a principal alteração foi à eliminação das categorias Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, passou a existir apenas uma denominação, sendo “Transtornos do Espectro Autista” (TEA), os critérios diagnósticos se referem aos déficits relacionados à comunicação, a emoção, relacionamento social, motricidade, contato visual e linguagem, no qual o processo de desenvolvimento infantil está significativamente comprometido com relação à interação social e comunicação, assim como pelo repertório restrito de interesses e atividades.

Segundo o DSM-5, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), os fatores prognósticos do transtorno autista são a presença ou ausência de deficiência intelectual e comprometimento da linguagem associados, bem como outros problemas de saúde mental, existindo fatores de risco inespecíficos, como idade parental avançada, baixo peso ao nascer ou exposição fetal a ácido valpróico (antiepiléptico), podendo assim contribuir para o risco do Transtorno do Espectro Autista. A genética e a fisiologia, também são fatores relevantes, existem estimativas de herdabilidade para o transtorno, variando de 37% até mais ou menos 90%, com base nas taxas de concordância entre gêmeos. Nos dias atuais, 15% dos casos podem estar associados à mutação genética, no entanto, mesmo quando um transtorno do espectro autista estiver relacionado a uma mutação genética conhecida, pode não haver penetrância completa.

Embora ainda não haja uma etiologia comprovada, que explique os reais motivos para o autismo, muitos estudiosos tentam explorar o assunto para compreender melhor as suas causas, e muitas já foram citadas, sendo as principais, os fatores psicológicos, disfunções cerebrais, alterações de neurotransmissores e fatores ambientais (LINHARES, 2012).

O autismo embora limite em algumas atividades e diferentemente para cada qual,

permite que estas pessoas manifestem seus sentimentos e comportamentos seja por meio do olhar, carinho, toque ou manifestações de agressividade. Aos pais e profissionais que convivem com o autista cabe o entendimento e compreensão de limitações e comportamentos individuais de cada ser.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa seguiu um delineamento qualitativo, exploratório e descritivo.

3.1 Participantes

Participaram da presente pesquisa 5 mães de crianças com necessidades especiais que frequentam o programa de equoterapia do Patronato Agrícola e Profissional São José. Foram incluídas na amostra, mães que tem seus filhos com paralisia cerebral ou autismo e que estavam em atendimento equoterapico há pelo menos 3 meses. A idade das mães varia entre 30 e 50 anos sendo profissionais autônomas, assalariadas ou do lar.

3.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a pesquisa, foi a Carta de Autorização da Instituição, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para as participantes, Roteiro de Entrevista com questionário de categorização que foi aplicado através de Grupo Focal aos participantes, com os seguintes norteadores.

Cotidiano de vida familiar

Os primeiros tratamentos e as expectativas

A descoberta da equoterapia

Após o início da equoterapia quais os benefícios encontrados

Se existir benefícios quais os mais observáveis

Vale referir que o número do parecer do comitê de ética para o desenvolvimento da pesquisa é 2.664.385.

3.3 Procedimento de Coleta de Dados

Para o presente estudo foi utilizado a metodologia de grupos focais para a coleta de dados, que consiste numa sessão grupal informal de pessoas, que representam os sujeitos do estudo, para discutir vários itens de um assunto específico. Assim, trata-se de um método qualitativo de pesquisa, que permite aos componentes do grupo uma conversa sobre o foco da pesquisa, podendo o pesquisador identificar opiniões, sentimentos, formas de pensar, entender

e interpretar a realidade por parte das pessoas que compõem um grupo focal. (SCARPARO, 2000).

A obtenção dos dados necessários para este estudo, foi por meio de um encontro, com 50 minutos devido a outros compromissos das mães. O encontro foi gravado em áudio, e realizado a na sede do Patronato Agrícola e Profissional São José.

Como facilitador da conversa, foi organizado pela pesquisadora um roteiro com temáticas para melhor conduzir o grupo e a coleta de dados, sendo estas questões de acordo com os objetivos da pesquisa. As perguntas foram abertas possibilitando as participantes expressarem suas percepções e discutir a respeito das questões apresentadas.

3.4 Procedimento de Análise de Dados

Após colhido os dados estes foram analisados com o auxílio do método fenomenológico. Tem como objetivo chegar à contemplação das essências, isto é, ao conteúdo inteligível e ideal dos fenômenos de forma imediata. Seus fundamentos são encontrados na Fenomenologia, movimento filosófico, iniciado no século XX e que tem como principais expoentes Edmund Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty.

Merleau-Ponty (1996) defendia que não é possível compreender o homem e o mundo senão a partir de sua existência, essa uma filosofia transcendental, que coloca entre parênteses as afirmações e atitudes naturais, portanto uma tentativa de descrição direta de nossa experiência tal como é, sem levar em conta a sua gênese psicológica e as explicações causais do cientista.

A descrição é o retorno ao mundo vida, o que leva a uma rejeição do intelectualismo e do empirismo. É sem dúvida, a saída de uma atitude introspectiva e solitária do pesquisador para uma abertura para o mundo. Para Merleau-Ponty, a verdade não habita o homem interior, ou mesmo não há homem interior; o homem está no mundo, e é no mundo que ele se conhece. Articulado entre fenomenologia e existência, destacando a consciência do sujeito percebido como parte de um encontro interpessoal homem mundo, afirmando que, para ocorrer a comunicação, é preciso, necessariamente, haver uma pessoa e a experiência de um corpo vivido (LIMA, 2014).

Após descrever os fenômenos utiliza-se então redução fenomenológica, que segundo Lima (2014) é a variação imaginativa, que consiste em refletir sobre as partes da experiência que nos parecem possuir significados cognitivos, afetivos e conativos e, sistematicamente,

imaginar cada parte estando presente ou ausente na experiência. Na ideia do autor através da comparação no contexto e eliminações, o pesquisador está capacitado a reduzir a descrição daquelas partes que são essenciais para a existência da consciência da experiência.

Tendo em vista a descrição e redução fenomenológica parte-se então para a interpretação fenomenológica que é a forma de apresentar as unidades de significados do discurso analisado, que apontam para a experiência do sujeito, para a consciência que este tem sobre o fenômeno.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Descrição Fenomenológica

O grupo focal foi realizado em sala ampla, tranquila, nas dependências do Patronato Agrícola e Profissional São José que desenvolve atendimento a pessoas com deficiência. A pesquisadora responsável, reuniu-se cinco (5) mães sendo quatro (4) mães de crianças autistas e (1) uma mãe de criança com paralisia cerebral, totalizando um tempo de 50 minutos.

Os relatos aqui descritos serão nomeados por M1, M2, M3, M4, M5, para as mães e F1, F2, F3, F4, F5 para os filhos a que se referem, então sendo M1=F1, M2=F2, M3=F3, M4=F4, M5=F5.

As atividades iniciaram com a explicação do termo de consentimento livre e esclarecido, e o objetivo proposto pela pesquisa. Após as instruções deu-se início ao trabalho com o questionamento sobre o cotidiano de vida familiar.

M1 refere estar vivendo o pior dos momentos, o “legítimo inferno”, porque é de manhã um surto, de meio dia um surto, de tarde outro surto, diz que houve alteração da medicação e acreditavam que o psicótico iria resolver, porém acredita que o organismo acostumou com o medicamento e não tem o efeito esperado. Refere que não tem encontrado uma ajuda, alguém que dê uma luz, por mais que procure. Informa que tem procurado informações na internet, é sempre a mesma coisa, dizendo que precisa ignorar, tirar o foco. Segundo a participante, a filha não quer sair do foco, ela quer expressar aquela raiva dela, e se for ignorada ela vai quebrar alguma coisa, ou vai se machucar, além de bater. Refere que é muito difícil ignorar.

M1 relata ainda que na relação com F1, tenta conversar, tenta controlar o marido que normalmente bate de frente com a filha e o resultado é pior. Disse que não consegue fazer ele

entender o que se passa e que parece que ele sente como se fosse algo contra ele, sua autoridade. M1 tenta explicar ao marido que não é contra ele nem ninguém, é o momento da filha expressar o que está sentindo, ou uma forma dela chamar a atenção dele sabe. M1 referiu que ela percebe que diminuíram as atividades que pai e filha faziam juntos e ela pensa que a filha tem sentido a falta.

Por sua vez M2 refere que seu cotidiano com F2 é bastante tranquilo, de modo que se sente adaptada ao F2. Na parte da manhã faz as coisas do lar e a tarde se envolve sempre somente com ele na segunda e na sexta feira a tarde para ficar em casa com ele a tarde e no sábado e domingo. Conta que F2 é tranqüilo, mas os momentos mais difíceis dele são mais com o pai. M2 refere que é mais enérgica com o F2, dá os limites coloca de castigo quando precisa, e consegue diferenciar o que é o autismo e o que é birra. Contou que esta questão de diferenciar o que é relativo ao quadro do autismo e o que é de um comportamento infantil típico e que foi a primeira coisa que tentou descobrir e hoje consegue diferenciar. Sente que está conseguindo essa adaptação com o F2 e está sentindo que as coisas vão bem.

Por sua vez M3 comenta que com o F3 em casa tem dias que é tranquilo mas tem dias que ele tem as birras dele. Refere que também sabe diferenciar quando percebe que ele está muito “atacado” ela procura deixa-lo sozinho, vai ocupar-se com outros afazeres, e quando F3 percebe que está sendo ignorado ele se aquieta ou procura M3 e pergunta o motivo que ela está em silencio. Refere que o filho ajuda fazer as atividades em casa, e ela conhece bem os comportamentos do filho, conta que o F3 é bastante teimoso. Refere ainda que o filho gosta muito da equoterapia, e que normalmente não acontece quando precisam ir para outros lugares, quando a M3 precisa conversar um tempo antes de modo que o filho coopere para arrumar-se e ir.

Na continuidade da conversa ainda sobre o cotidiano familiar a M4 refere que na verdade seu filho, F4 é muito calmo, desejaria que fosse um pouco mais agitado. Disse que ele adora dormir, é uma criança que sempre foi muito tranquila, e que sua maior dificuldade é com a alimentação pois, tem fases que gosta muito de um alimento e come só este alimento e depois de um tempo muda para outro.

Diz que se der uma comida que a textura não agradou ele cospe para fora e não aceita mais nenhuma alimentação. Ela fica em dúvida se é pela textura ou pelo cheiro, não sei como que ele define, mas a questão é que a partir daí, como ele não pede mais, ela fica sem saber o que fazer. Além disso F4 tem tido algumas crises que está difícil de controlar só que daí por ele não pedir eu já não sei mais. Há, o que ele hoje ia comer ofereci não comeu agora oque, tudo é muito limitado. Tem bastante crise que está difícil de controlar. M4 refere que o

conhece bem e como o acompanha diariamente sabe quanto tempo está sem ir ao banheiro defecar, então precisa ajudar. Precisa perceber o tempo que tomou água pela última vez, para oferecer água ao filho.

Neste momento a M5 inicia sua fala dizendo para as mães que a antecederam, para que não desistam, que forcem os filhos a se alimentar, pois na experiência dela percebeu que sua insistência fez com que eu filho F5 comesse quase de tudo.

No decorrer do diálogo do grupo outro assunto abordado foi referente ao tratamento dos filhos. M2 comenta que F2 mantém o mesmo medicamento desde o diagnóstico faz uso de Risperidona tendo sido alterado há 3 meses a dosagem da medicação. Nota que teve alteração na escola, psicóloga, inclusive na equoterapia. Tem se mostrado mais tranquilo depois que passou a utilizar o medicamento. Antes F2 corria de um lado para outro sem parar antes, e hoje ele centra, ele para, ele senta, ele está aprendendo. M2 diz que passar a usar a Risperidona foi maravilhoso para seu filho.

A M5 informa que seu filho F5 toma Risperidol e o Trileptal desde que foi diagnosticado, quando tinha entre 3 e 4 anos. Refere que, não mudou, a medicação até hoje, apenas adequa conforme o peso. Referiu que a médica que atende F5 disse que só vai tirar um deles agora de novo quando fizer o eletroencefalograma sem sedação e se não aparecer nenhuma alteração na onda magnética vai tirar uma medicação, caso contrário permanecerá a mesma medicação.

Por sua vez M1 refere que é totalmente diferente. Contou que F1 começou a tomar carbamazepina com mais ou menos 1 ano devido a convulsões e nunca parou totalmente pois a convulsão nunca cessa totalmente. Com 3 anos F1 estava muito agitada e foi levada a outro neurologista que receitou Risperidona mas ainda, sem diagnóstico de autismo. Segundo M1 o médico explicou que F1 tinha um atraso, mas que com o tempo ia normalizar. Afirmou que F1, faz uso da medicação e nunca pararam as convulsões. Quando F1 estava com 5 anos foram em uma neurologista encaminhado pelo judiciário e está teria dito para M1 procurar uma neurologista do SUS pois F1 tinha traços de autismo. Depois que a M1 se mudou para Erechim outro neurologista trocou a medicação e em cada médico que procuravam, alteravam a medicação. M1 refere que a filha fez uso de muitos medicamentos que não davam resultado. Ela permanecia agressiva ou até mesmo aumentava sua agressividade. Sente que sua filha é uma cobaia, de tantos medicamentos que foram utilizados e não causam o efeito esperado. Atualmente pensa em procurar um médico que havia reduzido a medicação e F1 respondeu melhor. As vezes pensa que o uso dos medicamentos e a tantas trocas está acabando com o organismo da filha, porém, não dá para deixar ela se bater se agredir.

Na continuação da conversa sobre tratamento a M3 relata que F3 desde os 4 anos toma medicação. Fica espantada com a quantidade de medicamentos que seu filho já fez uso. Explica que, atualmente está só com o Cloridrato de Sertralina está sossegado.

Contou que há algum tempo tentou tirar Sertralina para ver como ele ficava. Percebeu que não houve mudança, mas continua medicando. Nos dias que está nervoso e atacado, o deixa um pouco sozinho e em pouco tempo passa. E quando M3 não está se sentindo bem, percebe que o filho também não fica bem então sente que precisa controlar-se e acalmar-se para que o filho fique sossegado.

A descoberta da equoterapia também foi um tema abordado pelo grupo, sendo que M4 conta que F4 já fazia a equoterapia em Chapeco, e que ele sempre demonstrou gostar muito. Refere que ninguém acredita, ao vê-lo em seu colo, que F4 consiga ficar em postura correta sobre o cavalo. Para F4 é fantástico, maravilhoso. M4 refere que percebe muito resultado e que ter recommçado (pois havia parado um tempo) foi muito importante pois já estava regredindo um pouquinho dos ganhos que havia tido. É tudo de bom para o F4 a equoterapia.

A M2 imaginou que seu filho F2 teria crises ou surtos psicóticos ao montar no cavalo, pois nunca havia chegado perto, e foi totalmente ao contrario ficou muito feliz. Adora frequentar a equoterapia, iniciou algumas palavras que não era de seu vocabulário.

Na sequência a M3, relata que quando solicitou ao médico indicação para equoterapia o mesmo não liberou, após alguns meses em retorno a consulta estava apto para a atividade, sendo que F3 gosta muito de estar sobre o animal.

M5 refere que após a conclusão do diagnóstico F5 iniciou a equoterapia totalizando 5 anos de atividades com muitos progressos.

Os benefícios da equoterapia também foi abordado com as mães participantes do grupo, M4 acredita que por seu filho M4 ter problemas de visão a própria adaptação com o animal já foi um benefício, entre outros foram controle de tronco, postura da coluna e o próprio conforto que sente quando monta.

Para M2 a fala foi um dos maiores avanços observados, como também o contato visual fixando o olhar nas pessoas. Outra observação como benefícios foi a segurança que F2 apresenta após o início da equoterapia.

M5 relata que o olhar também foi um dos maiores benefícios, para F5 a diminuição da hipersensibilidade tátil, postura, motricidade, oralidade e segurança mostraram avanços também. Porém deseja que cada vez haja mais progressos.

Por sua vez M3 percebe que os benefícios para F3 é tranquilidade, correção de postura, e diminuição do medo de altura.

Por fim M1 refere que F1 teve como evolução a diminuição do medo de altura, porem o que destaca é a verbalização, completar frases e não só palavras.

4.2 Redução Fenomenológica

As descrições das questões abordadas pelas mães foram reorganizadas através das temáticas propostas para a reflexão das participantes, ou seja, a expressão destas foi fenomenologicamente reduzida a temas, objetivando identificar as experiências de ser mãe de crianças com deficiência e as percepções das implicações do atendimento equoterapico, sem danos a estrutura dos discursos. Após, os temas foram expandidos com o objetivo de esclarecer seus conteúdos, demonstrando a vivencia das participantes. Os temas reduzidos a partir da descrição foram: Tema I- Descoberta do diagnóstico e a rotina de vida; Tema II- Tratamento dos filhos; Temas III- Equoterapia.

Tema I- Descoberta do diagnóstico e a rotina de vida

Para algumas participantes a relação com seus filhos se torna desgastante, conhece-se sobre o diagnostico porem não existe uma condução adequada para o mesmo como na fala da M1 que relata estar *“vivendo o pior dos momentos, F1 adolescente, a gente pensou que o novo medicamento antipsicótico ia resolver, está comendo muito, muito grande parece que o organismo vai acostumando com o medicamento.*

O auxilio ou uma informação para os momentos de crise também é insuficiente como continua o relato da M1, *a gente esta vivendo o legitimo inferno, porque é de manha um surto, de meio dia um surto de tarde outro surto, tu não encontra assim uma ajuda, alguém que de uma luz.*

Diferente da M3 tem dias difíceis, porém, já consegue relevar algumas situações como segue o relato *com o F3 em casa tem dias que é tranquilo mas tem dias que ele tem as birras dele e eu até sei quando é birra quando não é aí quando ele está muito atacado que tem dias que só por deus né ai eu falo explico não adianta, ai sabe o que eu faço? Eu deixo sozinho eu vou lá em cima fazer meus crochê e deixo ele sozinho ai ele vê que está ignorado, quando eu volto ele está bem quietinho.* Para esta mãe já existe maior facilidade em compreender o filho e dar e dar contenção aos momentos de maior crise.

Já para outras mães o comportamento dos filhos é de maior tranquilidade, a M2 conta *que o dia a dia com F2 é super tranquilo na verdade eu me adaptei ao F2 na parte da manha*

a gente faz as coisas do lar e a tarde é envolvido sempre somente com ele F2 é tranquilo tem momentos mas os momentos dele são mais com o pai. As situações que necessitam de limite e regras são impostas pela mãe como segue sua fala eu sou mais enérgica com o F2, em questão de não, de colocar de castigo quando precisa, em saber o que é o autismo e o que é birra, isso daí foi a primeira coisa que eu tentei descobrir e hoje eu diferencio bastante o que que é o autismo e o que é birra e o não é não.

A M4 relata suas vivências com F4 que *é uma calma total, poderia ser um pouquinho mais, adora dormir é uma criança que sempre foi muito tranquila. Porém não é só a questão de comportamento que exige a preocupação das mães, M4 comenta que a maior dificuldade que eu enfrento com ele é a alimentação porque ele é assim, não é chato ele tem fases uma fase gosta mais de uma coisa, outra fase de outra.*

O que difere a fala da M5 que orienta as mães que lhe antecederam que por sua experiência com F5 que *come quase de tudo, só para dizer para vocês não desistam tipo assim força, eu forçava.*

Tema II- Tratamento dos filhos.

O tratamento medicamentoso faz parte da vida das mães e de seus filhos, sendo este uma forma de manter o equilíbrio do comportamento destes.

Algumas mães mantem a mesma medicação desde a descoberta do diagnóstico, porém outras após muitos anos ainda não conseguem tratamento assertivo.

Como demonstra a fala da M2 *que o tratamento de F2 é o mesmo que ele mantém de lá para cá ele toma o Risperidona foi alterado há 3 meses a medicação, teve uma alteração na escola, psicóloga, aqui também deu uma, porque ele cresceu ele pegou peso então aumentaram a dosagem hoje então ele está super tranquilo depois que esse medicamento foi dado.*

Da mesma maneira continua o tratamento do filho da M5 que *toma Risperidol e o Trileptal desde que foi diagnosticado, quando tinha entre 3 para 4 anos, não mudou, continua a mesma medicação e vai aumentando conforme o peso.*

Para outras mães esta situação é totalmente diferente, pois não existe a assertividade na medicação.

A M1 relata que *F1 começou a tomar carbamazepina com 1 ano e pouco porque ela convulsionava e nunca parou totalmente pois a convulsão nunca controlou. A falta de eficácia dos medicamentos também foram experiência para a M1 eles falaram para mim ela*

era atrasada assim, mas que com o tempo ia normalizar, enfim ela sempre tomou isso, mas nunca parou a convulsão. As inúmeras trocas e tentativas de medicações melhores apresenta resultados momentâneos A Risperidona na época para nós parecia que deu uma acalmada mas continuou sendo a F1 de sempre, agitadíssima. A continua troca de medicação e médicos também fazem parte da rotina do tratamento. A gente está pensando em voltar e pedir o remédio que o Dr de Porto Alegre receitou porque por mais que tu tenha eu penso tu está acabando com o organismo da criança, ela é uma cobaia tu vê a F1 desse tamanho, enfim vamos tentar mais esse, daqui a pouco o que não dá para deixar é ela se bater, se agredir.

Existe a mesma preocupação com a M3 o F3 desde os 4 anos toma medicação, nossa meu deus a quantia de remédio que ele tomava, Nelsine, Neoleptil, Tegretol, Ritalina, Depakene, Risperidona mais outros que eu nem lembro mais e agora ele está só com o Cloridrato de Certralina. O efeito colateral das medicações também é vivenciado quando eu vou no Dr e me queixo o F3 está muito agressivo aí o que ele diz para mim, aumenta o Risperidona aí aumenta ele fica só dormindo no sofá, não come, não levanta nada então agora foi tirado o Risperidona ele está só no Certralina está sossegado.

Tema III- Equoterapia

A descrição das mães demonstra o que a equoterapia pode auxiliar na vida de seus filhos, iniciando-se pela fala da M4 quem vê o F4 no colo aqui e ali não dá a postura que ele ganha em cima do cavalo, então para F4 é fantástico, maravilhoso a gente já viu muito resultado.

Os resultados obtidos com as sessões de equoterapia são comentados pela M4, na verdade um dos benefícios foi a adaptação dele com o próprio cavalo porque na verdade por ele não ter visão acredito que o cavalo deveria ser algo .. por que proporciona vários movimentos, várias sensações, acredito que ele deveria se sentir bem desconfortável, agitado não estar gostando daquilo e não, ele não reage de forma insatisfeita e claro é uma das terapias que mais dá resultado para ele assim no controle de tronco, na postura da coluna.

O medo da reação do filho com o animal esteve presente na M2 a primeira impressão seria um surto ne por causa do cavalo, nunca tinha chegado perto, nunca tinha visto um cavalo e ele fez totalmente diferente, ele subiu e vamos ,vamos, foi muito interessante.

A interação social, os vínculos afetivos e a verbalização são aspectos que estimulou F2. Ele ama vim aqui, ele ama o cavalo e chama o fritzz já saiu três fritzz dele, então eu vejo que ele gosta muito de vocês, chega aqui o carinho com todos, só fez bem porque a fala está

vindo, ele tem falado frases, a fonoaudióloga diz está verbalizando bastante e foi depois que começou vim aqui, então está ajudando muito o F2.

A indicação medica é um dos requisitos para a pratica da equoterapia a M3 encontrou esta dificuldade na liberação para seu filho, quando solicitou ao médico indicação para equoterapia *ele disse que por enquanto não me aconselhava, depois de um tempo eu fui no medico de novo e aí ele me falou não, agora pode ir, aí eu vim aqui, e ele continua vindo, ele adora vim aqui.* Os benefícios que F4 encontrou na equoterapia relatados pela M4 foram eu noto que ele está mais calmo, ficava assim tipo corcundo agora tipo corrigiu a postura dele, sentava de um jeito F4 senta de outro como tu vai no cavalo direitinho, e está ajudando muito ele e ele gosta.

Para alguns a equoterapia já fazia parte de sua história de vida F1 já havia realizado três anos de equoterapia houve pausa e iniciou novamente porem nesta instituição. *M1 conta que F1 tinha muito medo de altura, medo de escada, medo de ficar em pânico mesmo. E ela foi perdendo isso um pouco lá, mas depois que ela perdeu o cavalo ela voltou a ter aquele pânico de escada. E aqui depois que ela começou eu não noto sabe, a gente sobe e desce escada, andar de bicicleta ela anda, mas eu acho o que mais me chama a atenção na F1 aqui no cavalo foi cantar. Ela falava palavra solta e aqui ela começou a falar frases e ela canta ela não cantava.*

No relato da M5 a equoterapia também já faz parte da vida de seu filho F5 a 5 anos, *já que veio o diagnostico no momento que me separei uma vizinha disse porque você não leva ele na APAE isso em Getulio Vargas fez dois anos lá e por coincidência que terminou o tempo lá eu mudei para cá, então já vai para 5 anos eu tenho fotos que podem ilustrar claramente isso, quando ele começou na equoterapia ele não conseguia focar o olhar em nada, ele tinha extrema hipersensibilidade tátil.*

A equoterapia é um método terapêutico utilizado para muitas patologias, ainda pouco conhecida se torna mais um recurso para muitas famílias na procura de terapias para pessoas com deficiências.

Junto a outros atendimentos a equoterapia propõem resultados positivos a M5 traz em seu relato a seguinte descrição, *então eu acredito claro não é só a equoterapia mas a equoterapia ajudou assim primeiro na hipersensibilidade que ele tinha, no fixar o olhar, na postura, na motricidade, na segurança, na oralidade também, então assim em todos os aspectos na totalidade do desenvolvimento que já fazem 5 anos e eu pretendo que sigam muitos, porque benefícios são muitos então que ele monte sozinho no cavalo, que vá se emancipando porque foram grandes os avanços ate agora.*

Junto aos progressos terapêuticos da equoterapia a M2 comenta que a questão do olhar, *F2 ele não olhava para fotografia se escondia quando via uma câmera, hoje ele já olha deixa tirar foto e ri, isso foi daqui o olho no olho está usando muito também, ele não olhava.*

4.3 Interpretação Fenomenológica

A redução fenomenológica permitiu identificar aspectos da descoberta do diagnóstico e à rotina familiar das mães de crianças com deficiências, o tratamento dos filhos e em especial a equoterapia que é a terapia realizada com cavalos. Através destes temas a redução possibilitou a visualização das atividades vivenciadas pelas mães participantes do grupo.

A partir destes conteúdos inicia-se a interpretação fenomenológica que se baseia na ciência, na consciência das participantes e consciência da pesquisadora.

A redução fenomenológica possibilitou as participantes exporem suas experiências cotidianas. O convívio com a criança com distúrbio autístico coloca a família diante de um aprendizado diário que a leva compreender cada reação, manifestação e sintoma apresentado pela criança, bem como à aceitação quanto à maneira de ser e de se expressar de cada uma, “tem dias que é tranquilo mas tem dias que ele tem as birras dele, e eu até sei quando é birra e quando não é”. Este convívio diário possibilita as mães a diferenciar as situações diárias enfrentadas e o comportamento de seus filhos auxiliando na forma como conduzem a relação com os mesmos.

No discurso de outra participante observa-se a diferença e a dificuldade em lidar com problemas cotidianos. Segundo Zanatta et al, 2014, a rotina de cuidados é árdua, difícil e cansativa pelo esforço físico e desgaste emocional de não visualizar avanços na criança. “a gente está vivendo o legitimo inferno, porque é de manhã um surto, de meio dia um surto, de tarde outro surto, tu não encontra assim uma ajuda, alguém que de uma luz.

Para outras participantes o discurso é de que a rotina se volta totalmente aos cuidados dos filhos e da casa, “eu me adaptei, na parte da manhã a gente faz as coisas do lar e a tarde é envolvido sempre somente com ele”. Na opinião dos autores Estanieski, Guarany, 2015, todos os membros da família vivenciam a presença do indivíduo deficiente. Porém a mãe é sempre a pessoa que mais agrega sobrecarga emocional e das tarefas do cotidiano. Costuma parar a sua vida para viver pelo filho autista, acaba à frente na rotina de cuidados médicos, cuidados pessoais da criança, deixando de lado seus papéis ocupacionais. Além do cuidado também existe a educação dos filhos, os limites e regras que são necessários a evolução de qualquer

criança, “eu sou mais enérgica em questão de não, de colocar de castigo quando precisa, em saber o que é autismo e o que é birra, isso foi uma das primeiras coisas que tentei descobrir”.

As estratégias de enfrentamento estão presente na vida de algumas mães que já tem seus filhos adultos e conseguem organizar uma rotina e atividades de ocupação para os momentos, “quando ele está muito atacado, eu explico não adianta, eu deixo ele sozinho e vou lá para cima fazer meus crochês e deixo ele sozinho, quando eu volto ele está bem quietinho”. Autores como Schimidt et,al, (2007) dizem que as estratégias mais utilizada para lidar com as próprias emoções, decorrentes das dificuldades enfrentadas com seus filhos, foi a distração, ou seja as mães evitam lidar diretamente com o problema, normalmente dirigindo-se para outra atividade, para assim desligar-se do foco estressor.

Sentimentos e cuidados mais simples, esperados da mãe para com seu filho, como olhar, segurar no colo, alimenta-lo podem ser geradores de intensa dificuldade, tanto por limitações da criança, como pela confusão emocional vivenciada pela mãe. “a maior dificuldade que encontro com ele é a alimentação, ele tem fases, uma fase gosta mais de uma coisa, outra fase de outra. As dificuldades vivenciadas vão além de comportamento e birras, pois as necessidades básicas do ser humano também acabam por influenciar na vida de crianças com deficiência.

Segundo Buscaglia (2002, apud LIMA, 2006) os pais, diante da natureza dependente da criança portadora de deficiência e suas necessidades especiais, experimentarão momentos de insegurança e, diante de novas experiências, poderão agir inicialmente de maneira ineficaz. Porém, com o passar do tempo, as tarefas se tornarão mais simples e a rotina consumirá menos tempo, pois ocorre a adaptação e adequação à nova situação. “é uma calma total, poderia ser um pouquinho mais”. Na visão desta mãe a vivencia com seu filho é tranquila adaptada a situação do dia a dia sente-se segura com a forma que conduz os cuidados ao filho.

O uso de fármacos é visto pelas mães como auxílio no comportamento e nas terapias realizadas pelos filhos. Após a intervenção medicamentosa houve um avanço na qualidade de vida dos filhos segundo relato das mães, sendo a redução de sintomas interação social, agressividade, irritabilidade os quais atrapalhavam o seu convívio social.

O tratamento farmacológico é uma opção para amenizar comportamentos indesejáveis. (MESQUITA & PEGORARO, 2013). A opinião de algumas mães contribui com a descrição do autor, “o tratamento é o mesmo que ele mantem de lá para cá, então ele está super tranquilo depois esse medicamento foi dado”.

O autismo apresenta sintomas nucleares que atrapalham no desenvolvimento e qualidade de vidas das crianças. E, por não existir um tratamento específico, muitas vezes é

necessário fazer intervenções farmacológicas para atenuar esses sintomas, controlar as inadequações comportamentais, e permitir a abordagem de outras terapias.

Essa intervenção medicamentosa apresenta alguns efeitos adversos em uma grande proporção dos usuários, como sedação e aumento do apetite, como descreve Leite et al, 2015. A angústia que a mãe relata vem de encontro com o discurso do autor, “tu está acabando com o organismo da criança, ela é uma cobaia tu vê ela desse tamanho, o que não dá para deixar é ela se bater, se agredir”, a sonolência também faz parte da reação as medicações prescritas e não aceitas pelo organismo de algumas crianças, “ se ele está muito agressivo eu me queixo ao doutor ele aumenta a medicação daí fica só dormindo no sofá, não come não levanta, nada”. Observa-se que as reações adversas são várias de acordo com o organismo de cada um.

A terapia realizada com cavalos chamada de equoterapia apresenta benefícios na vida de quem a pratica, a relação homem versus cavalo possui comportamentos semelhantes, como descreve Verriere (apud HERMANT, 1998), o homem, muitas vezes, precisa reviver suas lembranças e, às vezes, basta uma evocação tátil, olfativa ou auditiva para que o corpo torne a sentir a emoção passada, memorizada inconscientemente. O cavalo pode nos remeter a essas memórias do passado, por sua estimulação sensorio motora ou afetiva. Seu ritmo, sua cadencia, seu balançar criam um efeito tranquilizador e caloroso da maternagem. Sendo os movimentos do cavalo semelhantes ao nosso, ao passo, nos levam a memória neuromuscular do nosso esquema corporal, ou seja, do conhecimento e da representação das partes do nosso próprio corpo de maneira global. No sentido do equilíbrio, a fusão de percepção e o movimento têm seu ponto culminante, pois é a atividade sensorial complexa que permite o estado de equilíbrio. O discurso sobre um dos benefícios do filho relatado por uma das mães vem ao encontro com a descrição do autor, “a adaptação dele com o próprio cavalo porque na verdade por ele não ter visão acredito que o cavalo deveria ser algo..., por que proporciona vários movimentos, várias sensações, acredito que ele deveria se sentir bem desconfortável, agitado, não estar gostando daquilo, e não, ele não reage de forma insatisfeita e claro é uma das terapias que mais da resultado para ele assim no controle de tronco, na postura da coluna.

A opinião do autor com o discurso do comportamento de seu filho nos remete a entender os movimentos semelhantes que a criança vivencia na gestação, devido a essas lembranças quando montado sobre o cavalo o cérebro remete ao passado os estímulos recebidos tornando o andar a cavalo algo prazeroso, não trazendo desconforto e choro.

Referente a postura sobre o animal continuamos com os exemplos vivenciados pelas mães onde relata que “quem vê meu filho no colo, não dá a postura que ele ganha em cima do cavalo, para ele é fantástico, maravilhoso a gente já viu muito resultado”. Pinheiro (1999)

defende que o equilíbrio é um conjunto de reações de endireitamento (retificação) e inclui reações de controle cervical, nos membros superiores (extensão) e membros inferiores (defesa). As reações são rápidas, seletivas, requerem alto nível de integração sensório motora, óptica, e tem relação importante com a sensibilidade proprioceptiva.

Na visão de Uzun (2005), a postura e o movimento, dependentes de um conjunto de aptidões estáticas e dinâmicas, formam um importante conjunto no desenvolvimento psicomotor integrado num contexto funcional.

Os conceitos descritos por Pinheiro e Uzun, vem ao encontro com os benefícios que a mãe entrevistada relata de seu filho, estes estímulos são todos recebidos sobre o dorso do cavalo possibilitando a evolução de quem então pratica a equoterapia.

A equoterapia, o método é diferenciado de qualquer outro método, pois, além de ter seu aspecto lúdico, o cavalo sempre exerceu um inexplicável fascínio sobre o ser humano, e em especial quando for uma criança, este animal pelo seu aspecto grande e belo faz com que tenha aumento da autoestima, autoconfiança, autocontrole, por vivência de falhas e frustrações lidar com o medo e ansiedade, e libera diversas substancias necessárias e inibe outras, aprender a socializar (WALTER, 2006).

No discurso desta participante sobre ver seu filho montar relata que “a primeira impressão seria um surto por causa do cavalo, nunca tinha chegado perto, nunca tinha visto um cavalo e ele fez totalmente diferente, ele subiu e vamos, vamos, foi muito interessante.

A pratica da equoterapia proporciona sentimentos de segurança e autoconfiança como descreveu anteriormente o autor, ao mesmo tempo que surge o medo desperta a curiosidade em andar em um animal grande e dócil, gerando superação de comportamentos e sentimentos para o cavaleiro.

Autor como Freire,(1999), defende que o recurso equoterapico auxilia na melhora das “relações sociais” da criança autista; o uso da equoterapia junto à criança autista favorece uma melhor percepção do meio externo; a equoterapia propicia uma melhora no ajuste tônico-postural; e, finalmente, a criança autista melhora sua “comunicação” quando submetida a referida técnica.

O relato desta mãe corrobora com a descrição de Freire, “ele ama vim aqui, ele ama o cavalo, então eu vejo que ele gosta muito de vocês, chega aqui o carinho com todos, só faz bem porque a fala está vindo, ele está falando frases a fonoaudióloga diz está verbalizando bastante, e foi depois que começou vim aqui”.

A satisfação pela evolução dos filhos é visível no discurso das mães participantes do grupo.

Andar a cavalo significa, a todo instante, a estimulação do equilíbrio corpóreo o simples fato de estar montado nos leva a sentir minuciosos movimentos de cabeça, patas e respiração do cavalo, o que já nos solicita equilíbrio. Uzun, (2005).

O relato de uma próxima participante do grupo sobre seu filho “eu noto que ele está mais calmo, ficava assim corcundo agora corrigiu a postura dele, estava de um jeito, filho senta de outro como tu vai no cavalo direitinho, e está ajudando muito ele, ele gosta.

Os estímulos recebidos e orientados durante a sessão de equoterapia são seguidos em casa pelos próprios praticantes ou seus familiares, auxiliando no comportamento e postura.

Na equoterapia, assim como na reabilitação psicossocial, busca-se atender o praticante em sua expressão individual, com seus medos, anseios, conquistas e sentimentos, sem julgamentos, considerando suas dificuldades em seu desenvolvimento.

No atendimento da equoterapia presa-se muito pelo bem estar do praticante respeitando suas limitações, este cuidado inicia-se no momento da acolhida e continua no desenvolver das sessões, o relato desta mãe refere a insegurança de sua filha, “ela tinha muito medo de altura, medo de escada, medo de ficar em pânico mesmo. E ela foi perdendo isso eu não noto mais”.

Em concordância com Breslau et al (2017), se analisarmos as possibilidades que o mundo nos dá, se direcionarmos os trabalhos terapêuticos de forma a agregar novos estímulos e reforçarmos as capacidades positivas existentes no deficiente e/ou pessoa com necessidades especiais poderemos concluir que o aprendizado adquirido servirá para dar ao praticante uma melhor compreensão de seus sentimentos e de mais atitudes cotidianas, melhorando assim, seu senso de organização, realidade, iniciativa e participação como ser no mundo. Bases estas que proporcionará e facilitará a sustentação do praticante nas atividades rotineiras e de projeção futura. E, assim, permitir e possibilitar que vivam de forma digna e plena.

Esta mesma visão apresenta o relato desta mãe que “não só a equoterapia, mas a equoterapia ajudou assim primeiro na hipersensibilidade que ele tinha, no fixar o olhar, na postura, na motricidade, na segurança, na oralidade também, então assim, em todos os aspectos da totalidade do desenvolvimento”.

Em continuação as ideias do mesmo autor, é o próprio manuseio do cavalo que permite ao praticante sentir-se mais útil e “normal”. Tendo a melhora da postura, do equilíbrio e da concentração, por exemplo, são dadas condições para que o praticante volte melhor para a sociedade, que retorne melhor para a escola, que possa voltar ao trabalho ou que consiga colaborar na rotina da casa. Quando isso ocorre estamos falando em reabilitação social.

Continuando ao relato anterior da mãe participante, “porque os benefícios são muitos então que ele monte sozinho no cavalo, que vá se emancipando porque foram grandes os avanços até agora”.

O progresso de cada participante ficou observável no discurso de cada mãe participante, cada um de seu modo com suas limitações, mas todos com avanços.

“O cavalo e a criança autista tem muito em comum. O ruído, particularmente sons altos, e incomuns, pode parecer assustador a ambos. O cavalo gosta de rotina, e os autistas são quase fanáticos por rotina; uma coisa fora do lugar e ele podem ter um chique, o que torna a educação muito difícil; e muito da comunicação depende da linguagem corporal” (Roberts, 2009,p.77).

A equoterapia enquanto método terapêutico, pode proporcionar a oportunidade de incluir praticantes antes considerados cotraindicados para suas atividades, desde que as mesmas sejam adaptadas às suas capacidades e necessidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar atuando em um centro de equoterapia proporciona inúmeras reflexões, sendo estas evoluções, limitações, dificuldades, resistências e aceitação dos praticantes que utilizam este método terapêutico. Como psicóloga quando surgiu a oportunidade de atuar na equoterapia me questionei qual seria e como seria meu trabalho. Inúmeras leituras e cursos para sentir-me capaz de auxiliar neste método terapêutico, porém só após estar atuando é que comecei a entender e sentir a importância do psicólogo na relação praticante, cavalo, família. A partir daí compreendi que a caminhada seria longa e inúmeras seria as formas de auxiliar as pessoas que frequentam a equoterapia.

Primeiramente observou-se que os praticantes que chegavam para atendimento apesar de suas limitações demonstravam em seu olhar, sorriso ou gestos, sentimentos que não poderiam ser verbalizados, mas que seriam representados com o auxílio do animal.

Por seguinte, houve o entendimento que o cavalo apesar de parecer forte e resistente é extremamente vulnerável e necessita de carinho, na maioria das vezes se tornando empático com seu companheiro sentindo as reações que aconteceu a sua volta, por momentos pedindo cuidado, mas no maior tempo oferecendo para quem está montado.

Em continuação a este trabalho e envolvimento praticante cavalo, houve a observação que as pessoas que mais acompanhavam seus filhos para a equoterapia era mães e estas por muitas vezes com olhar cansado, tristes porem resistente demonstrando muito afeto por aquele filho. Em momentos este olhar solicitava um cuidado ou uma escuta, o que começou a ser rotina da equipe que estava para receber esta família havendo a necessidade era encaminhado, ouvido ou orientado.

Desta forma e após a convivência com diversas histórias felizes ou tristes, despertou o interesse de ouvir estas mães e associar suas falas a estudos para que mais pessoas possam estar atentas a despertar interesse por este campo de atuação pouco divulgado, porem de grande relevância para o cuidado não só do praticante, mas de suas mães.

Por haver este cuidado com as estas mães acompanhantes dos praticantes de equoterapia e observar o envolvimento com as conquistas e progressos dos filhos na terapia é que se deu oportunidade de aprofundar este estudo. Convidadas a participar, foram prontamente envolvendo-se ao assunto despertando interesse e questionamentos, como seria e que forma poderiam auxiliar.

Por meio de suas falas evidenciou-se que as mães presenciam realidades semelhantes de incertezas, medos, dificuldades em ter um diagnóstico, a procura por tratamento e

enfrentamento diário de rotina com escola, atividades terapêuticas e de lazer, bem como alimentação.

A assertividade em tratamento também se torna desgastante, pois nem sempre o organismo se adapta ao proposto.

Para as mães participantes o tratamento da equoterapia trouxe resultados positivos, sendo nomeados de forma satisfatória, possibilitando maior autonomia e independência na vida dos filhos, pensando na continuidade do progresso.

Como proposta final a este trabalho aos objetivos planejados, os resultados vieram ao encontro as expectativas da pesquisadora, onde seria dar voz as mães que vivenciam com seus filhos a rotina dos atendimentos e suas relações com a deficiência dos mesmos.

Porem observa-se que este método terapêutico ainda é pouco conhecido tanto pelas pessoas como pelos teóricos que contribuem para com o assunto.

Por ser constatado que existem benefícios e estes são relevantes na opinião das participantes o desafio ainda continua na divulgação deste trabalho para que seja abrangente a mais pessoas portadoras de necessidades especiais para que possam usufruir dos benefícios a que se proporciona.

A presente pesquisa se propôs o olhar para as mães de crianças com deficiência e suas relações com a equoterapia, no sentido de ouvir as suas vivências, seus sofrimentos e conquistas uma vez que a atenção maior é demandada as crianças e não as mães devido aos tratamentos necessários. Houve limitações neste sentido devido as poucas teorias desenvolvidas com o cuidado das mães, e também ao trabalho relacionado a equoterapia por se tratar de um método recente de cuidado, existem os benefícios comprovados pela pratica porem pouco divulgado, sendo o objetivo da pesquisa publicar os dados coletados.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA) **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, Aline Abreu e; TEODORO, Maycoln Leani Martins. Família e autismo: uma revisão da literatura. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 5, n. 2, dez. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.com.br>>. Acesso em: 25 de setembro. 2014.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA - ANDE. **Equoterapia**. 2005. Disponível em: <www.equoterapia.org.br>. Acesso em: mar. 2010.

BÁNSZKY, N.;KARDOS, E.; RÓZSA, L., et al The psychiatric aspects of animal assisted therapy. **Psychiatr. Hung.**, v. 27, 2012, p. 180-190.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BASIL, C. Os alunos com paralisia cerebral e outras alterações motoras. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. v. 3, p. 330-346.

BRESLAU, S.L.M., REIS, C. DOS., FARHA, A.H. Reabilitação Social em Equoterapia. Equoterapia: Teoria e pratica no Brail/ organizadores: Daniela Fonseca Genelhou Soares, Eduardo Freitas Pinto, Geralda aparecida Otona, Raquel Carvalho ferreira, Marlise Almeida da Silveira – Caratinga: FUNEC Editora, 2017. V.3, 480 p.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CELESTINE, E. C. **Trabalho e inclusão social de portadores de deficiência**. Osasco, SP: Editora Osasco, 2003.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e comportamentais do CID-10**. Organização Mundial de Saúde. Tradução de Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CIRILLO, Lélío de castro. Reeducação pela equitação. In: ANE q- **Associação Nacional de Equoterapia**. Brasília, 1992.

Classificación internacional de las deficiências, actividades e participación: um manual de las dimensiones de la in habilitación e su funcionamiento. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 1997.

CHAGAS, P.S.C. et al., classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Paulo, V12, nº 5, p. 409-416.

DIAMENT, Aron, CYPEL, Saul, **Neurologica Infantil**. São Paulo: Atheneu, 1996.

ESTANIESKI, I.I., GUARANY, N.R., Qualidade de vida, estresse e desempenho ocupacional

de mães cuidadoras de crianças e adolescentes autistas. *Rev Ter Ocup Univ, São Paulo*. 2015 maio-ago.; 26(2): 194-200.

FERNANDES L.B., Schlesener A., MOSQUERA C., TEIXEIRA R.M., Ensino de Arte e Autismo: um Relato de Extensão. **Revista Educação, Artes e Inclusão** Volume 5, número 1, Ano 2012 - ISSN 19843178. Disponível em: www.revistas.udesc.br. Acesso em: 24 de março. 2014.

FERREIRA, E.C.; GUIMARÃES, M. **Educação inclusiva**. Rio de Janeiro: DP &R, 2003.

FREIRE, H. B. G. **Equoterapia teoria e técnica**: uma experiência com crianças autistas. São Paulo: Vetor, 1999.

FONSECA, V. R. Artigo: O Tratamento dos transtornos autísticos. **Revista Psique Ciência e Vida**, ano VII, n. 98, 2014.

GAVARINI, G. Aspectos teóricos da reabilitação equestre. In Moura, W. (coord). **Coletânea de artigos traduzidos pela equipe de Princípio Programa de equoterapia do Pará**. Pará: Ande – Brasil, 1997.

GUIMARÃES, P. (Org). **Caminhos e conquistas na paralisia cerebral**: uma ação interdisciplinar pela vida. Salvador: Alvorada, 2005.

GOUVÊA, V. C. B. **Contribuições da psicomotricidade à equoterapia**. 2004. 44f. Monografia (Pós-Graduação “Lato Sensu” em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2004.

HERMANT, G., O corpo e a sua memória. São Paulo: Manoele, 1988.

LEITE, R.; MEIRELLES, L.M.A; MIIHOMEM, D.B. Medicamentos usados no tratamento psicoterapêutico de criança autistas em Terezina – PI. *Boletim Informativo Geun*, v.6 n. 3, p. 91-97, jul./set. 2015.

LEVITT, Sophie. **O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor**. São Paulo: Manoele, 2001.

LIMA, R.A.B.C., Envolvimento materno no tratamento fisioterapêutico de criança portadoras de deficiências: compreendendo dificuldades e facilitadores. 2006. 144/ Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

LIMA, ABM., org. A relação sujeito e mundo na fenomenologia de Merleau-Ponty. In: *Ensaio sobre fenomenologia: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 77-102. ISBN 978-85-7455-444-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

LINHARES, D.C.C. Avaliação neuropsicológica e cognitiva dos transtornos do espectro Autista. Porto Alegre: dezembro 2012. Monografia: (Programa de Pós-Graduação em Neuropsicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Disponível em: <www.lume.ufrgs.br>. Acesso em: 24 de março. 2014.

MESQUITA, N. S.; PEGORARO, R. F. Diagnóstico e tratamento do transtorno autístico em publicações brasileiros-Revisão de literatura. **Curso de Psicologia da Universidade Paulista**. Goiânia, maio, 2013.

MERLEAU- PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. (C.A.R.L. Moura, trad) São Paulo: Martins Fontes, 1996. (originalmente publicado em 1945.).

MILLER, Geoffrey; CLARK, Gary. **Paralisias cerebrais: causas, consequências e condutas**. São Paulo: Manoele, 2001.

ORRÚ, Silvia Ester. Autismo, linguagem e educação: interação social no cotidiano escolar. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Wak, 2012.

PANIAGUA, G. As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Em C. Coll, A. Marchesi & J. Palácios (Orgs.), **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais** (pp. 330- 346). Porto Alegre: Artmed. 2004

PASTORE, J. **Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência**. São Paulo: LTr, 2000.

PETEAN, E. B. L., e SUGUIHURA, A. L. M. (2005). Ter um irmão especial: convivendo com a Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Educação Especial**, 11(3), 445-460.

PINHEIRO, J.I. Reações posturais e reflexões do ser humano e suas relações com a Equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. Anais... Brasília: Ande Brasil, 1999. P. 107-113.

ROBERTS, Monty. **O homem que ouvia cavalos**. Tradução de Fausto Wolff 13ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

SANTANA, S. A. S. Meu Filho é Autista e Agora? **Revista Síndromes**, v. 3, n. 2, Mar./ Abril. 2013.

SCARPARO, H. (Org). Psicologia e Pesquisa: Perspectivas Metodológicas. Romero, S. **A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia**. Porto Alegre: Sulina, 2000.

SCHIMIDT,C., DELL' DD. BOSA, C.A. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo com dificuldades e com a emoção. *Psicol. Reflexão Crítica*, 2007, 20 (1): 124 – 31.

STERBA, J. A. et al. Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 44, p. 301-308, 2002.

UNTOIGLICH, Gisela, As Oportunidades Clínicas com Crianças com Sinais de Autismo e seus Pais. **Estilos Clin**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 543-558, set/dez. 2013. Disponível em: <www.pepsic.bvsalud.org>. Acesso em: 26 de março. 2014.

UZUM ALL. Equoterapia: Aplicação em distúrbios do Equilíbrio. São Paulo: Vetor; 2005

WALTER, G.B XII International Congress of Therapeutic riding FRDI. Cavalo e psicologia – A busca pela melhor qualidade de vida em neuroses e psicoses. Brasília, p. 41-46, 2006.

ZANATTA, E. A; MENEGAZZO, E.; GUIMARRÃES, A.N.; FERRAZ, L.; MOTTA, M.G.C., Cotidiano de Famílias que convivem com o autismo infantil. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v.28, n.3, p.271-282, set/dez. 2014.

7 APÊNDICES

Comitê de Ética em Pesquisa

CEP | URI Erechim



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa A EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, E AS IMPLICAÇÕES DO ATENDIMENTO DE EQUOTERAPIA que tem como objetivo compreender a experiência de mães de crianças com deficiência que participam de atendimento equoterapico em relação ao impacto deste tratamento.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: Participarão da presente pesquisa 6 mães de crianças com necessidades especiais que participam do programa de equoterapia do Patronato São José. Serão incluídas na amostra, mães que tem seus filhos com paralisia cerebral ou autismo e estejam em atendimento equoterapico há pelo menos 3 meses. Os participantes responderão a perguntas de um roteiro de entrevista a ser realizado através de um encontro de grupo com os participantes. Para o presente estudo será utilizado a metodologia de grupos focais para a coleta de dados, onde consiste numa sessão grupal informal de pessoas, que representam os sujeitos do estudo, para discutir vários itens de um assunto específico. Após colhido os dados estes serão analisados com o auxílio do método fenomenológico que propõe uma descrição da experiência vivida da consciência, mediante o expurgo de suas características empíricas e sua consideração no plano da realidade essencial. Trata-se, pois, de um tipo de pesquisa que busca descrever e interpretar os fenômenos que se apresentam à percepção. A obtenção dos dados necessários para este estudo, será através de um encontro, este não deverá passar de 45 minutos sendo o encontro gravado em áudio.

Durante a execução do projeto será identificado quais as experiências de mães de crianças com deficiência que participam de atendimento equoterapico. Por meio destas experiências, descrever os sentimentos vivenciados durante a descoberta do diagnóstico, relatar as estratégias adotadas na vida cotidiana antes e depois do tratamento equoterapico. É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como, angustias, dificuldades e lembranças de vivências. Dos quais, medidas serão tomadas para sua redução, tais como, escuta sensível e suporte emocional.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem direito de:

1. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação.

3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Ser indenizado, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Procurar esclarecimentos com a Sra. Marisa Calgarotto, por meio do número de telefone: 54 999588781 ou no endereço Av XV de Novembro 55 sala 53, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.
7. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Professor pesquisador: _____

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do aluno-pesquisador: _____

Apêndice 2 – Termo de Autorização da Instituição

Termo de Autorização da Instituição

Eu, Edson de Geroni, abaixo assinado, responsável pelo Patronato Agrícola e Profissional São José, autorizo a realização do estudo A EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, E AS IMPLICAÇÕES DO ATENDIMENTO DE EQUOTERAPIA, a ser conduzido pela pesquisadora abaixo relacionada. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades:

Participantes

Participarão da presente pesquisa 6 mães de crianças com necessidades especiais que participam do programa de equoterapia do Patronato São José. Serão incluídas na amostra, mães que tem seus filhos com paralisia cerebral ou autismo e estejam em atendimento equoterapico há pelo menos 3 meses.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a pesquisa, será a Carta de Autorização da Instituição, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para as participantes, Roteiro de Entrevista com questionário de categorização a ser aplicado através de Grupo Focal aos participantes.

Procedimento de Coleta de Dados

Para o presente estudo será utilizado a metodologia de grupos focais para a coleta de dados, onde consiste numa sessão grupal informal de pessoas, que representam os sujeitos do estudo, para discutir vários itens de um assunto específico. Assim, trata-se de um método qualitativo de pesquisa, que permite aos componentes do grupo uma conversa sobre o foco da pesquisa, podendo o pesquisador identificar opiniões, sentimentos, formas de pensar, entender e interpretar a realidade por parte das pessoas que compõem um grupo focal. (SCARPARO,2000).

A obtenção dos dados necessários para este estudo, será através de um encontro, este não deverá passar de 45 minutos devido a outros compromissos das mães. O encontro será gravado em áudio. Como facilitador da conversa, será organizado pela pesquisadora um roteiro com temáticas para melhor conduzir o grupo e a coleta de dados, sendo estas questões de acordo com os objetivos da pesquisa em foco. As perguntas serão abertas possibilitando as participantes expressarem suas percepções e discutir a respeito das questões apresentadas.

Procedimento de Análise de Dados

Após colhido os dados estes serão analisados com o auxílio do método fenomenológico que propõe uma descrição da experiência vivida da consciência, mediante o expurgo de suas características empíricas e sua consideração no plano da realidade essencial. Trata-se, pois, de um tipo de pesquisa que busca descrever e interpretar os fenômenos que se apresentam à percepção.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 2018.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Marisa Calgarotto

Apêndice 3 - Roteiro de questionário para Grupo Focal

- **Cotidiano de vida familiar**
- **Os primeiros tratamentos e as expectativas**
- **A descoberta da equoterapia**
- **Após o início da equoterapia quais os benefícios encontrados**
- **Se existir benefícios quais os mais observáveis**