

OS BENEFÍCIOS DA EQUOTERAPIA NA CRIANÇA AUTISTA

Mariana Carneiro Pinto*

Ana Caroline Fernandes Marafon**

RESUMO

A Equoterapia é uma terapia que utiliza o cavalo como movimentador do tratamento. O autismo é uma patologia que afeta o desenvolvimento de forma global, com dificuldade de comunicação, socialização e comportamento; algumas crianças apresentam dificuldade na fala, mas outras não. Essa patologia não possui um diagnóstico concreto, baseia-se apenas na observação do quadro clínico. O tratamento para o autista é muito amplo trazendo uma melhora na qualidade de vida. O objetivo geral desta pesquisa foi verificar os benefícios da equoterapia na criança autista. O método de pesquisa foi em fontes de dados como: Scielo, Lilacs, Bireme, revistas onde foram consultados artigos originais, de revisão e livros de equoterapia. A equoterapia traz muitos benefícios para a criança autista na área social, física e educacional.

Palavras-chave: Equoterapia. Autismo. Tratamento.

ABSTRACT

The Hippotherapy is a therapy that uses the horse as a treatment mover. Autism is a pathology that affects the development in a global way, with difficulty to communicate, socialize and behavior; some children have hard time to speak, but others not. This disease has no accurate diagnosis; it is based not only observation of clinical chart. The treatment for autism is very wide, bringing a better quality of life. This research aims at confirming the benefits of hippotherapy in children with autism. The research method was based in sources such as: Scielo, Lilacs, Bireme, which

* Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Patos de Minas (FPM).
marianacarneiro18@yahoo.com.br

** Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca – SP (UNIFRAN).
carolfmarafon@hotmail.com

magazines were consulted original and review articles, and books hippotherapy. Hippotherapy brings a lot of benefits for autistic children in physical, educational and also social areas.

Keywords: Hippotherapy. Autism. Treatment.

1 INTRODUÇÃO

A Equoterapia é um método terapêutico e educacional que tem a utilização do cavalo dentro de um contexto interdisciplinar, que envolve as áreas da saúde, educação e equitação e busca o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiências e/ou necessidades especiais (ANDE-BRASIL, 2011).

Ande-Brasil (2011) caracteriza também o passo como andadura simétrica, marchada, em quatro tempos, sempre na mesma ordem. O trote também é uma andadura simétrica, mas saltada fixada em dois tempos e o galope é uma andadura assimétrica, saltada em três tempos.

O trabalho que a equipe interdisciplinar representa na equoterapia é essencial, pois ela avalia cada caso, escabele as metas e traça o melhor caminho para alcançá-las. Sendo composta por o adestrador do cavalo, psicólogo e fisioterapeuta mas tendo necessidades de outros profissionais (SILVA, 2004).

O autismo para Klin (2006) refere a muitos distúrbios de socialização tendo um início precoce, uma ruptura no desenvolvimento, principalmente, nas relações pessoais, um prejuízo na linguagem e na comunicação e afetando também o aprendizado.

Até hoje não se sabe um diagnóstico certo para o autismo, é diagnosticado através do quadro clínico do paciente e a sua incidência é mais em meninos do que meninas e com uma proporção de 4:1.

Os quadros que compõem autismo caracterizam-se por impedimentos graves e crônicos nas áreas de interação social, comunicação verbal e não verbal e interesses. Dentre os transtornos estão o Autismo Infantil e a Síndrome de Asperger que pertence a essa condição (TAMANAHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008).

Medeiros e Dias (2003) fala que a equoterapia auxilia no desenvolvimento das áreas sensório-motoras e das funções neuromotoras cerebrais que são

responsáveis pelo desenvolvimento do tônus muscular, controle de cabeça, desenvolvimento do equilíbrio de tronco, ativação muscular, normalização do tônus muscular, melhora da auto-confiança, autoestima, iniciativa, integração sensorial, flexibilidade, relaxamento, conscientização do próprio corpo e aperfeiçoamento da coordenação motora.

É importante pesquisar sobre os benefícios que a equoterapia oferece para a melhora na qualidade de vida nas áreas cognitivas, sociais e educacional do autista. Apesar de apresentar pouca literatura sobre esses benefícios, espera-se que através desta pesquisa surjam novas descobertas nessa área.

Portanto o objetivo geral do artigo é falar sobre os benefícios da equoterapia na criança autista. Tem como objetivo específico definir e caracterizar o autismo, ressaltar e compreender o que é o tratamento da equoterapia e destacar os principais benefícios que a equoterapia trará para a criança autista.

Este estudo foi construído através do levantamento de dados encontrados na literatura já existente. Foram realizadas pesquisas bibliográficas em livros de equoterapia, nas bases de dados: Scielo, Lilacs, Bireme e revistas onde foram encontrados artigos de revisão e originais. As palavras-chave para a pesquisa foram: Equoterapia e Autismo e Tratamento, tendo publicações de autores antigos de 1943, 1944, 1992 falando da historia do autismo, mas dando ênfase nas publicações de 2000-2011.

Este artigo contém três sessões que enfocam: Equoterapia, Autismo e Equoterapia e seus benefícios.

2 EQUOTERAPIA

A partir de 1960, a equoterapia, cresceu muito, resultante do reconhecimento, já histórico, das qualidades terapêuticas que o cavalo representa para o corpo e mente humano. Esse termo passou a ser usado para descrever todos os possíveis usos terapêuticos do cavalo (COPELAND-FITZPATRICK; TEBAY, 1998).

A equoterapia é uma terapia com a utilização do cavalo como movimentador do tratamento. É um animal dócil, de porte e força, onde se pode montar e manusear. O praticante e o cavalo possuem um relacionamento de harmonia que é de extrema importância para o tratamento (TOIGO; LEAL JÚNIOR; ÁVILA, 2008).

A altura do cavalo é importante para a segurança durante as sessões. O terapeuta ou o auxiliar lateral tem que estar seguro de que o paciente permaneça sempre bem centralizado no cavalo. Para que isso ocorra, eles têm que descansar o antebraço em torno dos quadris do praticante. O cavalo ideal tem que ter 1,50 m de altura (ANDE-BRASIL, 2011).

São vários os profissionais envolvidos na equoterapia segundo Lermontov (2004) cada um com sua função no plano terapêutico traçado, dependendo da evolução do praticante. Dentre esses profissionais se encontram: médico, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico, instrutor de equitação e demais profissionais da área de equitação e do trato animal. E a Ande-Brasil (2011) fala que a equipe deve conter no mínimo três profissionais um fisioterapeuta, um psicólogo e um profissional de equitação habilitado.

Dias e Medeiros (2003) afirmam que possuem várias indicações para o atendimento de equoterapia, onde envolve patologias que têm a necessidade de ganhos físicos, psíquicos, educacionais e sociais, como: paralisia cerebral, síndromes neurológicas, acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, entre outras. E também distúrbios psicossociais como autismo, hiperatividade, deficiência mental, dificuldade do aprendizado e alterações do comportamento.

Ande-Brasil (2011) relata também que existem contras indicações para a equoterapia como: distrofia muscular - quando o paciente logo após a sessão de equoterapia apresente a fadiga, comprometendo sua qualidade de vida; epilepsia - quando a atividade motora, o tônus muscular e a consciência não estejam controlados; hidrocefalia - quando não se pode adaptar um capacete apropriado; osteoporose - quando for moderada à severa e que tenha indícios de fratura; luxação de quadril - se apresentar dor ou pouca amplitude de movimento; hipertensão - quando não se tem controle médico e quando apresenta fobia do animal.

Essa terapia utiliza cavalo como instrumento de cinesioterapia, onde exige a participação do praticante, proporcionando benefícios na melhora do equilíbrio,

força muscular, relaxamento e no desenvolvimento (BOTELHO; OLIVEIRA; SOUZA, 2003).

O cavalo estimula o equilíbrio através de padrões do movimento humano tornando-se o fundamento da equoterapia. O andar a cavalo estimula o equilíbrio corpóreo. O fato de estar montado leva a leves movimentos de cabeça, patas e respiração do cavalo, proporcionando-nos o equilíbrio (UZUN, 2005).

Para Ande-Brasil (2011) um centro adequado de equoterapia em dias de chuva, frio, sol forte, pode ser um picadeiro coberto ou galpão. O piso dos locais para equoterapia deve ser areia, grama, ou terra batida, evitando-se solos duros e com pedras; os locais ao ar livre devem ser cercados e terem limites claros e porteira para evitar saídas indesejadas e outras situações constrangedoras.

A equoterapia busca proporcionar uma melhora no desenvolvimento biopsicossocial, através do movimento do cavalo, nos aspectos motores e também nas questões psicológicas e cognitivas trabalhando em ligação, sujeito-cavalo-terapeuta, trabalha também a relação social do praticante com outros novos ambientes (SILVA; GRUBITS, 2004).

No tratamento da equoterapia pode se realizar descarga de peso, mover os membros inferiores e para os membros superiores pode realizar movimentos em diagonais, sendo com o cavalo parado ou ao passo (SANTOS, 2005).

A equoterapia pode ser utilizada em tratamentos convencionais ou até mesmo em rotineiros para melhorar o motor e também o cognitivo dos praticantes que a utilizam. Ela possui o movimento do cavalo denominado, movimento tridimensional, onde se assemelha ao andado do ser humano, estimulando a movimentação ativa do praticante pelos movimentos do animal (COPETTI et al., 2007).

A equoterapia possui quatro programas básicos: hipoterapia - o praticante não apresenta condições físicas ou emocionais para posicionar e montar sozinho no cavalo; educação/reeducação - o praticante apresenta condições de exercer algum controle sobre o cavalo, mas tendo um equilíbrio de atuação dos especialistas; pré-esportivo - o praticante já apresenta condições para governar o cavalo; esportiva para equestre - utilizado na reabilitação e educação com a finalidade de preparar atletas para as competições esportivas (ANDE-BRASIL, 2011).

Segundo a Ande-Brasil (2011) os integrantes da equipe de apoio para a sessão de equoterapia possuem uma ligação com pessoas com necessidades

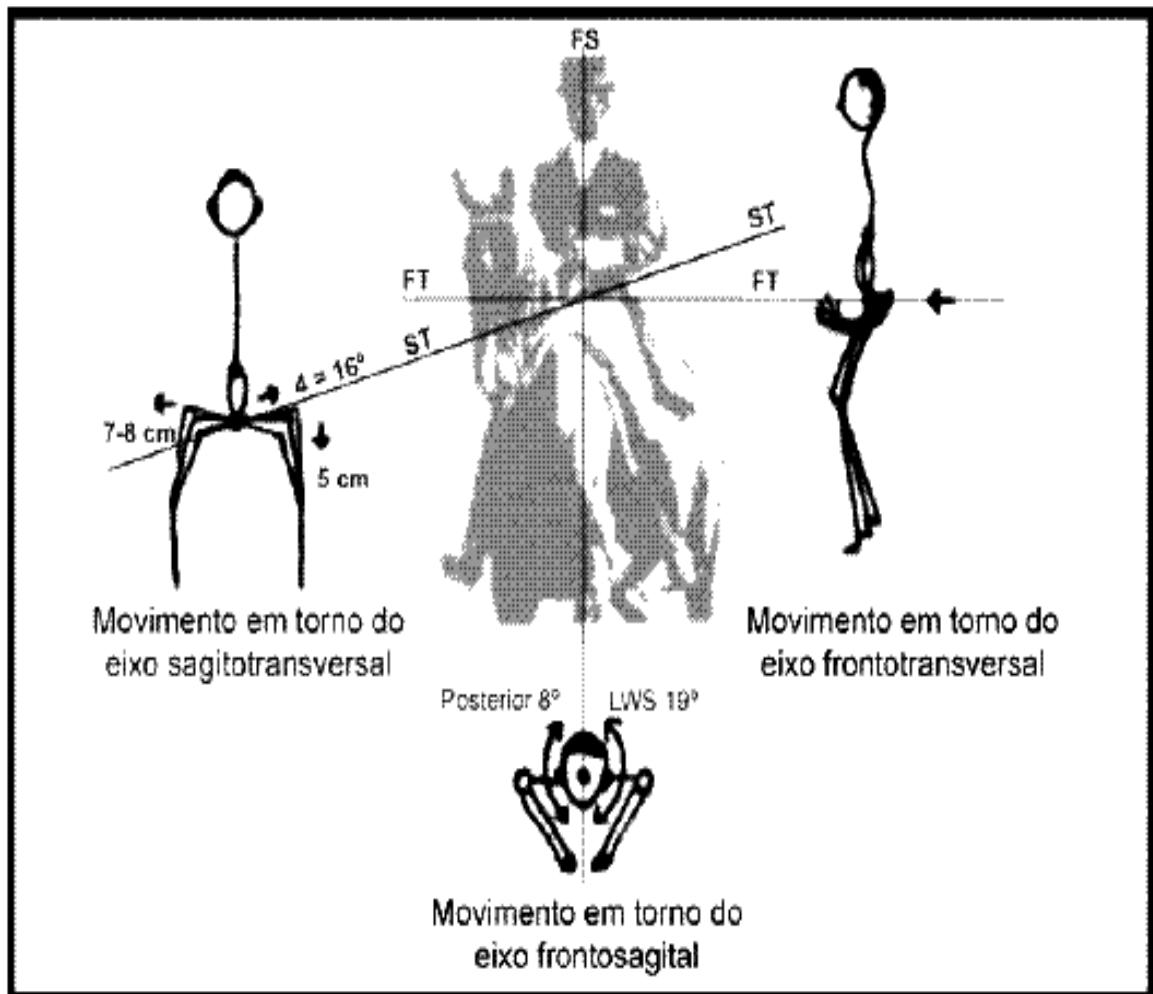
especiais e/ou deficiências, onde recebem o devido treinamento. O auxiliar-guia é a pessoa que conduz o cavalo do praticante, com atenção, sempre atento as orientações do mediador e também às reações do animal. Já o auxiliar lateral é aquele que acompanha o praticante durante as sessões prestando atenção na segurança e ainda o tratador que é responsável pelos cuidados básicos do cavalo podendo auxiliar o guia.

O cavalo possui três andaduras naturais: passo, trote e galope. Dentre essas, a mais utilizada na equoterapia é o passo, pois é a andadura natural do cavalo caracterizada por ser ritmada, em quatro tempos, ou seja, ouvem-se quatro batidas distintas, nítidas e compassadas que correspondem ao pousar do animal (DIAS; MEDEIROS, 2002).

Medeiros e Dias (2003) afirmam também que o trote e galope são andaduras saltados, sendo o trote movimentos simétricos e o galope assimétrico, onde seu esforço é maior e seus movimentos mais rápidos, exigindo mais força para acompanhar os movimentos do animal. É indicado apenas para praticantes na fase pré-esportiva, pois apresentam boas condições motoras.

O andamento do cavalo é importante para o tratamento da equoterapia. O cavalo transmite ao praticante uma série de movimentos sequenciados, sendo o passo a andadura mais utilizada. Consiste em um movimento tridimensional em varias direções: vertical (para cima e para baixo), horizontal (para esquerda e para direita) e longitudinal (para frente e para trás) conforme a Figura 1 (ANDE-BRASIL, 2011).

Figura 1 - Movimento Tridimensional do cavalo



Fonte: SILVA; GRUBITIS, 2004, p. 5

A equoterapia é um recurso terapêutico que pode ser aplicado às áreas de Saúde (pessoas com necessidades especiais físicas, sensoriais e/ou intelectuais); educação (indivíduos com necessidades educativas especiais) e social (indivíduos com distúrbios evolutivos e/ou comportamentais) (SILVA; GRUBITIS, 2004).

3 AUTISMO

As primeiras publicações sobre autismo foi do psiquiatra austríaco Leo Kanner em 1943 denominado inicialmente como distúrbio autístico do contato afetivo

e logo mais tarde esse termo foi substituído por autismo infantil precoce. O psiquiatra descreveu o caso de onze crianças que apresentavam um quadro que era considerado raro, no qual o comprometimento mais importante era a incapacidade para o relacionamento desde o início de suas vidas (KANNER, 1944).

O nome distúrbios autísticos do contacto afetivo é um quadro caracterizado por autismo extremo, obsessividade, estereotípias, ou seja, movimentos repetitivos do corpo e ecolalia, onde a criança repete os mesmos sons (KANNER, 1943).

Klin (2006) relata que há uma maior incidência de autismo em meninos do que meninas devido o grau de funcionalidade intelectual sendo uma proporção em média de 3,5 a 4,0 meninos para cada menina. Mas ainda não está claro por que as mulheres têm uma menor representação na faixa sem retardo mental, uma possibilidade é de que os homens possuam um limiar mais baixo para disfunção cerebral do que as mulheres, ou, ao contrário, de que um prejuízo cerebral mais grave poderia ser necessário para causar autismo em uma menina. Se uma pessoa com autismo for uma menina, ela teria maior probabilidade de apresentar prejuízo cognitivo grave.

O Autismo Infantil foi caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestando antes dos três anos de idade e apresentando perturbação do funcionamento nas seguintes áreas: interação social, comunicação e comportamento repetitivo. A incidência populacional é em torno de 2-5 indivíduos para 10.000 e o predomínio para o sexo masculino (4:1) (TAMANAH; PERISSINOTO; CHIARI, 2008).

Tabela 1: Lista de sintomas do transtorno autista em cada área.

| |
|--|
| <p>Comprometimento qualitativo da interação social:</p> <p>(a) Comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;</p> <p>(b) Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento (i.e., à sua faixa etária);</p> <p>(c) Ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse); Ausência de reciprocidade social ou emocional.</p> <p>Comprometimento qualitativo da comunicação:</p> <p>(a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);</p> <p>(b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa;</p> <p>(c) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;</p> <p>(d) Ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento (i.e., da sua faixa etária).</p> <p>Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades:</p> <p>(a) Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;</p> <p>(b) Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais;</p> <p>(c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);</p> <p>(d) Preocupação persistente com partes de objetos.</p> |
|--|

Fonte: SILVA; MULICK, 2009, p. 119

A ideia do déficit cognitivo, que envolve o autismo tem sido desenvolvida e relaciona como uma deficiência intelectual, pois cerca de 70-86% dos autistas são deficientes intelectuais (BURACK, 1992).

As etiologias do autismo se modificam gradativamente ao longo do tempo, como conhecimento principal a etiologia afetiva e a incapacidade relacional e também por falhas cognitivas e sociais (TAMANHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008).

As crianças autistas possuem menor capacidade de diferenciar estados mentais através das expressões faciais do que crianças que não apresentam a patologia, e essa dificuldade não se devem ao simples comprometimento da inteligência geral, pelo contrário, ela sabe o que significa todos os elementos que

compõe aquela expressão facial, mas não consegue juntá-los e atribuir a um significado específico (ASSUMPÇÃO JUNIOR et al., 1999).

As dificuldades na interação social em Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) podem iniciar sua manifestação através do isolamento; às vezes não possui contato visual ou mesmo auditivo; dificuldade em participar de atividades em grupo; indiferença afetiva, não possui contato social e quando esses indivíduos se tornam adultos, pode ocorrer uma melhora no que se refere ao isolamento social (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Crianças com funcionamento cognitivo mais baixo, geralmente, tendem a ser mais isoladas e a criança pode aceitar passivamente a interação, mas raramente a procura, enquanto que em um funcionamento mais alto é possível que a criança se interesse pela interação (KLIN, 2006).

O prejuízo linguístico no autismo envolve problemas de comunicação não verbal, problemas simbólicos, como gestos, apontarem para algo, problemas na fala e na sua compreensão. Há falhas também nas habilidades que antecedem a linguagem como o balbucio, imitação e em significados de objetos (LAMPREIA, 2004).

Paul (2003) relata que quanto mais cedo ocorre o desenvolvimento da linguagem na criança autista é melhor para seu resultado, ou seja, até aos cinco anos de idade se não desenvolver a fala é considerado como um atraso significativo, trazendo um prognóstico desfavorável.

As dificuldades na comunicação, tanto na verbal quanto na não verbal ocorrem em graus diferentes. Algumas crianças não possuem habilidades para comunicação. Já outras apresentam uma linguagem subdesenvolvida que é caracterizada por ecolalia, conseguindo ou apresentando uma dificuldade em manter uma conversação, como compreender linguagens, piadas e apresentam uma falta de sintonia. Os déficits de linguagem e de comunicação podem continuar na vida adulta. Já os padrões repetitivos e estereotipados que são características do autismo, apresentam uma determinada rotina, não aceitando mudanças, apresenta um apego muito grande em determinados objetos, em brincadeiras tem uma finalidade de organizar e alinhar aqueles brinquedos. Em movimentos repetitivos como bater palma, repetir palavras, andar em círculos etc. No adulto continua várias coisas, mas concentram em interesses que cercam sua vida diária (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Na literatura existem algumas caracterizações mais conhecidas para o autismo como: Síndrome de Asperger, autismo clássico e o autismo atípico.

A Síndrome de Asperger tem como característica prejuízo na interação social, na questão dos interesses e comportamentos limitados, bem parecidos com o autismo, mas não possui nenhum retardo na linguagem falada ou na sua percepção, no desenvolvimento cognitivo, nas suas habilidades de autocuidado e curiosidades no ambiente. Alguns interesses que ocupam sua atenção, tendência em falar em monólogo e também falta de coordenação motora são típicos da condição (KLIN, 2006).

O quadro da Síndrome de Asperger apresenta um diagnóstico incerto, que se caracteriza por perturbações qualitativas na área de interação social e interesses. Onde se difere muito do autismo infantil pelo fato de que não apresenta retardo ou alteração na linguagem (TAMANHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008).

O autista clássico é caracterizado com ausência de comunicação verbal e deficiência mental grave; as anormalidades no desenvolvimento, geralmente, são detectadas nos primeiros anos de vida, persistindo até a idade adulta (LAMB et al., 2000).

KLIN (2006) afirma que a heterogeneidade das manifestações comportamentais, os diferentes graus de comprometimento e também os múltiplos fatores etiológicos deram origem ao termo Transtornos do Espectro do Autismo, o qual engloba o Autismo, Síndrome de Asperger e Autismo Atípico.

Para a família da pessoa com autismo é muito difícil às atividades sociais, pois eles tentam transformar o clima emocional no qual vive. A família se une a disfunção de suas crianças, pois é um fator determinante no início de sua adaptação (SPROVIERI; ASSUMPTÃO JUNIOR, 2001).

O estresse dos pais de crianças autistas pode estar associado a vários fatores como o prejuízo cognitivo da criança; a gravidade dos sintomas e as tendências que o filho tem de ser agressivo, após um fator que favorece muito quando percebido, o suporte social favorece muito no ajustamento familiar (FÁVERO; SANTOS, 2005).

Klin (2006) afirma também que o autismo e os transtornos relacionados, podem estar vinculados a fatores genéticos, e no fato de que podem ser encontradas dificuldades sociais em familiares desses pacientes, mesmo que esses, não preencham critérios para um diagnóstico clínico.

Para o diagnóstico da criança autista é basicamente observado o quadro clínico, não havendo um fator para a causa principal (COSTA; NUNESMAIA, 1998).

Bosa (2006) relata que o tratamento com as crianças pequenas, deveria ter como prioridade a terapia da fala, da interação social associada com a linguagem, educação especial e o mais importante o suporte familiar, pois esse é o momento que a família mais precisa. Com adolescentes, o primordial seria trabalhar com grupos de habilidades sociais, terapia ocupacional e sexualidade. Com adultos, mais questões de moradias.

O tratamento é complexo, centrado-se em uma abordagem medicamentosa destinada a redução de sintomas mais acometidos representados, principalmente, por agitação, agressividade e irritabilidade, que impedem o encaminhamento dos pacientes a programas de estimulação, educacionais e sociais (ASSUMPÇÃO JUNIOR; PIMENTEL, 2000).

4 EQUOTERAPIA E SEUS BENEFÍCIOS

A fisioterapia na equoterapia segundo Uzun (2005) tem como finalidade a prevenção e o tratamento de patologias, como a reabilitação e o desenvolvimento do seu estado atual, através do cavalo. Cabe ao profissional o posicionamento do praticante no cavalo, de acordo com os objetivos de estimulação, com escolhas de acessórios para o auxílio na montaria e também um cuidado com o transporte do praticante para o cavalo e para o solo.

Santos (2005) encara o cavalo como um instrumento cinesioterapêutico no atendimento dos pacientes com deficiências, trazendo uma melhora motora do alinhamento corporal, controle das sinergias globais, aumento do equilíbrio estático e dinâmico. Sendo o fisioterapeuta o profissional principal habilitado na prevenção, ao diagnóstico e tratamento, conduzindo de forma terapêutica, ou seja, a cinesioterapia.

Lermontov (2004), afirma que fisicamente a equoterapia traz muitos benefícios, através dos movimentos tridimensionais do cavalo que é essencial para

o tratamento. A melhora do equilíbrio, da postura e da marcha das crianças está no simples sentar no cavalo, tendo o ajuste tônico.

As fases do trabalho com autistas na equoterapia são importantes para o contado com o animal, Freire (1999) descreve essas fases como: fase de aproximação, onde o praticante conhece o animal e suas características que são os movimentos, pelagem entre outros, que estimula a curiosidade e a oportunidade de comparação; a fase da descoberta é descrita em duas etapas, a primeira que é feita no solo que estimula o contato efetivo com o cavalo e a segunda em montaria parada para que ele tenha uma adaptação e percepção com o animal; a fase educativa que se diz respeito a sessão e a fase de ruptura que é muito importante para a continuidade do trabalho, pois a criança precisa entender que ao terminar a sessão não quer dizer que ela não retornará.

Freire (2004) enfatiza também que as crianças poderão ter dificuldades em aprender através de instruções verbais, sendo necessária uma paciência para a repetição e orientação corpórea. O terapeuta deve tornar a sessão movimentada e interessante, com objetos que chamem a atenção para impedir que as crianças abandonem o tratamento. Mas muitas vezes a criança não possui o interesse ou apresenta pouco por outros participantes ou instrutores, pois tem mais intimidade com apenas uma pessoa ou apenas um cavalo. É importante esclarecer limites, direções claras e curtas para melhor entendimento da criança, mantendo o contato ocular e elogiar quando estiver certo.

A equoterapia apresenta um conjunto muito rico de benefícios físicos, psicológicos e sociais. Uma melhora no equilíbrio e na postura, a coordenação motora geral e em partes, a melhora do tônus muscular, a dissociação de movimentos, a consciência corporal, melhora também na respiração e circulação, ganhos nas atividades de vida diária, integração dos sentidos e dentre outros (LERMONTOV, 2004).

Garrigue (1999) relata vários efeitos terapêuticos alcançados com a equoterapia: melhora da relação, tanto nos aspectos da comunicação, do autocontrole, da autoconfiança, da atenção entre outros; melhora da psicomotricidade, na melhora do tônus, equilíbrio, postura, da integração do gesto para a compreensão de uma ordem recebida ou por uma imitação; melhora da natureza técnica, aprendizagem referente ao cuidado com os cavalos e também com as técnicas de equitação; melhora da socialização, facilitando a integração dos

indivíduos com danos cognitivos ou corporais com os outros participantes e também com a equipe.

Freire (2000) enfatiza que a equoterapia é um importante tratamento terapêutico complementar, que proporciona vários resultados positivos no tratamento do Autismo.

Para a autora Freire (2004) o desenvolvimento da motricidade das crianças autistas na equoterapia, ajuda de imediato nos hábitos de independência, sugerindo uma necessidade de um trabalho intensivo, podendo atingir também os aspectos afetivos, sociais e cognitivos, fazendo com que encoraje o praticante a obter independência sobre o cavalo.

Este recurso terapêutico pode melhorar também as relações sociais da criança autista mostrando a realidade do mundo externo e adequações no tônus postural, a satisfação e a auto confiança sejam obtidos, sendo assim, paciência e tato que são necessários para ajudar o autista a eliminar seus medos e também aprender a montar (FREIRE, 2003).

Logo após o tratamento, a criança apresenta a percepção do outro, jogo social, mímicas, postura, gestos para a interação, percepção ao mundo externo, exploração, iniciativa própria e também relacionamento com o cavalo (FREIRE, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autismo é originado de alterações no processo de socialização, levando a impactos no desenvolvimento das atividades e adaptação, da comunicação e imaginação sociais, entre outros comprometimentos em que o tratamento da equoterapia ajuda muito na melhora dessas alterações.

A revisão da literatura realizada neste artigo teve como principal objetivo mostrar os benefícios do tratamento da equoterapia na criança autista. Até hoje não se descobriu a cura para o autismo, mas os benefícios que a equoterapia traz, têm contribuído para uma melhora na qualidade de vida dessas crianças no contingente físico, educacional e social. Apesar de encontrar pouca literatura nesse universo,

descrições de mais casos contribuiriam, de forma efetiva, para que o autismo e seu tratamento fossem mais bem compreendidos e analisados.

Sabe-se que muito ainda tem que ser conquistado nesse contingente do autismo para proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas com essa deficiência – um número expressivo de seres humanos – pois nesse contexto incluem-se os familiares dos pertencentes a esse grupo, que muito sofrem, buscando um melhor ajuste para seus entes queridos nesse contexto social.

Entretanto não se pode desprezar as experiências e descobertas já consolidadas neste campo. Sabe-se que associadas a outras advindas dos estudiosos dessa causa, abrirão melhores possibilidades de inclusão aos que hoje se posicionam nesse grupo. Fica aqui a torcida para que estudiosos optem por dedicar a esta problemática do mundo social, que é um sofrimento para as crianças e familiares.

REFERÊNCIAS

ANDE-BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. **Curso básico de equoterapia**. Brasília, DF: Coordenação de Ensino, Pesquisa e Extensão - COEPE, p. 15-183, 2011.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; PIMENTEL, A. C. M. Autismo Infantil. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, p. 37-39, dez, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462000000600010&script=sci_arttext> Acesso em: 6 ago. 2012.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. et al. Reconhecimento Facial e Autismo. **Arq. Neuro-psiquiatr**. São Paulo, v. 57, n. 4, p. 944-949, dez, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v57n4/1160.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2012.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 28, p. 47-53, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2012.

BOTELHO, L. A. A.; OLIVEIRA, B.G.; SOUZA, S. R. N. O efeito da equoterapia na espasticidade dos membros inferiores. **Med. Reabilitação**. v. 22, n. 1, p. 11-13,

jan./abr, 2003. Disponível em:
<http://www.spmfr.org.br/secao_detalhes.asp?s=13&id=27>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BURACK, J. A. Debate and argument: clarifying developmental issues in the study of autism. **J. Child Psychol Psychiatr.** v. 33, p. 617-21, mar, 1992.

COPELAND – FITZPATRICK, J.; TEBAY, J. M. Hipotherapy and therapeutic riding: **An international review publications**, p. 41 – 58, 1998.

COPETTI, F.; et al. Comportamento angular do andar de crianças com síndrome de Down após intervenção com equoterapia. **Rev. Brasileira de Fisioterapia.** São Carlos, v. 11, n. 6, p. 503 – 507, nov./dez, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a13.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.

COSTA, M. I. F.; NUNESMAIA, H. G. S. Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. **Arq. Neuro-psiquiatr.** São Paulo, v. 56, n. 1, p. 24-31, mar, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n1/1860.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2012.

DIAS, E.; MEDEIROS, M. **Equoterapia: Bases e Fundamentos.** 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

FÁVERO, M. A. B; SANTOS, M. A. Autismo Infantil e Estresse Familiar: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Psic: Reflexão e Crítica**, v.18, n. 3, p. 358-369, dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a10v18n3.pdf>> Acesso em: 19 set. 2012.

FREIRE, H. B. G. Equoterapia teoria e técnica: uma experiência com crianças autistas. São Paulo: Vetor, v. 1, p. 266, 1999.

FREIRE, H. B. G. Equine therapy as a therapeutic recourse in the treatment of autistic children. **Scientific and Education Journal of Therapeutic Riding**, v. 18, p. 77-82, 2000.

FREIRE, H. B. G. Case Study: Therapeutic Riding and a child with atypical autistic condition. **Anais... XI INTERNATIONAL CONGRESS: The Complex Influence of Therapeutic Horse Riding**, 2003.

FREIRE, H. B. G. O Pônei como Recurso Facilitador no Trabalho de Equoterapia. In: CONGRESSO IBERO AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1., 2004, Bahia, **Anais...III CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA**. Salvador – Bahia, 2004.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **J. de Pediatria**. Porto Alegre, v. 80 n. 2, p. 83-94, abr, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa10.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

GARRIGUE, R. A prática da Equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: ANDE/BRASIL, 1999. p. 19-24.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nerv. Child**. v. 25, p. 217-50, 1943. Disponível em: <http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1943.html>. Acesso em: 06 mar. 2012.

KANNER, L. Early infantile autism. **J. of Pediatrics**, v. 25, p. 211-217, 1944.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 28, p. s3-s11, maio, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462006000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 mar. 2012.

LAMB, J. A. et al., Autism: recent molecular genetics advances. **Hum. Mol. Genet**. v. 9, n. 6, p. 861-868, jan./fev, 2000. Disponível em: <<http://hmg.oxfordjournals.org/content/9/6/861.full.pdfhtml>>. Acesso em: 01 out. 2012.

LAMPREIA, C. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicol. Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p.111-120, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n1/22311.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

LERMONTOV, T. **Psicomotricidade na equoterapia**. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

MEDEIROS, M.; DIAS, E. **Distúrbios da aprendizagem: a equoterapia na otimização do ambiente terapêutico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PAUL, R. Promoting social communication in high functioning individuals with autistic spectrum disorders. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**. New Haven, USA, v. 12, n. 1, p. 87-106, 2003.

SANTOS, S. L. M. **Fisioterapia na Equoterapia**: Análise de seus efeitos sobre o portador de necessidade especial. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2005.

SILVA, C. H.; GRUBITS, S. Discussão sobre o efeito positivo da equoterapia em crianças cegas. **Rev. de Psicologia da Vetor Editora**. 1. ed. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 06-13, dez, 2004.

SILVA, C. H. **Equoterapia para cegos**: teoria e técnica de atendimento. Campo Grande, MS: UCDB, 2004.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a10.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2012.

SPROVIERI, M. H. S.; ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arq. Neuro-psiquiatr**. São Paulo, v.59, n. 2A, p. 230-237, jun, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v59n2A/a16v592a.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

TAMANAHAN, A. C; PERISSINOTO, J; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da Síndrome de Asperger. **Rev. Soc. Brasileira Fonoaudiologia**. v. 13, n. 3, p. 296-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n3/a15v13n3.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

TOIGO, T; LEAL JÚNIOR, E. C. P; ÁVILA, S. N. O uso da equoterapia como recurso terapêutico para melhora do equilíbrio estático em indivíduos da terceira idade. **Rev. Brasileira de Geriatria**. Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 391-403, 2008. Disponível em: <<http://www.equoparaiso.com.br/artigos/usodaequoterapiacomorecursoterapeuticoamar melhora.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

UZUN, A. L. L. **Equoterapia**: aplicação em distúrbios do equilíbrio. São Paulo: Vetor, 2005.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por ter me dado força e paciência para seguir em frente, agradeço os meus pais pela torcida de todos os dias, amo muito vocês.

Agradeço a Carol, pelo apoio, carinho, dedicação e disponibilidade para me ajudar na construção do meu artigo, não poderia ter feito escolha melhor... Se hoje tudo deu certo foi graças a você que dedicou seu tempo para me ajudar. Vou levar seus ensinamentos para o resto de minha vida. Obrigada de coração!