

ANDREIA FILIPA LUCAS DIAS

HIPOTERAPIA NA PESSOA IDOSA

Projecto de Intervenção no Centro Hípico Quinta do Cabrito

Orientador: Professor Doutor João Gorjão Clara

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Lisboa

2014

ANDREIA FILIPA LUCAS DIAS

HIPOTERAPIA NA PESSOA IDOSA

Projecto de Intervenção no Centro Hípico Quinta do Cabrito

Trabalho de Projecto apresentado para a obtenção
do Grau de Mestre em Gerontologia Social conferido
pela Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias de Lisboa

Orientador: Professor Doutor João Gorjão Clara

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Lisboa

2014

Idosos...

Rostos e olhos enrugados,

Faces descoloridas...

Corações que entesouram tanta

Experiência, sabedoria e bondade!

Idosos...

Muitas vezes renegados

Pelos amigos, pela família,

Abandonados à própria sorte,

Guiados por mãos estranhas,

Alimentados e vestidos

Com dedicação por desconhecidos,

Que ouvem suas histórias de outrora,

Narradas com um fio de voz...

Um fio de voz que traduz

Muita esperança no coração

De quem hoje é uma criança

Que exhibe a sua vivência,

Passeia a sua experiência,

Segurando a mão que o acolhe

E o acaricia...

Idosos!

Idosos... No ocaso da vida,

Que já atravessaram tempestades

E confortam corações,

Eu quisera ser poeta

Para descrever a emoção

De conviver com vocês,

De aprender sobre e com vocês!

Sorrir hoje e sempre,

Agradecida pelos ensinamentos

Que me tornaram a vida

Mais florida!...

Arneyde T. Marcheschi

Carreira, C. *Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade*. Euedito

AGRADECIMENTOS

Foram diversas as pessoas e entidades que, de alguma forma, contribuíram para a chegada ao fim deste caminho árduo que tantas horas me consumiu.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha família que sempre me apoiou em todas as fases que um trabalho destes implica.

À Dora Vitória, um muito obrigada, pela sua capacidade e paciência em apoiar-me. Sem ela não teria sido possível!

Ao Centro Hípico Quinta do Cabrito, na pessoa de Gonçalo Fragoso que, como sempre, me abriu as portas e me mostrou as entrelinhas.

Um agradecimento especial à Academia Equestre João Cardiga que me ajudou muito na percepção de como se faz hipoterapia nos mais velhos e que me permitiu explorar esta temática no terreno.

Foi também fundamental a contribuição das Instituições de Pessoas Idosas do Concelho de Abrantes. Obrigada!

Por fim, mas de maneira nenhuma menos importante, queria agradecer ao meu Orientador de Projecto, Professor Doutor João Gorjão Clara que, dominando tão bem esta área pouco explorada, me ajudou de forma fundamental neste trajecto.

RESUMO

Considerando o envelhecimento populacional que se tem verificado nomeadamente em Portugal desde a segunda metade do século XX e o conseqüente aumento sustentado do grupo etário dos que atingem a terceira idade, é cada vez mais importante não só acrescentar anos à sua vida, mas também acrescentar qualidade aos seus anos de vida. A hipoterapia surge então como um potencial instrumento na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Pretendo assim impulsionar a utilização da hipoterapia na melhoria da qualidade de vida dos idosos portugueses e do seu envelhecimento activo. Com este propósito, proponho-me criar um centro de hipoterapia para pessoas idosas no Centro Hípico Quinta do Cabrito para apoiar os idosos do Concelho de Abrantes, melhorando o seu estado físico, psicológico, emocional e social, promovendo a sua integração nas famílias e na comunidade, potenciando e disponibilizando recursos terapêuticos para a melhoria da funcionalidade dos mesmos.

Para criar um centro de hipoterapia procurei abordar e desenvolver diversos temas, tais como a caracterização do Centro Hípico onde este projecto será implementado, as actividades a realizar nas sessões de hipoterapia, o acompanhamento e avaliação dos praticantes, os recursos necessários, as fichas de inscrição e acompanhamento, os documentos necessários para a prática, os horários, a publicidade às sessões de hipoterapia, a caracterização da população alvo, a percepção tida pelos profissionais que lidam de perto com as pessoas idosas acerca da hipoterapia e a percepção experimentada pelos praticantes.

A investigação da pertinência deste tema levou-me a concluir que a hipoterapia pode assumir um papel relevante na melhoria da qualidade de vida dos mais velhos, constituindo indubitavelmente uma área de interesse terapêutico a explorar.

Palavras-chave: envelhecimento, qualidade de vida, hipoterapia, pessoa idosa.

ABSTRACT

Considering the population aging has occurred since the second half of the 20th century in Portugal, it's important too, not only add years to life, but also add quality to years of life. Hippotherapy emerges as a potential tool in improving the quality of life of the older people and, therefore, I intend to stimulate their use in order to promote active aging and the quality of life of the Portuguese population. According to this point of view, I propose to create a hippotherapy centre in the Equestrian Centre "Quinta do Cabrito" to help the aged people of the municipality of Abrantes getting better their physical, psychological, emotional and social state, promoting their integration in the families and in the community they belong to and providing the therapeutic resources for improving the functioning of the same.

To create a hippotherapy centre, several points and steps were developed, such as the characterization of the equestrian centre where this project will be implemented and the aged population, the documents needed for the practice, the respective application forms and monitoring, the dynamics of the sessions, the evaluation, the resources and advertising of the hippotherapy centre and the perception held by professionals connected to aged people about hippotherapy as well as the perception held by the practitioners themselves.

It seems to me that the hippotherapy assumes a considerable role in improving the quality of life of the people advanced in years, being an area of interest to be explored in the future.

Key words: aging, quality of life, hippotherapy, aged people

ABREVIATURAS

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

AGG – Avaliação Geriátrica Global

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

ANDE – BRASIL – Associação Nacional de Equoterapia – Brasil

APCL – Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

CD – Centro de Dia

CHQC – Centro Hípico Quinta do Cabrito

CS – Colectividade Sénior

EPE – Educação Psico-Educacional

ETD – Equitação Terapêutica Desenvolvimental

GERMI – Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MMSE - Mini-Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

QDV – Qualidade de Vida

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SHP - Sociedade Hípica Portuguesa

SNC – Sistema Nervoso Central

SPGG – Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

TUG – Time Up and Go

UE – União Europeia

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
Capítulo I – ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA	16
1. Envelhecimento Demográfico	17
2. Envelhecimento Humano	19
3. Qualidade de Vida	21
Capítulo II - AVALIAÇÃO GERIÁTRICA	23
Capítulo III - O CAVALO COMO MEIO TERAPÊUTICO	26
1. História e Evolução da Relação Homem/cavalo	27
2. Hipoterapia como Estratégia de Reabilitação e Melhoria da Qualidade de	28
3. Modelos de Hipoterapia	30
3.1. Modelo Alemão	31
3.1.1. Hipoterapia Clássica	31
3.1.2. Equitação Psico-Educacional (EPE)	31
3.1.3. Equitação Desportiva/Recreativa Adaptada	32
3.2. Modelo Norte-americano	32
3.3. Modelo Brasileiro	33
3.3.1. Hipoterapia	33
3.3.2. Educação/Reeducação	33
3.3.3. Pré Esportivo	34
3.3.4. Prática Esportiva Paraequestre	34
3.4. Situação Portuguesa	34
3.4.1. Hipoterapia	35
3.4.2. Equitação Terapêutica	35
3.4.3. Equitação Desportiva Adaptada	35
3.5. Hipoterapia de Grau I, II e III	36
4. Indicações Gerais para a Prática de Hipoterapia	37
5. Escolhas para as Sessões	40
5.1. Selecção do Cavalo	40
5.2. Selecção do Terreno	41
5.3. Selecção de Materiais	42
5.4. Duração e Periodicidade das Sessões	43
5.5. Posturas a Cavalo	43
5.5.1. Posturas de Base	44
5.5.1.1. Sentada	44
5.5.1.2. Decúbito Ventral	45
5.5.2. Posturas Intermédias	46
5.5.2.1. Decúbito Dorsal	46

5.5.2.2. Sentada Lateralmente	47
5.5.2.3. Índio Morto	47
5.5.2.4. Sentada Invertida	48
5.5.2.5. Decúbito Ventral Invertido	49
5.5.2.6. Princesa	50
5.5.3. Posturas de Alta Complexidade	50
5.5.3.1. Ajoelhada	51
5.5.3.2. Semi-ajoelhada	52
5.5.3.3. Pranchinha	52
5.5.3.4. Estandarte	53
5.5.3.5. Em Pé	54
Capítulo IV - PROJECTO	55
1. Apresentação do Centro Hípico Quinta do Cabrito	56
1.1. Recursos Humanos	56
1.2. Infra-estruturas	57
1.3. Cavalos	57
1.4. Clientes/Praticantes	57
1.5. Infra-estruturas para a Hipoterapia	58
2. Objectivos	58
3. Implementação do Projecto	59
3.1. População de Interesse e Seus Níveis de Dependência	59
3.1.1. População Idosa Residente no Concelho de Abrantes	60
3.1.2. População Idosa e Níveis de Dependência	61
3.1.3. Caracterização da População-Alvo	63
3.2. Hipoterapia Segundo a Óptica dos Profissionais e dos Praticantes Idosos	64
3.2.1. Entrevista a Profissionais de Saúde e de Intervenção Social	64
3.2.1.1. Análise das Entrevistas aos Profissionais de Saúde	65
3.2.1.2. Análise das Entrevistas aos Profissionais de Intervenção Social	67
3.2.2. Entrevista a Pessoas Idosas Praticantes de Hipoterapia	68
3.2.2.1. Análise das Entrevistas a Pessoas Idosas Praticantes de Hipoterapia	69
3.3. Proposta de Actividades a Realizar nas Sessões	70
3.4. Acompanhamento e Avaliação	71
3.5. Inscrições	72
3.6. Horários	72
3.7. Acções de Divulgação	72
3.8. Vestuário	72
3.9. Recursos	73
3.9.1. Recursos Materiais	73
3.9.2. Recursos Humanos	73

3.9.3. Recursos Animais	74
3.9.4. Recursos Financeiros	75
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Postura Sentada	45
Ilustração 2 – Postura Decúbito Ventral	45
Ilustração 3 – Postura Decúbito Dorsal	46
Ilustração 4 – Postura Sentada Lateralmente	47
Ilustração 5 – Postura Índio Morto	48
Ilustração 6 – Postura Sentada Invertida	49
Ilustração 7 – Postura Decúbito Ventral Invertida	49
Ilustração 8 – Postura Princesa	50
Ilustração 9 – Postura Ajoelhada	51
Ilustração 10 – Postura Semi-ajoelhada	52
Ilustração 11 – Postura Pranchinha	53
Ilustração 12 – Postura Estandarte	53
Ilustração 13 – Postura Em Pé	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População Idosa Residente no Concelho de Abrantes	60
Tabela 2 - Níveis de Dependência da População Idosa do Concelho de Abrantes	61
Tabela 3 - Idosos Institucionalizados do Concelho de Abrantes (%)	62
Tabela 4 - Idosos Institucionalizados do Concelho de Abrantes e Nível de Dependência (%)	62
Tabela 5 - Idosos Independentes do Concelho de Abrantes (%)	63
Tabela 6 - Recursos Financeiros do Projecto	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Níveis de Dependência da População Idosa do Concelho de Abrantes	62
--	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices	I
Apêndice I - Hipoterapia – Documentos Necessários	II
Apêndice II – Ficha de Inscrição e Acompanhamento	IV
Apêndice III - Horários de Hipoterapia	VIII
Apêndice IV - Horários de Hipoterapia para Pessoas Idosas e Número de Aulas	X
Apêndice V - Folheto Publicitário	XII
Apêndice VI - Levantamento de Dados	XIV
Apêndice VII - Inquérito de Satisfação da Pessoa Idosa com a Prática de Hipoterapia	XVII
Apêndice VIII - Guiões de Entrevista	XIX
Apêndice VIIIa – Guião de Entrevista a Profissionais de Saúde e de Intervenção Social	XX
Apêndice VIIIb – Guião de Entrevista a Pessoas Idosas Praticantes de Hipoterapia	XXII
Apêndice IX - Transcrição Integral das Entrevistas	XXIV
Apêndice IXa – Entrevista Profissional de Saúde 1	XXV
Apêndice IXb – Entrevista Profissional de Saúde 2	XXIX
Apêndice IXc – Entrevista Profissional de Intervenção Social 1	XXXII
Apêndice IXd – Entrevista Profissional de Intervenção Social 2	XXXV
Apêndice IXe – Entrevista Pessoa Idosa 1	XXXVI
Apêndice IXf – Entrevista Pessoa Idosa 2	XLII
Apêndice IXg – Entrevista Pessoa Idosa 3	XLVI
Apêndice IXh – Entrevista Pessoa Idosa 4	XLIX
Apêndice IXi – Entrevista Pessoa Idosa 5	LII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	LV
Anexo I - Avaliação Geriátrica	LVI
Anexo II - Teste Timed Up and Go	LXXVII

INTRODUÇÃO

No âmbito do Projeto para o Mestrado em Gerontologia Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, optei pelo tema hipoterapia na pessoa idosa, tendo em conta que pretendo desenvolver um centro de hipoterapia para idosos no concelho de Abrantes.

Por todo a parte e, em particular, na Europa, enfrentam-se mudanças demográficas relevantes, como resultado do envelhecimento populacional que se tem vindo a acentuar sensivelmente desde a segunda metade do séc. XX até aos nossos dias. Este surge como consequência dos significativos progressos económicos, sociais e médicos que deram oportunidade aos europeus de aumentarem a sua esperança média de vida (Sousa; 2011:17-18).

Actualmente, falar sobre envelhecimento é falar sobre uma problemática muito complexa e abrangente, com um relevante significado económico e social; de acordo com Paul e Fonseca (2005: 15), entre 1941 e 2001 o crescimento da população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos é da ordem dos 243%. Tendo apenas como excepção a Turquia, os países da Europa “registam índices de crescimento natural negativos”, que surgem como consequência da crescente diminuição da mortalidade e, sobretudo, da quebra da natalidade. Segundo a Comissão Europeia (2007), em 2005 a União Europeia alcançou 458 milhões de pessoas, em 2025 atingirá os 469,5 milhões e em 2030 não ultrapassará os 468,7 milhões (Sousa; 2011: 17-18).

Considerando os dados que apontam para um galopante envelhecimento populacional, é importante não só acrescentar mais anos à vida, mas também “acrescentar qualidade aos anos de vida que se ganham com o aumento da esperança média de vida das populações e das idades mais avançadas” (Quintela, in Ribeiro e Paúl; 2011).

As terapias realizadas com o auxílio do cavalo surgem como um potencial instrumento na melhoria da qualidade de vida das pessoas em geral, e dos idosos em particular (Silveira e Wibeling; 2010).

A Associação Nacional de Equoterapia – Brasil (ANDE – BRASIL), define as terapias auxiliadas pelo cavalo como “um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação”, procurando o “desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais” (ANDE-BRASIL; 2012).

Foram elaborados e já estão disponíveis alguns estudos que comprovam os benefícios físicos, psicológicos, educacionais e sociais desta terapia. As terapias com o auxílio do cavalo exigem a participação global da pessoa idosa e potenciam a melhoria do seu equilíbrio, da sua força e tônus muscular, da consciencialização do seu próprio corpo, do aperfeiçoamento da sua coordenação motora, atenção, auto-estima e autoconfiança (Silveira e Wibeling; 2010).

Uma das características mais relevantes do cavalo é o conjunto de múltiplos estímulos sensoriais que o mesmo proporciona ao sistema nervoso central (SNC), o que se torna fundamental na reabilitação de praticantes com alterações neuromotoras; a configuração do dorso do cavalo também facilita um correcto posicionamento sentado. Estas são características que, conjuntamente com o ambiente estimulante e descontraído onde decorrem as sessões, “tornam o animal um agente facilitador capaz de alterar a resposta do SNC, bem como um promotor de vivências fundamentais para o desenvolvimento de competências motoras, cognitivas, comunicativas e psicossociais” (Vermelhudo; 2011).

Silveira e Wibeling (2010) realizaram alguns estudos, com base na revisão da literatura especializada disponível, que mostram o benefício da hipoterapia em idosos no que concerne o seu equilíbrio corporal e qualidade de vida. Verificaram que esta terapia é uma mais valia a nível físico, psicológico, educacional e social. Na sua dissertação de mestrado, Thais Araújo (2011) também concluiu o benefício da terapia com o cavalo na melhoria da força muscular, agilidade e equilíbrio dinâmico. Zanol et al. estudaram a hipoterapia como potenciadora na prevenção da osteoporose na pós-menopausa, concluindo que esta pode influenciar de forma positiva a densidade mineral óssea (Zanol et al; 2012). Araujo et al. (2011) também realizaram um estudo acerca do efeito das terapias com o auxílio do cavalo no equilíbrio dos idosos que, embora não conclusivo, parece indiciar benefícios na diminuição do risco de quedas nestas pessoas. Toigo et al. (2008) concluiu num estudo seu que o uso do cavalo como meio terapêutico foi capaz de melhorar o equilíbrio estático e, assim, diminuir a possibilidade e frequência das quedas nas pessoas idosas.

Todavia, os estudos acerca da hipoterapia aplicada à pessoa idosa ainda são escassos, visto que a utilização do cavalo como meio terapêutico tem sido mais direccionada para pessoas portadoras de deficiência, sendo um bom recurso no auxílio das mesmas.

Em Portugal, o uso do cavalo como meio terapêutico é também já bastante aplicado a pessoas com deficiência; contudo, no que concerne aos idosos, esta terapia quase não é utilizada.

Parece-me assim oportuno desenvolver um projecto de hipoterapia que integre as pessoas idosas, tendo em conta que a população portuguesa é uma população muito envelhecida e que a dependência, a solidão e o isolamento são fenómenos muito presentes quando se fala da população mais velha. O recurso a este processo terapêutico, ainda tão pouco explorado em Portugal, apresenta-se como uma mais valia na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Esta situação constitui para mim uma motivação acrescida para realizar este projecto, uma vez que permite estudar, desenvolver e aplicar processos de acção de hipoterapia para os idosos, como resposta às limitações que o envelhecimento acarreta para a sua vida diária, que podem ser atenuadas com o auxílio deste tipo de intervenção.

Pretendo assim impulsionar a utilização da hipoterapia como instrumento para a melhoria da qualidade de vida dos idosos portugueses e do seu envelhecimento activo. Com este propósito, proponho-me a criar um centro de hipoterapia para pessoas idosas no Centro Hípico Quinta do Cabrito, de forma a apoiar os idosos do Concelho de Abrantes, incluindo os institucionalizados.

Os objectivos específicos a atingir com este projecto serão melhorar o estado físico, psicológico, emocional e social das pessoas idosas que irão participar nos programas de hipoterapia, promover a integração dos idosos nas suas famílias e na comunidade e potenciar e disponibilizar recursos terapêuticos para a melhoria da funcionalidade dos mesmos.

Ponto de partida: Como já referi, existem diversos estudos que indicam que a utilização do cavalo como meio terapêutico é uma mais-valia para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Assim, e porque o meu trabalho não é um inquérito sociológico para infirmar ou confirmar esta hipótese, mas sim a elaboração de um projecto de aplicação da hipoterapia, adopto-a como pressuposto adquirido para a elaboração deste projecto.

Este projecto está essencialmente dividido em duas partes. A primeira, referente ao enquadramento teórico da problemática e a segunda, referente ao projecto propriamente dito.

A primeira parte procura analisar sobretudo dois temas. O primeiro faz uma abordagem à problemática do envelhecimento a nível demográfico e humano, assim como à

importância da qualidade de vida nesta faixa etária; o segundo tema faz uma abordagem global referente ao cavalo como meio terapêutico que inclui algumas considerações acerca da história das relações Homem/cavalo, o conceito de hipoterapia e esta como estratégia de reabilitação e melhoria da qualidade de vida, assim como os diferentes modelos de hipoterapia existentes, as indicações e contra-indicações para a sua prática e os factores importantes para a realização das sessões.

Na segunda parte procuro desenvolver o projecto em si, que inclui a apresentação do Centro Hípico Quinta do Cabrito, os objectivos e a implementação do projecto. Na implementação do projecto são abordados diversos pontos, tais como: a população de interesse e os seus níveis de dependência; a visão tida acerca da hipoterapia por profissionais ligados à gerontologia e geriatria e de praticantes idosos, que incluem entrevistas realizadas a profissionais de saúde e de intervenção social e às pessoas idosas que praticam esta terapia; as actividades a realizar nas sessões; o acompanhamento e avaliação dos praticantes; as inscrições nesta intervenção; os horários da mesma; as acções de divulgação da hipoterapia e do Centro Hípico; o vestuário adequado; e os recursos necessários à implementação do projecto.

Este trabalho utiliza a norma APA ao nível das citações e da referência bibliográfica.

Capítulo I

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

1. Envelhecimento Demográfico

Estudar hoje a demografia do envelhecimento é perceber cada vez melhor o drama da inversão quase universal da pirâmide demográfica e o seu papel central nos estudos de população, tanto a nível do debate prospectivo teórico e político, como ao nível da discussão estratégica das políticas sociais. É de relevar que “a proporção da população em idade activa tende a diminuir em todas as zonas do globo”, com excepção do continente africano. Desta forma, “a proporção dos idosos tende a aumentar de forma acentuada em todas as regiões do mundo, dobra em África e aumenta mais do que o dobro na Ásia, América Latina e Caraíbas” (DGECEFIN; 2009: 55), cit in Paúl e Ribeiro (2012: 180).

Parte destas mudanças ocorrem no decurso de alterações nos modelos sociais e culturais, tais como a emancipação da mulher decorrente de “medidas de igualdade de tratamento entre as mulheres e os homens” e do “reforço do papel da mulher no mercado de trabalho” e no facto da mulher assumir actualmente um papel determinante nas decisões acerca da fecundidade. Factores como a “generalização dos métodos contraceptivos, do planeamento familiar e da sua inclusão no sistema público de saúde” tornaram-se decisivos na alteração da dinâmica da natalidade (Paúl e Ribeiro; 2012: 180).

Segundo Fontaine (2000: 19), a espécie humana introduziu no seu ecossistema muitos desequilíbrios; um dos mais flagrantes foi o da sua evolução demográfica.

A Humanidade atingiu o seu primeiro bilião em 1801; apenas 124 anos depois, atingiu o segundo, em 1925; o terceiro bilião foi alcançado em 1959, 34 anos depois; o quarto bilião em 1974, quinze anos mais tarde; e o quinto, em 1986, passados 12 anos. Futuramente, em cada dez ou doze anos, a Terra será povoada por mais um bilião de habitantes. Poderemos então prever que, na ausência de guerras generalizadas, graves catástrofes ou pandemias, atingiremos os dez biliões de seres humanos em 2040 (Fontaine; 2000: 19).

As causas desta escalada demográfica são bem conhecidas. Durante milénios, a mortalidade e a natalidade quase se equilibraram e este equilíbrio foi essencialmente rompido por duas razões, que são consequências da industrialização – queda vertiginosa da mortalidade infantil, devida à quase erradicação das doenças infecto-contagiosas, com a descoberta da penicilina, (o primeiro antibiótico) e aumento impressionante da longevidade (Fontaine; 2000: 20; Sousa; 2011: 18).

A esperança média de vida não deixou de aumentar desde o século XVIII, nos países que conheceram a Revolução Industrial. Até ao séc. XVIII, a mesma não excedia os 30 anos. Actualmente, na Europa, atinge os 81,8 anos para as mulheres e os 75,6 anos para os homens (Fontaine; 2000: 20; Sousa; 2011: 18).

“A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa actual” (Paúl e Fonseca; 2005:15). Como já referi, a diminuição da mortalidade e, principalmente, da natalidade são, em Portugal, assim como na Europa, factores determinantes no registo de índices de crescimento natural negativos. De acordo com a Comissão Europeia (2007), em 2005 a população da União Europeia alcançou os 458 milhões, em 2025 atingirá os 469,5 milhões e em 2030 não ultrapassará os 468,7 milhões (Sousa; 2011: 17-18).

Em Portugal, tem-se assistido nas últimas três décadas a um envelhecimento semelhante ao dos outros países da União Europeia (UE), embora, segundo Barreto (2003: 32), o envelhecimento da nossa população tenha sido mais rápido, sendo que a esperança média de vida dos portugueses venha a aumentar de forma evidente desde os anos setenta (Carvalho; 2012: 34). De acordo com os censos 2001, a percentagem de pessoas com 65 e mais anos (16,1%) ultrapassou, pela primeira vez, a população da faixa etária dos 0 aos 14 anos (16,0%) (Sousa; 2011: 19). Já os censos 2011 apontam para uma percentagem de pessoas com 65 ou mais anos de 19% e de crianças dos 0 aos 14 anos de 15% (INE; 2012).

Segundo Marino *et al.* (1999: 15), “o envelhecimento da população mundial é um facto incontestável e vem ocorrendo tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento” (Imaginário; 2008: 23).

Este resumo de dados demográficos contextualiza o problema do envelhecimento e todos os patamares da nossa sociedade são afectados por este fenómeno. No plano económico, traduz-se por um aumento contínuo do número de reformados, versus uma diminuição dos activos contribuintes. No plano social, todas as infra-estruturas do sistema deverão ter que se adaptar. No plano cultural, tendem a desenvolver-se profundas modificações do status social (como a criação das universidades para a terceira idade), a par do aumento das propostas públicas e privadas de ofertas específicas de lazer. Nos planos médico, biológico e psicológico, ter-se-á que acompanhar esta evolução e estudar aprofundadamente o envelhecimento, afim de melhor compreender os seus mecanismos.

O desafio fundamental consistirá em permitir às pessoas que não só morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem sucedida e feliz.

2. Envelhecimento Humano

O envelhecimento é um “processo não localizado, com carácter difuso, que se pode retardar ou atrasar a evolução, mas que é, inexoravelmente, progressivo” (SPGG; 1997: 30). Ou seja, o envelhecimento é um conjunto de processos de mudança que o organismo humano experimenta após a sua fase de desenvolvimento. Envelhecimento não é sinónimo de velhice, sendo que esta última é o estado que caracteriza o grupo etário com mais de 65 anos. Desenvolvimento e envelhecimento são fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo, de natureza biológica e psicológica, em função do tempo de vida.

O sinal mais evidente da velhice é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo perante as alterações do meio ambiente (Imaginário; 2008: 37). Para Berger (1995: 125) “a senescência é um processo natural e não sinónimo de senilidade”, cit in Imaginário (2008:38). Para Cristina Imaginário, “envelhecer é simplesmente transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser vivida da forma mais positiva, saudável e feliz”. Zimerman afirma que “a velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças” (2000:22), cit in Imaginário (2008: 39). Mañas Rodriguez (1994) determina três tipos de idade: a idade cronológica que representa o tempo do indivíduo desde o nascimento até ao momento presente; a idade biológica, que corresponde ao estado funcional dos órgãos vitais e das funções vitais estabelecidos para cada idade ou faixa etária e a idade funcional que determina a capacidade para manter os papéis pessoais e a integração social para a qual é necessário a manutenção da vitalidade física e mental. Segundo outros autores, podem definir-se ainda outros tipos de idade como a jurídica, a psico-afectiva e a social, entre outras (Imaginário; 2008: 40-41).

Segundo Imaginário (2008), a sociedade encara a velhice, identificando-a como a idade da reforma, da inactividade e da dependência.

Parece-me aqui importante definir o que se entende por “dependência”. Para Maria Irene Carvalho (2012: 36), o termo “dependência” é frequentemente associado às pessoas idosas e muito idosas, uma vez que a partir dos 65 anos aumenta a probabilidade de ocorrência de perdas físicas, psíquicas e intelectuais. Perdas estas que interferem com a

capacidade de participação e decisão individual, provocando dependência. Esta pode ser definida na velhice como “um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta e perda de autonomia física, psíquica, intelectual, têm necessidade de assistência e de outros recursos para realizar as actividades correntes da vida diária” (Cabrero, 2000: 25; Decreto-lei nº 265 de 1999; Johnson, 1996; Conselho da Europa, 1998^a, Resolução 98), cit in Carvalho (2012: 36). Segundo Saura Hernández e Sangüesa Giménez (2000: 383) a OMS refere que “como se avalia melhor a saúde dos idosos é através da função”, sendo que os mesmos autores colocam a autonomia das pessoas idosas em três patamares: baixa autonomia, média autonomia e autonomia elevada. São considerados com baixa autonomia pessoas idosas que têm elevada dependência na realização das Actividades de Vida Diária (AVD) e que apresentam fracas relações sociais. Pessoas idosas que conseguem resolver a maioria dos seus problemas quotidianos, embora com importante apoio familiar, que apresentam perdas sensoriais e baixa actividade intelectual, são consideradas com média autonomia. As últimas, consideradas com autonomia elevada, apresentam uma boa percepção da qualidade de vida, tendo atitudes activas face à vida (Imaginário; 2008: 44).

Segundo Imaginário (2008), numa perspectiva proactiva, deve apostar-se na integração social do idoso de forma a minimizar a sua dependência, preservar a sua auto estima e contribuir para um maior nível de satisfação da sua vida. É importante que a sociedade vá ao encontro das suas necessidades, para que o idoso se sinta útil, incentivando-o a participar em actividades físicas, de cultura e lazer, a maximizar a sua apetência pela descoberta de novos incentivos que promovam a sua satisfação e a sua curiosidade, o mantenham activo e saudável, capaz de ainda desenvolver tarefas pessoais relacionadas com a sua vida quotidiana. O aumento das necessidades dos idosos não advém fundamentalmente das alterações determinadas pelo processo de envelhecimento e pelas patologias associadas. A saúde do idoso é uma preocupação prioritária para os cuidadores e para a própria pessoa idosa e é vital para a manter num estado de bem-estar e qualidade de vida em idade avançada. Durante o processo de envelhecimento, no âmbito psicológico, o idoso passa por situações de “desgaste” como os lutos, as perdas de papéis sociais, a adaptação aos seus próprios problemas como a depressão, a ansiedade e a baixa auto estima. A nível social, a sua situação caracteriza-se muitas vezes pelo isolamento, mesmo vivendo acompanhado, por não poder contribuir para a produtividade da sociedade e, por isso, experimenta dificuldades de integração social. Quanto às políticas sociais, a autora defende soluções de apoio integrado às famílias, fornecendo-lhes suportes adequados de serviços que as motive nas suas opções,

afim de sustentarem uma certa independência dos idosos. Para uma velhice bem sucedida é necessária a conjunção de três categorias de condições: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social; só desta forma se obterá a desejada qualidade e satisfação de vida dos idosos (Imaginário: 2008: 40-56).

3. Qualidade de Vida

O entendimento do conceito de qualidade de vida revela-se como uma experiência fenomenológica e multidimensional. De acordo com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), um grupo que assumiu o estudo da qualidade de vida (QDV), definiu-a como «a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações» (WHOQOL Group, 1994), cit in Paul e Fonseca (2005: 77-78).

Como se entende, não é possível alguém medir adequadamente o bem-estar e a QDV de outra pessoa. De acordo com Diener, cit. por Ribeiro (1998), a forma de satisfação que cada um tem com a vida funciona como uma avaliação global da QDV. Segundo Neves (2000), são duas as escolas acerca deste conceito, a do funcionalismo e a do bem-estar ou da satisfação com a vida. Contudo, é reconhecido que cada vez mais estão ambas abrangidas pelo conceito de QDV (Imaginário; 2008: 51-52).

São diversos os autores que defendem que a QDV depende de diversos domínios, tais como a saúde, o trabalho, a família, a qualidade de habitação, a vizinhança e economia, incluindo não apenas “os aspectos de vida relacionados com a doença e o tratamento, mas também o desenvolvimento satisfatório de aspirações psicológicas e sociais”. De acordo com Churchman, cit. por Ribeiro (1994: 183), “QDV designa o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida” (Imaginário; 2008: 52).

Tendo em consideração um estudo realizado sobre qualidade de vida da população idosa no Reino Unido, Bowling, Banister e Sutton (2003) concluíram que os aspectos mais valorizados pelos idosos que residiam nessa comunidade são ter uma relação favorável com a família e com os amigos, realizarem papéis sociais (tais como voluntariado e *hobbies*), terem boa saúde e funcionalidade, residirem numa boa casa numa zona simpática e com bons

vizinhos e ainda terem uma visão positiva da vida, manterem o controlo e a independência (Paul e Fonseca; 2005: 77).

Tal como já referi anteriormente, assistimos a uma nova realidade em que o envelhecimento populacional traz consigo novos problemas sociais, médicos, económicos, entre outros. Assim, assiste-se a uma necessidade cada vez maior para as sociedades mais desenvolvidas de uma reorganização onde a saúde assuma um papel relevante, uma vez que a sua preservação permitirá que o idoso desfrute de uma vida plena e, deste modo, seja uma mais valia para a sociedade. Como se sabe, o aumento da longevidade “diminui a capacidade funcional dos vários aparelhos e sistemas, aumenta a prevalência de doenças crónicas e é maior a incidência das situações agudas”, pelo que se torna fundamental construir planos que possam minorar esta orientação e que não só melhorem a quantidade, mas também a QDV. É assim, importante a prevenção no idoso, tanto das doenças, como do envelhecimento precoce. (Costa et al.; 1999: 117).

Capítulo II

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

O envelhecimento normal traz consigo, embora com intensidade variável, algumas limitações físicas, mentais e funcionais. De acordo com essa intensidade, estas limitações condicionam o nível de dependência que afectará a pessoa idosa nas diferentes áreas da sua vida individual e social. Desta forma, a Avaliação Geriátrica Global (AGG) pretende “conhecer com mais precisão o estado do idoso e os seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso” (GERMI; 2012).

O Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) definiu uma avaliação multidisciplinar ao idoso nas áreas em que este tem maior carência, tais como a nível físico, mental, social e funcional, de forma a “estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades” (Epstein, cit in GERMI; 2012).

Segundo o mesmo Núcleo, são diversos os instrumentos que podem ser utilizados para avaliar as capacidades acima mencionadas, sendo que a sua utilização dependerá dos objectivos, custos, disponibilidades técnicas, simplicidade e fiabilidade. O GERMI recomenda os instrumentos que referirei em seguida (ver anexo I), visto os mesmos serem simples, fiáveis, de execução fácil, pouco demorados e bem aceites pela pessoa idosa. A sua utilização universal também permite “uniformidade dos estudos e comparabilidade dos resultados obtidos, com os benefícios inerentes para os profissionais e para os utentes” (GERMI; 2012).

Para a avaliação do estado funcional, são utilizadas a Escala de Katz e a Escala de Lawton & Brody, em que na primeira são avaliadas as Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD), de forma a avaliar a autonomia do idoso na realização de actividades básicas e imprescindíveis à vida diária, tais como o banho, o vestir-se, a utilização da sanita, a transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama, o controlo de esfíncteres e a alimentação. Na segunda, é avaliada a autonomia da pessoa idosa na realização de actividades necessárias para viver de maneira independente na comunidade - Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), tais como a utilização do telefone, a realização de compras, a preparação das refeições, a realização das tarefas domésticas, a lavagem da roupa, a utilização dos meios de transporte, o manejo da medicação e a responsabilidade no tratamento de questões financeiras (GERMI; 2012).

Na avaliação da marcha da pessoa idosa é utilizada a Classificação Funcional da Marcha de Holden, em que é determinado o “grau de autonomia na marcha de acordo com o

tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas)” (GERMI; 2012).

Para a avaliação do estado afectivo da pessoa idosa, é utilizada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta, em que é feito o “rastreamento da depressão, avaliando aspectos cognitivos e comportamentais tipicamente afectados na depressão” da pessoa idosa (GERMI; 2012).

Na avaliação do estado cognitivo da pessoa idosa, é utilizada a Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, que consiste num “questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas. É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva” (GERMI; 2012).

Para a avaliação do estado nutricional, é utilizada a Mini-Nutritional Assessment, em que é realizado um questionário para detectar a presença ou risco de má nutrição na pessoa idosa (GERMI; 2012).

Para além das escalas referidas, revelou-se também pertinente fazer referência ao Teste Timed Up and Go – TUG (ver anexo II) para avaliação da velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. É assim avaliado o equilíbrio sentado, transferências da posição sentada para a posição de pé, estabilidade na deambulação e mudanças de curso da marcha. Este é um teste rápido e fácil de executar, permitindo obter informações sobre a força nas pernas, o equilíbrio e as estratégias encontradas pela pessoa idosa na realização de movimentos. Estes são pontos importantes na realização das ABVD (Zardo; 2008:34).

Capítulo III

O CAVALO COMO MEIO TERAPÊUTICO

1. História e Evolução da Relação Homem/cavalo

Segundo Freire (1999), o primeiro contacto entre o Homem e o cavalo selvagem deverá ter ocorrido na Pré-história, no período paleolítico – 3,5 milhões a.C. a 10 000 a.C.. Desde então, o cavalo tem desempenhado um marcante papel ao longo da História nas relações do quotidiano do Homem. Como parceiro do homem na “paz, na guerra, na caça, nos jogos, na agricultura, nos transportes e nas comunicações, no desporto”, a relação do ser humano com o cavalo é marcada por um vínculo psico-físico, a que se tem atribuído um sentido educativo, pedagógico, terapêutico, recreativo e desportivo (Leitão; 2008).

Desde a Antiguidade Clássica até à Idade Contemporânea são diversos os exemplos do uso da terapia equestre. Hipócrates, considerado o “Pai da Medicina” (458/370 a.C.) já relatava, no seu *Livro da Dietas*, os benefícios da prática equestre na regeneração da saúde e do bem-estar, assim como no tratamento da insónia e na preservação do corpo humano de doenças. São assim perceptíveis “os primórdios da intervenção que actualmente se designa por Equitação Psico-Educacional (Leitão; 2008; Araújo; 2011). Asclepíades da Prússia (124 a.C.), médico grego, aconselhou a “equitação como terapia para pacientes caquéticos, gotosos, epiléticos, paralíticos, apopléticos, letárgicos, frenéticos” e também afectados pela febre terçã. Já Galeno (130/199 d.C.) aconselhava a prática de equitação ao imperador Marco Aurélio para que este tomasse decisões com maior rapidez (Leitão; 2008).

Na Idade Média, foram diversos os árabes que referiram os benefícios da prática equestre. O transalpino Cesare Borgia, no início do século XIV, aconselhou esta prática para quem quisesse manter uma boa forma física.

Entre 1600 e 1800 a equitação era vista como uma mais valia no alívio da gota, no tratamento da tuberculose, na melhoria da força física, no auxílio de problemas do foro psicológico, “melhorando o bem-estar geral do corpo e da alma”.

Em 1747 é feita a primeira referência literária ao movimento tridimensional provocado pelo dorso do cavalo pelo médico alemão Samuel T. Quelmalz em “A saúde através da equitação”. Pouco depois, em 1782, J. C. Tissot fala pela primeira vez das contra-indicações da excessiva prática do desporto equestre; refere também o passo como o andamento mais eficiente a nível terapêutico (Leitão; 2008).

Em 1875, o neurologista francês Chassignac constatou que o movimento do cavalo melhorava o equilíbrio, a dinâmica articular e o controlo muscular dos pacientes. Concluiu que montar a cavalo “aperfeiçoava” a componente psicológica e que era sobretudo indicado

para indivíduos paraplégicos e para indivíduos com alterações neurológicas (Corrêa e Nunes; 2012:13).

Em 1901 foi fundado o Hospital Ortopédico de Oswentry, o primeiro hospital ortopédico do mundo, em Inglaterra, que utilizava o cavalo como terapia no tratamento dos mutilados da Guerra dos Boers. Em 1917 foi fundado no Hospital Universitário de Oxford o primeiro grupo de equitação com fins terapêuticos para o auxílio dos feridos da 1ª Guerra Mundial (Araújo; 2011).

A conquista de uma medalha olímpica pela cavaleira Lis Hartel, em 1952, especializada em saltos de obstáculos, que em jovem teve poliomielite que lhe deixou sequelas neurológicas, deu um novo impulso a esta temática. Esta conquista despertou a atenção dos órgãos de comunicação social acerca do papel do cavalo como facilitador da recuperação humana, que levaram a divulgação desta terapia pela Europa e outros continentes (Corrêa e Nunes; 2012: 14).

A equitação terapêutica ganhou uma força crescente em muitos países da Europa a partir de 1960, como consequência do reconhecimento científico das qualidades terapêuticas da equitação no corpo e na mente do ser humano.

Em 1970, na Alemanha, eram determinadas três áreas terapêuticas que integravam a medicina, a psicologia e educação, e o desporto. Este modelo germânico fomentou “o treino universitário formalizado e o investimento empírico, gerador de trabalhos técnicos difundidos ao longo da Europa, Canadá e Estados Unidos”, reforçando “as fundações deste campo” e ajudando “a assegurar a sua diversidade e viabilidade futuras” (Leitão; 2008).

2. Hipoterapia como Estratégia de Reabilitação e Melhoria da Qualidade de Vida

A ANDE-BRASIL (2012), define “equoterapia” (hipoterapia) como “um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação”, procurando o “desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais”. Segundo a mesma Associação, a hipoterapia usa o cavalo como agente promotor de ganhos físicos e psíquicos. A interação com este animal, desde os primeiros contactos, os cuidados básicos, o montar e o maneio final, desenvolvem “novas formas de socialização, autoconfiança e auto-estima”.

Corrêa e Nunes defendem que o uso do cavalo com fins terapêuticos “deverá integrar a visão holística ou global, em que a pessoa é vista como um todo e como tal deve ser encarada e tratada” (Corrêa e Nunes; 2012: 9).

Wlater e Vendramini (2000) consideram a “equoterapia” uma técnica de reabilitação e educação que utiliza a equitação e as actividades equestres numa abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde, psicologia e educação para proporcionar ao idoso benefícios físicos, psicológicos, educacionais e sociais, procurando o seu desenvolvimento biopsicossocial. Para Citterio (1999), esta é uma terapia que utiliza técnicas reeducativas “que agem para superar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais, por meio de uma actividade lúdico-desportiva que tem como meio o cavalo” (Silveira e Wibelinger; 2010).

De acordo com Overstall (2003), a pessoa sujeita à hipoterapia assimila diversos movimentos coordenados de controlo da postura corporal de forma a manter o seu centro gravitacional sobre a base dinâmica de suporte que é criado pelo movimento do cavalo. É desta forma que o participante se torna um participante activo. Visto que o processo de equilíbrio é complexo, “estando dependente da integração da visão, da sensação vestibular e periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares e, particularmente, da força muscular e do tempo de reacção”, com o avanço da idade pode haver um declínio da função dos mesmos. Tortora (2003) defende a existência de duas formas de equilíbrio: o equilíbrio estático, que corresponde ao equilíbrio e à postura quando o corpo não está em movimento, e o equilíbrio dinâmico, que corresponde ao equilíbrio e à postura quando o corpo está em movimento (Silveira e Wibelinger; 2010).

A alteração das funções sensoriais e o equilíbrio nas pessoas idosas são potenciadores das quedas tão frequentes nesta fase da vida. A prática de hipoterapia permite a melhoria do equilíbrio, prevenindo as mesmas (Silveira e Wibelinger; 2010).

A terapia com uso do cavalo obriga ao uso de todo o corpo da pessoa, contribuindo para desenvolvimento do tónus e da força muscular, “o relaxamento, a consciencialização do próprio corpo, o equilíbrio, o aperfeiçoamento da força motora, a atenção, a autoconfiança e auto-estima”. Assim, a utilização do cavalo como meio terapêutico aborda a pessoa de uma forma global (Silveira e Wibelinger; 2010).

Quando o participante não consegue dominar e controlar o cavalo, a hipoterapia, mantendo os seus benefícios, necessita de um fila-guia que segue junto à cabeça do cavalo e que é responsável pelo mesmo, e dois assistentes laterais responsáveis pela terapia (Silveira e Wibelinger; 2010).

De acordo com a ANDE-BRASIL, a característica mais importante da hipoterapia é o andamento a passo do cavalo que transmite ao cavaleiro diversos movimentos sequenciais e simultâneos, que resultam num movimento tridimensional, no plano vertical (para cima e para baixo), no plano horizontal (para a direita e para a esquerda), segundo o eixo transversal do cavalo e o movimento para a frente e para trás, segundo o eixo longitudinal. Para além destes movimentos, existe também uma pequena torção da pélvis, causada por inflexões laterais do dorso do animal. O facto de o passo do cavalo ser um movimento marchado, tal como o passo das pessoas, é uma mais valia para a estimulação do equilíbrio do participante (Silveira e Wibeling; 2010). Segundo o Centro de Equitação da Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa – APCL (situado nas instalações da Sociedade Hípica Portuguesa - SHP), o andamento a passo produz cerca de 60 a 75 movimentos tridimensionais por minuto, que equivalem “aos da marcha humana neurofisiologicamente normal” (APCL-SHP; 2010).

Na utilização do cavalo como meio terapêutico é essencial o trabalho de uma equipa multidisciplinar que deve, pelo menos, incluir um treinador de cavalos, um psicólogo e um fisioterapeuta. Contudo, é importante a existência de outros profissionais para que cada caso seja avaliado e a terapia ocorra da forma mais benéfica para o participante. Para além dos profissionais já referidos, são também importantes, o terapeuta ocupacional, o assistente social, o gerontólogo (na terapia com pessoas idosas), entre outros (Silveira e Wibeling; 2010).

Os objectivos principais da hipoterapia são, de acordo com Freire (1999): melhoria de padrões anormais, resultantes da quebra dos padrões patológicos; melhoria do conhecimento do esquema corporal; melhoria da postura e do equilíbrio corporais; melhoria da coordenação do espaço e do tempo; educação do sistema nervoso sensorial; melhoria ou manutenção das articulações; realização de reeducação respiratória; introdução de movimentos e posturas inibidores dos reflexos; relaxamento; e aumento da motivação, autoconfiança e auto-estima (Silveira e Wibeling, 2010).

3. Modelos de Hipoterapia

São diversos os modelos existentes de utilização do cavalo com fins terapêuticos, dos quais destaco o modelo alemão, o modelo norte-americano e o modelo brasileiro.

3.1. Modelo Alemão

Segundo Leitão (2008), o modelo alemão tem origem na década de 70, tendo sido aprovado no IV Congresso Internacional de Equitação Terapêutica em 1982. Este modelo inclui as áreas da saúde, educação e desporto onde se inserem as seguintes disciplinas:

3.1.1. Hipoterapia Clássica

Corresponde a uma forma passiva de equitação terapêutica, em que o praticante estando montado se adapta ao movimento tridimensional do dorso do cavalo; está “centrada na recuperação de competências” que possibilitem a reintegração do praticante a nível do trabalho e da vida social; a hipoterapia é um método aplicado no domínio da medicina física e de reabilitação, não sendo o ensino da equitação o principal objectivo (Leitão; 2008).

Na hipoterapia pretende-se habilitar ou reabilitar o praticante de modo “a que este possa voltar a ter uma vida produtiva e confortável” (Leitão; 2008).

3.1.2. Equitação Psico-Educacional (EPE)

Esta disciplina aparece de forma a responder “à problemática social de crianças com perturbações ao nível do comportamento”. Na EPE pretendem-se alcançar objectivos específicos, de acordo com as necessidades de cada praticante, que podem ser de nível psicológico e/ou educacional. Esta modalidade usufrui da experiência pessoal que o praticante alcança nos três andamentos – passo, trote e galope (Leitão; 2008).

Os praticantes são encarados numa óptica holística “(do ponto de vista físico, psíquico e social)” e podem alcançar diversos benefícios nesta actividade individual ou em grupo.

Leitão (2004) define a EPE como uma “terapia pela relação que valoriza a desorganização do paciente (...), aproveita e reforça as suas competências, os seus talentos, tendo como aliado o cavalo, no diálogo com as figuras parentais” (Leitão; 2008).

Nesta modalidade “os exercícios de equitação desportiva normal são transformados e adaptados” de acordo com as necessidades de cada praticante, “promovendo o desenvolvimento, o bem-estar, a auto-estima, a construção de um sentimento de confiança,

comportamentos desejados, a atenção, a concentração, a tolerância, (...), a iniciativa, o auto-controlo, a construção de amizades, (...), etc.” (Leitão; 2008).

3.1.3. Equitação Desportiva/Recreativa Adaptada

A prática de desporto torna-se uma forma fundamental na reabilitação de adultos e também “no desenvolvimento e na educação de crianças e jovens portadores de diferentes deficiências físicas e/ou psíquicas” (Leitão; 2008).

A equitação desportiva/recreativa adaptada exige mais autonomia do praticante do que a hipoterapia e a EPE, não sendo a deficiência o foco de intervenção. Pretende-se desenvolver aptidões equestres “em populações com dificuldades especiais”.

Esta modalidade pode ser praticada pelo simples prazer de montar, melhorar ou manter a forma física, aumentar a auto-estima ou competir. Pode ser uma actividade individual, em equipa ou de grupo (Leitão; 2008).

3.2. Modelo Norte-americano

O entusiasmo, a crença, a dedicação e a devoção caracterizaram as primeiras décadas de Equitação Terapêutica nos Estados Unidos da América, praticadas de forma mal estruturada e limitada, exprimindo-se de uma forma mais desportiva e recreativa do que terapêutica. Nos finais da década de 70, foram diversos os terapeutas que influenciaram gradualmente a criação da hipoterapia nos Estados Unidos e o seu encaro como matéria científica. Desta forma, o modelo alemão influenciou decisivamente a “estruturação de programas de treino e de competência profissional, tanto no continente europeu como no continente americano” (Leitão; 2008).

Surge então a Terapia Assistida por Equinos, ajustada a novas realidades, que abrange inúmeras actividades. A Terapia Assistida por Equinos compreende uma visão holística e interdisciplinar, de forma a “melhorar a qualidade de vida de crianças e adultos com necessidades especiais”. Estão incluídas neste modelo a **Hipoterapia Americana** que, da mesma forma que a Hipoterapia clássica, “detém um sentido mais lato, adopta métodos de tratamento mais activos e abrange um maior número de profissionais”, e a Equitação Terapêutica Desenvolvimental (ETD). A ETD é uma actividade individual ou de pares,

centrada no praticante, encarando-o do ponto de vista holístico e utilizando conjuntamente um método de tratamento físico e psicológico; procura utilizar posições desenvolvimentais; preocupa-se com o desenvolvimento relacional entre o praticante, o terapeuta e o cavalo; procura o “ensino selectivo de competências equestres”. A ETD pode ser vista “como um complemento à Hipoterapia ou uma fase de transição necessária entre esta técnica médica específica e o trabalho de grupo que caracteriza a EPE e a Equitação Desportiva/Recreativa Adaptada (Leitão; 2008).

3.3. Modelo Brasileiro

No final da década de 80, os brasileiros rumaram à Europa com a intenção de aprofundar os seus conhecimentos acerca da Equitação Terapêutica e das formas de organização da mesma. Assim, da perspectiva italiana que sistematizou este tema em quatro momentos, teve origem a concepção brasileira denominada Equoterapia que também inclui quatro programas básicos: (Leitão; 2008)

3.3.1. Hipoterapia

O cavalo actua como instrumento cinesioterapêutico, ou seja, provido de ritmo, oscilação e corpo. A hipoterapia é um método essencialmente da área da saúde e reabilitação, direccionado para “pessoas portadoras de deficiência física e/ou mental”. Neste programa o praticante é desprovido de “condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho a cavalo”. A hipoterapia está essencialmente centrada nas acções dos profissionais de saúde (Araújo; 2011; Leitão; 2008).

3.3.2. Educação/Reeducação

O cavalo actua como instrumento cinesioterapêutico e pedagógico. Este é um programa utilizado nas áreas da saúde/reabilitação e educação. São utilizados os conhecimentos equestres em pacientes com um mínimo de autonomia, podendo os mesmos conduzir o cavalo. O objectivo deste programa é trabalhar a capacidade de condução do cavalo, exercendo o praticante influencia sobre o cavalo (Araújo; 2011; Leitão; 2008).

3.3.3. Pré Esportivo

O cavalo actua como promotor da realidade social. Este programa também pode ser aplicado nas áreas da saúde/reabilitação e educação. Os praticantes actuam em grupo, tendo como finalidade a organização do espaço e do tempo e a preparação para a sua inserção social. Nesta modalidade são também ensinados o trote e o galope. O praticante tem condições para conseguir conduzir o cavalo, embora com algumas limitações. O profissional equestre tem aqui um papel mais preponderante, embora carecendo da orientação dos profissionais de saúde e de educação (Araújo; 2011; Leitão; 2008).

3.3.4. Prática Esportiva Paraequestre

Esta modalidade surge “após quinze anos de institucionalização da ANDE-BRASIL” e após o aparecimento de competições paraolímpicas.

O cavalo actua como promotor de inserção social. É um programa que também pode ser aplicado nas áreas da saúde/reabilitação e educação. Os praticantes devem possuir boas condições para estar a cavalo, podendo participar já em competições hípcas. Neste programa o profissional equestre tem um papel predominante sendo, contudo, necessária orientação dos profissionais das áreas da saúde e da educação. A Prática Desportiva Paraequestre pretende alcançar não só a inserção social, mas também o prazer pelo desporto e pela competição, a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida (Araújo; 2011; Leitão; 2008).

3.4. Situação Portuguesa

Em Portugal, são diversos os modelos de equitação com fins terapêuticos utilizados, dependendo da instituição que aplica a terapia.

A APCL, sediada na SHP, destaca três programas de equitação com Fins Terapêuticos:

3.4.1. Hipoterapia

Conjunto de actividades equestres utilizadas em pessoas portadoras de deficiência física e/ou mental com objectivos de âmbito neuromotor, específicos e prioritários para o processo de reabilitação do praticante. O praticante possui pouca autonomia, não tendo condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho a cavalo. Nestas situações, o cavalo é o principal elemento de reeducação e animação da pessoa sujeita a terapia, procurando retirar-se contributos da reabilitação através do movimento do cavalo e não do ensino equestre. Na hipoterapia, a condução do cavalo fica à responsabilidade do guia, podendo o praticante ser lateralmente apoiado por terapeutas. As acções são fundamentalmente realizadas pelos profissionais da área da saúde (APCL-SHP; 2010; Corrêa e Nunes; 2012: 21; Leitão; 2008).

3.4.2. Equitação Terapêutica

A equitação terapêutica é utilizada quando os objectivos são de âmbito psicomotor, direccionada para necessidades específicas na área educacional, psicológica ou cognitiva. É adequada para pessoas portadoras de deficiência, doenças ou inaptações, capazes de conduzirem o cavalo, podendo ser apreciados progressos no ensino de montar a cavalo. Aqui há uma maior autonomia da pessoa sujeita a terapia. Na equitação terapêutica, os responsáveis são o terapeuta ou o equitador, tendo como parceria todos os intervenientes no processo de reabilitação (APCL-SHP; 2010; Corrêa e Nunes; 2012: 21).

3.4.3. Equitação Desportiva Adaptada

Na equitação desportiva adaptada os objectivos são desportivos, de lazer ou competição. Nesta modalidade, o técnico responsável é o equitador, que trabalha com o praticante no desenvolvimento de competências equestres para situações como o lazer, a melhoria da forma física e da auto-estima, a competição, entre outras (APCL-SHP; 2010).

Todavia, a mesma Associação possui ainda um programa de Equitação Psico-educacional (EPE), direccionado para populações diagnosticadas no âmbito do Espectro do Autismo. Este programa pretende alcançar “benefícios ao nível da relação, da comunicação e

do comportamento”. A EPE privilegia a relação e assume como prioritário o “bem-estar das crianças, dos jovens e das suas famílias” (APCL-SHP; 2010).

3.5. Hipoterapia de Grau I, II e III

Após análise dos diferentes modelos e programas existentes, parece-me que são muitas e confusas as nomeclaturas para definir o que é apenas a utilização do cavalo como meio terapêutico, apesar das diversas formas como o mesmo pode ser concretizado. Todos os modelos, embora com as suas variações de objectivos e tipo de praticantes, são formas de hipoterapia, em que é utilizado o cavalo como forma de terapia. Deste modo, parece-me pertinente utilizar os termos Hipoterapia de grau I, Hipoterapia de grau II e Hipoterapia de grau III como forma de simplificar as terminologias utilizadas. Assumo assim, para este projecto, estas terminologias, baseadas nas já existentes dos diversos modelos e programas, como passo a descrever.

A **Hipoterapia de Grau I** corresponde ao conjunto de actividades equestres utilizadas em pessoas portadoras de deficiência física e/ou mental com objectivos de âmbito neuromotor; está “centrada na recuperação de competências” que possibilitem a reintegração do praticante a nível do trabalho e da vida social. O praticante possui pouca autonomia, não tendo condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho a cavalo. Nestas situações, o cavalo é o principal elemento de reeducação e animação da pessoa sujeita a terapia, procurando retirar-se contributos da reabilitação através do movimento do cavalo e não do ensino equestre. Na hipoterapia de grau I, a condução do cavalo fica à responsabilidade do guia, podendo o praticante ser lateralmente apoiado por terapeutas. As acções são fundamentalmente realizadas pelos profissionais da área da saúde. É, essencialmente, um programa da área da saúde/reabilitação (Corrêa e Nunes; 2012: 21; Leitão; 2008).

Na **Hipoterapia de Grau II** os objectivos são de âmbito psicomotor e/ou educacional e é direccionada para necessidades específicas na área educacional, psicológica ou cognitiva. Na Hipoterapia de grau II pretendem-se alcançar objectivos específicos, de acordo com as necessidades de cada praticante; “os exercícios de equitação desportiva normal são transformados e adaptados” de acordo com as necessidades de cada praticante, “promovendo o desenvolvimento, o bem-estar, a auto-estima, a construção de um sentimento

de confiança, comportamentos desejados, a atenção, a concentração, a tolerância, (...), a iniciativa, o auto-controlo, a construção de amizades, (...), etc.”.

É adequada para pessoas portadoras de deficiência, doenças ou inaptações, com maior autonomia que na Hipoterapia de grau I, podendo mesmo conduzir o cavalo; podem ser apreciados progressos no ensino de montar a cavalo. Os responsáveis são o terapeuta ou o equitador, tendo como parceria todos os intervenientes no processo de reabilitação (APCL-SHP; 2010; Corrêa e Nunes; 2012: 21; Leitão; 2008).

A **Hipoterapia de Grau III** exige uma maior autonomia do praticante do que a Hipoterapia de grau I e II, não sendo a deficiência o foco de intervenção. Pretende-se desenvolver aptidões equestres “em populações com dificuldades especiais” (Leitão; 2008).

Esta modalidade pode ser praticada pelo simples prazer de montar, melhorar ou manter a forma física, aumentar a auto-estima ou competir. Pode ser uma actividade individual, em equipa ou de grupo. O técnico responsável é o equitador que trabalha com o praticante no alcance dos seus objectivos (APCL-SHP; 2010; Leitão; 2008).

4. Indicações Gerais para a Prática de Hipoterapia

De acordo com a American Hippotherapy Association (2010), a hipoterapia pode ser praticada por crianças e adultos com disfunções neuromusculoesqueléticas de leves a graves, tais como:

- **Condições médicas:**
 - Autismo
 - Paralisia cerebral
 - Atraso de desenvolvimento
 - Síndromas genéticos
 - Dificuldades de aprendizagem
 - Dificuldades na linguagem
 - Desordens de integração sensorial
 - Lesões traumáticas cerebrais

➤ **Disfunções:**

- alterações do tónus muscular;
- alterações do equilíbrio;
- diminuição da coordenação;
- alterações da comunicação;
- função sensório-motora diminuída;
- assimetria postural;
- controle postural deficiente;
- diminuição da mobilidade corporal;
- disfunções do sistema límbico.

Lermontov (2004), citado por Santana e Mejia, indica a hipoterapia para:

- patologias ortopédicas, como problemas posturais, problemas de crescimento, má formação da coluna, amputações, artrite reumatóide, artroses, espondilite anquilosante, dismorfismos esqueléticos e subluxações do ombro ou do quadril;
- patologias neuromusculares como epilepsia controlada, poliomielite, encefalopatia crónica de infância, sequelas de traumatismo crânio-encefálico, doença de parkinson, acidente vascular cerebral, mielomeningocele, multiesclerose, espinha bífida, lesões medulares, hidrocefalia, macrocefalia e microcefalia;
- patologias cardiovasculares e respiratórias como cardiopatias e doentes que precisam de se reabilitar a nível respiratório para poderem voltar a realizar esforços e a praticar exercício físico;
- outras patologias tais como distúrbios mentais (demência geral, Síndrome de Down), comportamentais e sociais (psicoses infantis e estados marginais, autismo, esquizofrenia, distúrbio de atenção, hiperactividade), sensoriais (deficiências visual e auditiva), alteração da escrita, da linguagem oral e motricidade oral, assim como doenças sanguíneas e metabólicas.

Contudo, a hipoterapia não é recomendada a todo o tipo de pessoas, sendo mesmo, de acordo com o Centro de Equoterapia Pratique (2013)¹, contra-indicada nas seguintes situações:

- Lassidão ligamentar exagerada das primeiras vértebras cervicais;
- Hidrocefalia com implante de válvula;
- Cardiopatias agudas e outras doenças agudas em convalescença para as quais está contra-indicada a prática de exercício físico;
- Instabilidades da coluna vertebral;
- Patologias graves da coluna cervical, tais como hérnias discais;
- Pacientes com comportamento autodestrutivo ou com medo;
- Luxações do ombro e do quadril;
- Escoliose em evolução, de 30 ou mais graus;
- Processos artríticos em fase aguda;
- Úlceras de decúbito na região pélvica ou nos membros inferiores;
- Epífises de crescimento em estágio evolutivo;
- Doenças medulares que envolvam perda de sensibilidade dos membros inferiores;
- Hemofílicos e pessoas com leucemia, dependendo de cada caso;
- Alergia aos produtos biológicos do cavalo.

De acordo com o mesmo Centro, cada caso é um caso, e cada paciente deve ser avaliado pelo médico e pela restante equipa multidisciplinar de forma a haver inclusão ou exclusão desta terapia, ou mesmo, inclusão limitada e/ou com controle rigoroso

¹O Centro de Equoterapia Pratique é credenciado pela a ANDE - BRASIL e a pela Confederação Brasileira de Hipismo (CBH) .

5. Escolhas para as Sessões

5.1. Seleção do Cavalo

Na escolha de um cavalo para sessões de hipoterapia, é importante ter em conta as qualidades dos movimentos do cavalo de acordo com o trabalho que se pretende fazer (Severo; 2010: 80).

São alguns os pontos a ter em consideração na escolha do cavalo: o seu comportamento, ao nível do que lhe é inato e do que é adquirido através do treino; as suas características, devendo ser submisso e obediente, tolerante, dessensibilizado de estímulos externos e sensibilizado para estímulos referentes às sessões de hipoterapia; deve ser saudável física e psicologicamente, ter bom temperamento e tamanho adequado; a sua capacidade de adaptação na atenção, na tolerância ao corpo e movimentos do cavaleiro, na sensibilização, na recepção dos diferentes estímulos inerentes à necessidade de movimentos e na submissão à liderança; a sua capacidade de treino para a submissão e obediência ao cavaleiro, desenvolvimento de uma relação de confiança entre ambos, “desenvolvimento físico e psíquico do cavalo (temperamento) ” e capacidade de manter regulares os seus andamentos (Severo; 2010: 80-81).

O cavalo para a hipoterapia deve maioritariamente ser um animal com alguma idade, por estes serem geralmente mais calmos, embora isso não seja uma condicionante básica. Corrêa e Nunes defendem que embora a idade possa ter algum peso na escolha, o que é realmente importante é a atitude do animal perante o trabalho, a sua índole e o seu gosto na execução das tarefas que lhe são pedidas (Corrêa e Nunes; 2012: 38).

Segundo Alves, E., são três os aspectos fundamentais na escolha de um cavalo: a largura do dorso, a frequência da passada e a amplitude da passada. No que concerne à largura do dorso, é importante ter em mente se há ou não o objectivo de aumentar a amplitude de abdução coxo-femural, e qual é o limite de amplitude de movimento de abdução do praticante em questão. Relativamente à frequência da passada, Alves refere que ainda existe a necessidade de pesquisas mais avançadas, de modo a poder definir-se qual a melhor frequência para o quadro clínico de cada praticante. Segundo Peniche e Frazão (2002), um cavalo com uma frequência de passada média, dá 56 passos por minuto. Considera-se acima de 56 passos por minuto, alta frequência, e menos que 56 passadas por minuto, baixa frequência. No que concerne à amplitude da passada do cavalo, pode dizer-se que o cavalo se

antepista, sobrepista e transpista. A passada é antepistada quando o membro posterior do cavalo não alcança a marca deixada no solo pelo membro anterior, permanecendo posterior a esta. Quando o membro posterior alcança exactamente a marca deixada pelo membro anterior no solo, o cavalo sobrepista-se. A passada é transpistada quando o membro posterior ultrapassa a marca deixada no solo pelo membro anterior, ficando anterior à mesma. As passadas podem ser consideradas de baixa, média e alta amplitude, conforme o cavalo se antepista, sobrepista e transpista, respectivamente. Alguns estudos, embora ainda não conclusivos, mostram maior eficácia em passadas de alta amplitude, visto que este tipo de passada proporciona maior estimulação dos músculos do tronco (Alves; 2009: 4-5).

Severo considera que um cavalo adequado para a hipoterapia deve ser capaz de controlar as reações instintivas, aceitar carícias e interacções diversas, ser atento e capaz de responder a diversos sinais e comandos. Deve também ser aprovado em exame de passo, trote, galope e estático, responder positivamente a regularidades, simetrias e ritmos, ser aprovado em exames de flexibilidade da coluna, do pescoço, da cauda e das articulações dos membros. É fundamental que o cavalo responda positivamente também com o cavaleiro montado (Severo; 2010: 81).

Segundo Corrêa e Nunes, pelo menos na hipoterapia de grau I, o cavalo não deve ter mais de 1,51 m de altura ao garrote, visto que os terapeutas laterais estão junto ao cavalo a desenvolver as actividades durante toda a sessão (Corrêa e Nunes; 2012: 38).

5.2. Selecção do Terreno

O terreno onde as sessões vão decorrer pode variar de inclinação e densidade.

Segundo Alves, embora não existam pesquisas acerca deste ponto, o acto de montar revela, no que concerne à densidade do piso, que quanto mais duro este for, maiores são os impactos no cavaleiro (Alves; 2009: 5).

A inclinação do terreno faz variar o centro gravitacional, uma vez que em terrenos aclives a força da gravidade impulsiona o corpo para trás, sendo necessário haver uma compensação por parte do cavaleiro para manter o alinhamento do corpo na vertical, compensação essa que aumenta a actividade dos músculos abdominais. Em terrenos em declive, a força da gravidade impulsiona o corpo para a frente, sendo necessário fazer uso da musculatura dorsal para a manutenção do corpo na vertical (Alves, E.; 2009: 5).

A selecção do terreno deve variar conforme o quadro do praticante e as suas necessidades (Alves; 2009: 5).

5.3. Selecção de Materiais

A selecção de materiais deve, numa primeira fase, ser realizada pelo instrutor de equitação, que a deverá fazer de acordo com o animal seleccionado. É o instrutor que, juntamente com a equipa multidisciplinar, deve escolher a melhor embocadura, a melhor cabeçada, os restantes materiais e o melhor plano para a sessão (Alves; 2009:5).

Depois, deve ser definido se será utilizada uma sela ou uma manta. A manta permite uma maior liberdade de movimentos e uma sensibilidade maior na recepção dos estímulos do movimento do cavalo. Permite ainda uma maior estimulação das musculaturas anterior e posterior do tronco, para além de permitir uma boa amplitude de abdução coxo-femural (Alves; 2009:5).

Optando-se pela utilização de sela para a sessão, pode escolher-se uma de modelo australiano, que requer uma maior abertura que as outras e requer menos equilíbrio, uma inglesa ou uma sela adaptada, que pode ter uma argola fixa sobre a arcada e um coxim que pode ser utilizado na correcção de posturas da anca (Alves; 2009:5; Corrêa e Nunes; 2012: 39)

As mantas podem ter diferentes espessuras (entre 3 e 6 cm), podendo ser colocado um cilhão, uma ou duas argolas fixas ou flexíveis e argola para colocação de estribos. A selecção das mantas tem essencialmente a ver com a posição das argolas e o seu suporte em relação ao equilíbrio, pelo que praticantes mais inseguros sentem-se melhor em mantas de argolas fixas (Alves; 2009: 5).

Segundo Corrêa *et al.* (2008), os estribos são eficientes para aumentar a activação da musculatura posterior do tronco enquanto que a sua não utilização dá prioridade à activação da musculatura anterior do tronco. Os estribos também podem ser adaptados com borracha ortopédica, de forma a diminuir os desvios em inversão ou eversão dos pés (Alves, E.; 2009:5-7).

As rédeas também podem ser adaptadas de acordo com as necessidades de cada praticante (Alves, E.; 2009: 8).

Numas rédeas normais podem ser colocadas umas pequenas fivelas “onde é afivelada uma correia com furação ajustável com uma pequena pega onde o praticante segura com a mão”. Corrêa e Nunes defendem que esta adaptação das rédeas fornece ao praticante uma óptima estabilidade, não permitindo que estas escorreguem, pelo que a condução é mais segura e precisa (Corrêa e Nunes; 2012: 41).

5.4. Duração e Periodicidade das Sessões

A duração das sessões de hipoterapia deve ser determinada pela equipa multidisciplinar, devendo variar entre 30 e 45 minutos. Cada sessão “pode incluir três momentos de aplicação terapêutica: aproximação, desenvolvimento e conclusão” (Severo; 2010:335). A aproximação inclui a aproximação ao animal, o seu cuidado e preparação para os exercícios de picadeiro. O desenvolvimento corresponde ao tempo da sessão propriamente dita, com exercícios no picadeiro. A conclusão corresponde ao tratamento do cavalo após o período de picadeiro, incluindo deixá-lo na “boxe”.

As sessões devem realizar-se entre uma a três vezes por semana (Severo; 2010: 335).

Segundo o mesmo autor, uma avaliação correcta do desenvolvimento dos praticantes e do programa deve realizar-se após um tempo mínimo sem interrupções de seis meses.

O tempo que o praticante deve passar montado é calculado de forma individual, dependendo do tipo de inaptidão, da idade, da aptidão física, da aptidão cognitiva, da utilização de medicação, do tipo de atenção, entre outros (Severo; 2010: 335).

5.5. Posturas a Cavalo

São diversas as posturas que se podem utilizar a cavalo, de acordo com os objectivos pretendidos para cada praticante, assim como da sua capacidade neuro-muscular e articular.

Segundo Alves (2009), podemos dividi-las em posturas de base, intermédias e de alta complexidade (Alves; 2009: 16-40).

No caso das pessoas idosas, é fundamental ter em atenção a sua capacidade neuro-muscular e articular, sendo que, algumas das posturas aqui apresentadas dificilmente poderão

ser executadas por este grupo de pessoas, nomeadamente algumas das intermédias e as de alta complexidade.

Gostaria também de referir que as imagens são meramente demonstrativas, pelo que não são utilizados praticantes de hipoterapia, terapeutas laterais e capacete de protecção. As imagens surgem a título ilustrativo, de modo a ajudar o leitor a compreender as diferentes posturas.

5.5.1. Posturas de Base

As posturas de base são as mais fáceis de aplicar, não necessitando de grande capacidade motora, mobilidade articular e flexibilidade muscular por parte do praticante. Podem ser utilizadas na maioria dos casos, uma vez que têm poucas restrições (Alves; 2009: 16).

São consideradas as posturas de base: montaria e decúbito ventral (Alves; 2009:16).

5.5.1.1. Sentada

O posicionamento passa pelo praticante sentado sobre o dorso do animal, perfeitamente alinhado, que corresponde a uma linha imaginária que vai desde o lóbulo da orelha, ombro, pelo meio do tronco e grande trocânter do fémur (Alves; 2009:16).

Esta posição permite, pela posição sentada do praticante e correcção postural, estimular o correcto alinhamento, melhorar o controle sobre o tronco, flexibilidade dos músculos adutores e rotação externa dos membros inferiores. O movimento tridimensional sofrido pelo praticante permite a estimulação do equilíbrio (Alves; 2009:16).

É importante que o praticante permaneça correctamente posicionado para não modificar a posição correcta da coluna, de forma a evitar hiperlordose lombar e “inversão da curvatura lombar com tendência a cifose” (Alves; 2009:16).

Para esta posição pode ser usado qualquer material, desde sela, manta ou manta com cilhão (Alves; 2009: 18).

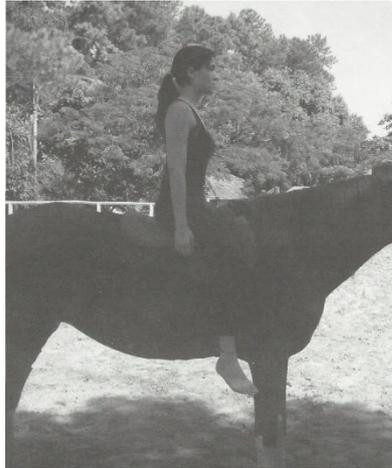


Ilustração 1 - Postura Sentada Fonte: Alves, 2009

5.5.1.2. Decúbito Ventral

A postura decúbito ventral deriva da postura anterior, a partir da qual o praticante inclina o corpo anteriormente até ficar em contacto com o dorso do cavalo. A posição dos membros inferiores do praticante depende do objectivo que se pretende (Alves; 2009:18).

Esta postura permite relaxar bastante e pode ser utilizada para melhoria da mobilidade da coluna lombar, da anca e dos membros superiores. O decúbito ventral permite também estimular a rotação da coluna cervical, podendo realizar-se exercícios dos membros superiores de forma independente da posição da mesma; permite também melhorar o campo visual (Alves; 2009:18-20).

No decúbito ventral é importante a utilização de uma manta com alças flexíveis que tragam conforto ao praticante (Alves; 2009: 20).

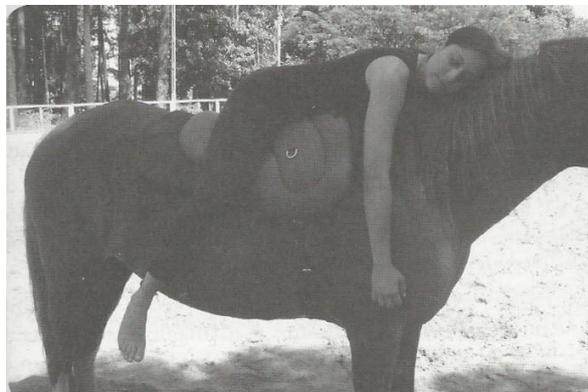


Ilustração 2 - Postura Decúbito Ventral Fonte: Alves, 2009

5.5.2. Posturas Intermédias

As posturas intermédias implicam maior mobilidade articular e flexibilidade muscular do praticante do que as posturas de base (Alves; 2009: 20).

Para qualquer uma das cinco posturas pode ser utilizada uma manta comum, que seja cómoda para o praticante ou uma manta com cilhão (Alves; 2009: 20).

5.5.2.1. Decúbito Dorsal

A partir da postura sentado, inclina-se o tronco para trás até toda a coluna ficar apoiada sobre o dorso do cavalo, ficando os membros inferiores flectidos e apoiados pelo terapeuta, de forma a que a bacia assumira uma posição neutra (Alves; 2009: 20-21).

Com esta postura pretende-se aumentar a flexibilidade da cadeia muscular ântero-interna do ombro e também da cadeia anterior do braço. Permite também o relaxamento e melhora a consciência corporal, visto que toda a coluna é estimulada pelo movimento do animal. Contudo, é fundamental que o praticante não apresente medo, de forma a não aumentar a tensão muscular (Alves; 2009: 20).

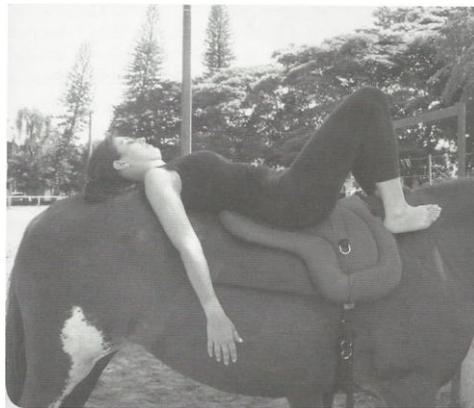


Ilustração 3 - Postura Decúbito Dorsal Fonte: Alves, 2009

5.5.2.2. Sentada Lateralmente

A partir da postura sentado passa um dos membros inferiores por cima do pescoço do cavalo, pela frente do seu corpo e roda a bacia até estar correctamente sentado e alinhado (Alves; 2009: 22).

Esta posição implica bastante equilíbrio ântero-posterior e látero-lateral, obrigando ao uso de toda a musculatura do tronco, possibilitando maior independência ao praticante na posição sentado, uma vez que liberta os membros superiores para outras tarefas (Alves; 2009: 22).

Nesta postura é importante a correcta posição da coluna, sem hiperlordose ou cifose, visto que o praticante tem de encontrar o seu centro de equilíbrio com o animal (Alves; 2009:23).

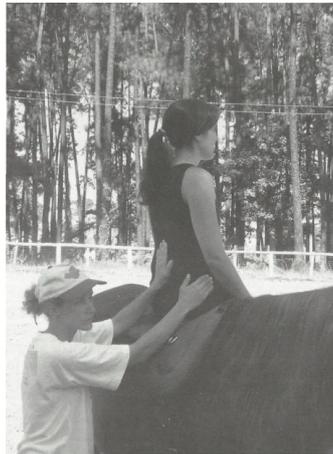


Ilustração 4 - Postura Sentada Lateralmente Fonte: Alves, 2009

5.5.2.3. Índio Morto

A partir da posição sentado lateralmente, “o praticante cruza os joelhos e roda o tronco até encostar o abdómen sobre o dorso do animal”, ficando com a cabeça de um lado e os membros inferiores do outro do cavalo com o peso equitativamente distribuído pelos dois lados (Alves; 2009: 25).

Esta é uma boa posição para relaxar no final de cada sessão, para aumento da flexibilidade da cadeia muscular posterior e ainda para estimular a zona cervical. Permite também apoiar os cotovelos, fomentando uma maior utilização da musculatura posterior do

tronco. O ganho de força e de controlo cervical permitem manter um alinhamento da cabeça para a realização de actividades diárias (Alves; 2009: 25).



Ilustração 5 - Postura Índio Morto Fonte: Alves, 2009

5.5.2.4. Sentada Invertida

Esta postura parte da postura sentada lateralmente, em que o praticante passa um dos membros inferiores pela frente do corpo e por cima da garupa do cavalo, rodando a bacia até ficar correctamente sentado e alinhado (Alves; 2009: 28).

Esta postura é semelhante à postura sentada, trazendo os mesmos benefícios e exigindo os mesmos cuidados, havendo apenas um aumento da flexibilização dos músculos adutores dos membros inferiores, uma vez que a garupa do animal é mais larga que a parte anterior; é exigido assim um maior equilíbrio. Esta postura também pode ser utilizada para descarga do peso sobre os membros superiores (Alves; 2009: 28).

De acordo com Santos et al. (2006), citado por Alves (2009), esta postura implica uma maior utilização dos músculos erectores do tronco com o cavalo a andar a passo que a postura sentada básica, pelo que é mais uma razão para a utilização da postura sentada invertida em detrimento da posição sentada (Alves; 2009: 28).

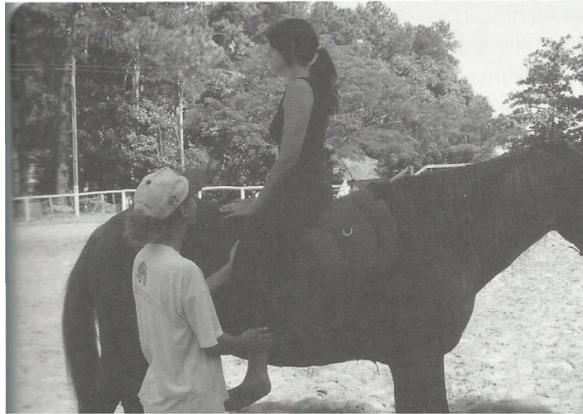


Ilustração 6 - Postura Sentada Invertida Fonte: Alves, 2009

5.5.2.5. Decúbito Ventral Invertido

A partir da postura sentada invertida, o praticante inclina o tronco para a frente até o encostar totalmente ao dorso e garupa do cavalo. A posição dos membros inferiores depende do objectivo pretendido (Alves; 2009: 31).

Esta costuma ser uma posição em que o praticante se sente confortável e seguro, sendo usada para os mesmos fins que a postura decúbito ventral anteriormente descrita (Alves; 2009: 31).

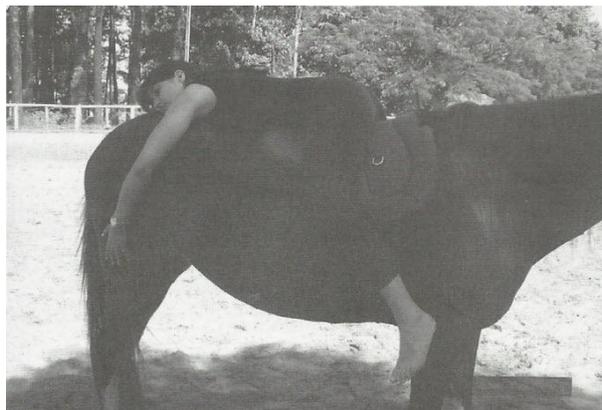


Ilustração 7 - Postura Decúbito Ventral Invertida Fonte: Alves, 2009

5.5.2.6. Princesa

A partir da postura sentada, o praticante flexiona o joelho e faz abdução e rotação externa da articulação da anca, colocando a perna em cima do pescoço do cavalo. É importante manter o correcto alinhamento da coluna vertebral (Alves; 2009: 32).

Não é uma postura muito utilizada, visto que requer muito equilíbrio e uma boa manualidade do terapeuta. Contudo, pretende a flexibilização dos músculos adutores, rotadores internos e extensores da articulação da anca (Alves; 2009: 32).

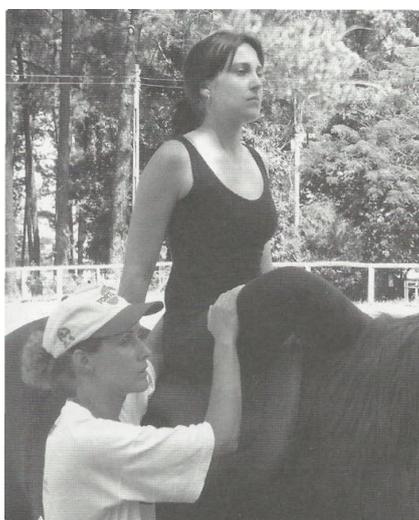


Ilustração 8 - Postura Princesa Fonte: Alves, 2009

5.5.3. Posturas de alta complexidade

Para as posturas de alta complexidade, o praticante necessita ter bastante mobilidade articular, flexibilidade muscular e capacidade motora para conseguir realizar as posturas e mantê-las. Estas posturas pretendem trabalhar de forma acentuada o equilíbrio, a coordenação e o fortalecimento muscular. São posturas benéficas para pessoas com alterações motoras e tónicas dos membros inferiores, visto que retiram carga dos membros inferiores. Contudo, apenas devem ser praticadas por pessoas com boa capacidade motora e sem desvios posturais significativos (Alves; 2009:33).

O terapeuta lateral é imprescindível na realização destas posturas, devendo auxiliar o praticante na melhoria do equilíbrio, para que os apoios não escorreguem e para correções posturais (Alves; 2009: 33).

São cinco as posturas de alta complexidade: ajoelhada; semi-ajoelhada; pranchinha; estandarte; em pé. Na postura ajoelhada é necessária a utilização de uma manta ou manta com cilhão, de acordo com os objectivos pretendidos. Nas restantes posturas é utilizada a manta com cilhão que devido às suas argolas permite uma maior segurança (Alves; 2009: 34).

5.5.3.1. Ajoelhada

Partindo da postura sentada, o praticante impulsiona-se para cima de forma a colocar os joelhos junto ao garrote do cavalo, flectindo os joelhos aproximadamente 90 graus; o dorso dos pés deve estar em contacto com o dorso do animal e as articulações coxo-femorais devem acompanhar os movimentos do cavalo, não ficando rígidas (Alves; 2009: 34).

A postura ajoelhada permite fortificar os músculos anteriores e posteriores da coxa, uma vez que se contraem conjuntamente de forma a manter o corpo alinhado; fortifica também os músculos adutores da articulação coxo-femural que não permitem que os joelhos escorreguem, mantendo o equilíbrio (Alves; 2009: 34).

Ainda segundo o mesmo autor, o fortalecimento destes músculos permite “melhorar o alinhamento durante a marcha”.

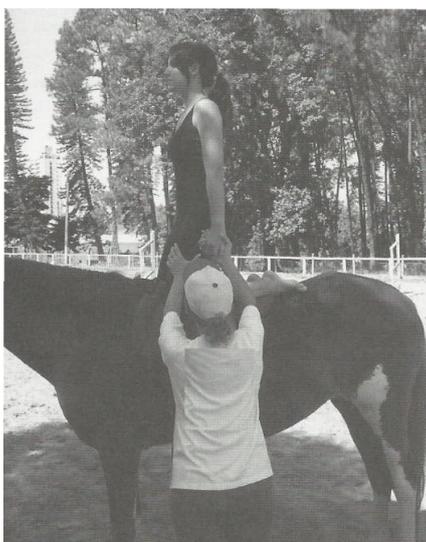


Ilustração 9 - Postura Ajoelhada

Fonte: Alves, 2009

5.5.3.2. Semi-ajoelhada

Partindo da postura ajoelhada, o praticante flexe um dos membros inferiores a 90° entre o joelho e a anca, apoiando o pé sobre a manta e mantendo o olhar em frente (Alves; 2009: 35).

Esta postura trabalha os mesmos músculos que a postura ajoelhada, permitindo fazer uma maior descarga de peso lateral e estimulando mais o equilíbrio. É uma postura que favorece actividades que oscilem as articulações da anca, tais como subir escadas (Alves; 2009: 35).

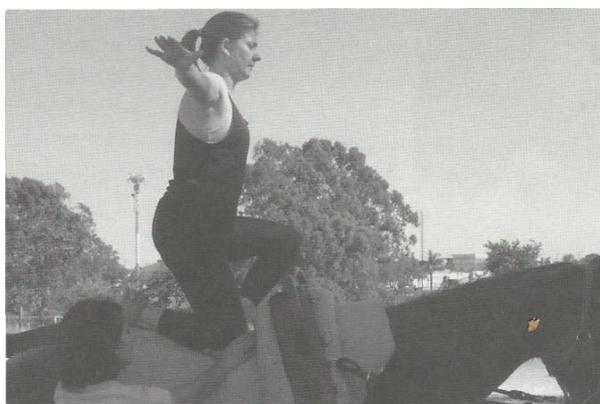


Ilustração 10 - Postura Semi-ajoelhada

Fonte: Alves, 2009

5.5.3.3. Pranchinha

Partindo da postura sentada, o praticante impulsiona-se para cima estendendo os membros inferiores e apoiando o dorso dos pés em flexão plantar na garupa do animal; os membros superiores ficam estendidos com uma leve flexão dos cotovelos, mantendo os ombros alinhados com os punhos que estão apoiados nas alças do cilhão (Alves; 2009: 35).

Para Alves (2009: 35), esta postura permite a descarga do peso nos membros superiores e o uso desses músculos, assim como dos músculos abdominais, de forma a manterem o tronco em prancha e melhorando a postura do mesmo.



Ilustração 11 - Postura Pranchinha

Fonte: Alves, 2009

5.5.3.4. Estandarte

Partindo da postura ajoelhada, o praticante deve segurar firmemente as alças do cilhão, flectindo o tronco a 90° em direcção ao fémur e elevar um dos membros inferiores estendendo-o completamente. Depois de se encontrar equilibrado, deve soltar o membro superior do lado oposto, estendendo-o para a frente (Alves; 2009: 37).

Segundo Alves (2009: 37), nesta postura é trabalhada a coordenação, o equilíbrio, a estimulação dos músculos abdominais e a lateralidade.



Ilustração 12 - Postura Estandarte Fonte: Alves, 2009

5.5.3.5. Em Pé

Também partindo da postura ajoelhada, o praticante deve impulsionar-se para cima ficando agachado com os joelhos dobrados e as nádegas sobre os calcanhares, estendendo depois parcialmente os joelhos. Quando o praticante estiver equilibrado, pode soltar as mãos, uma de cada vez, mantendo-se a olhar em frente (Alves; 2009: 38).

Esta postura pode ser utilizada para descarregar o peso igualmente por ambos os membros inferiores, para trabalhar a percepção individual, a concentração e o equilíbrio, melhorando a marcha (Alves; 2009: 38).

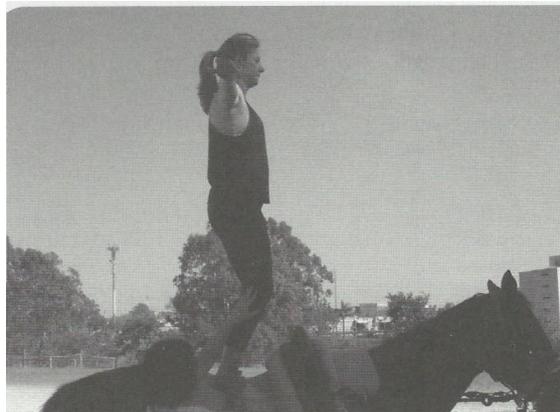


Ilustração 13 - Postura Em Pé

Fonte: Alves, 2009

Capítulo IV

PROJECTO

1. Apresentação do Centro Hípico Quinta do Cabrito

O Centro Hípico Quinta do Cabrito (CHQC) localiza-se num pequeno lugar denominado Cabrito, perto de Rossio ao Sul do Tejo, no concelho de Abrantes (CHQC; 2013).

É um Centro Hípico que permite a vivência de emoções com este mítico animal que é o cavalo, assim como a aprendizagem da arte equestre (CHQC; 2013).

Neste Centro podem ser praticadas diversas modalidades equestres, sendo as principais a dressage e os saltos de obstáculos. Todavia, a verdadeira vocação deste Centro Hípico são os saltos de obstáculos. Os clientes podem praticar a modalidade que entendam e podem ou não ter aulas, de acordo com a sua preferência. As aulas permitem a aprendizagem desde a iniciação até fases mais avançadas de competição. Contudo, quem já tenha alguns conhecimentos equestres pode realizar exteriores (passeios) no campo (CHQC; 2013).

Os cavalos ficam estabulados neste Centro Hípico, ficando aos cuidados do mesmo no que concerne ao seu alojamento e alimentação e, se o proprietário assim o entender, também nos seus cuidados mais específicos e trabalho/ensino (CHQC; 2013).

1.1. Recursos humanos

Para a manutenção das áreas exteriores, picadeiros e pátios, assim como para a manutenção dos estábulos e alimentação dos cavalos, este Centro emprega cinco pessoas. Destas, quatro estão a tempo inteiro no Centro Hípico, sendo directamente responsáveis pela alimentação e limpeza das camas dos cavalos, assim como pela limpeza dos pátios e manutenção dos picadeiros. A limpeza e tratamento dos animais, se requeridos pelos clientes, também fica a cargo destes elementos. O outro elemento, que não está permanentemente no Centro, é responsável pela manutenção dos espaços exteriores, tais como a manutenção das áreas verdes e reparações dos espaços (CHQC; 2013).

Trabalhar os cavalos e dar aulas fica a cargo de dois instrutores de equitação (CHQC; 2013).

1.2. Infra-estruturas

Este centro hípico possui três picadeiros, sendo dois descobertos e um coberto. Todos os picadeiros são multifuncionais, podendo ser utilizados para as mais diversas actividades. Todavia, um dos picadeiros descobertos, devido às suas dimensões, com 90 metros de largura por 110 metros de comprimento, é mais direccionado para os saltos de obstáculos; o outro, com 30 metros de largura por 60 metros de comprimento, é mais utilizado no aquecimento para os obstáculos e para a dressage. O picadeiro coberto tem 22 metros de largura por 42 metros de comprimento, permitindo a prática de equitação em qualquer altura do ano (CHQC; 2013).

A distribuição dos cavalos é feita por pátios ou zonas, tendo cada pátio um local para aparelhar e um espaço para guardar o material. No total, existem 48 “boxes”, estando 45 delas ocupadas (CHQC; 2013).

1.3. Cavalos

Os 45 cavalos alojados neste Centro são de diversas raças, tais como Cruzados Portuguêses, Portugueses de Desporto, Puros Sangue Lusitano, Hannoverianos, Checos (CZ) e Belgas (BWP). No total, são 37 os proprietários destes cavalos (CHQC; 2013).

1.4. Clientes/Praticantes

Os praticantes de equitação deste Centro Hípico fazem-no pelas mais variadas motivações. Pelo que apurei, para todos a equitação é essencialmente um desporto praticado por lazer. Contudo, é também procurado por problemas de socialização, comunicação e psicológicos. Existem também clientes que não praticam este desporto, divertindo-se apenas no acompanhamento do trabalho e nas competições dos seus animais (CHQC; 2013).

Este Centro Hípico não proporciona, de momento, quaisquer sessões de hipoterapia. Contudo, são alguns os alunos que iniciaram a sua prática de equitação devido a problemas essencialmente do foro social e psicológico. De uma forma indirecta, a hipoterapia acaba por

ser praticada neste Centro, sendo estimuladas capacidades e défices de forma personalizada. O Centro conta ainda com alguns alunos que iniciaram a prática de equitação por manifestarem algumas dificuldade de comunicação, mesmo com as pessoas mais próximas de si e que agora se mostram muito mais comunicativos e interactivos. Um dos praticantes desta modalidade é uma pessoa surda-muda, acabando a equitação por servir de estímulo à sua socialização (CHQC; 2013).

Neste Centro Hípico é muito estimulado o contacto com os animais. Os alunos e proprietários são geralmente quem trata do cavalo desde que este sai do estábulo, até que aí volta. Assim, os proprietários e alunos são também responsáveis pelas tarefas de limpar, aparelhar, desaparelhar e cuidar dos cavalos

1.5. Infra-estruturas para a Hipoterapia

O picadeiro coberto é suficiente para as sessões de hipoterapia de grau I e II e permite estas práticas mesmo com tempo chuvoso. Para as sessões de hipoterapia de grau II também pode ser utilizado o picadeiro de 30X60m. Para as sessões de hipoterapia de grau III, para além dos picadeiros já referidos, existe ainda o de 90X110m, de acordo com a modalidade praticada, do participante e dos seus objectivos (CHQC; 2013).

2. Objectivos

O objectivo central do meu projecto consiste em promover e implementar a utilização da hipoterapia como instrumento para a melhoria da qualidade de vida dos idosos portugueses e do seu envelhecimento activo. De acordo com este propósito, pretendo criar um centro que proporcione sessões de hipoterapia para pessoas idosas do concelho de Abrantes no Centro Hípico Quinta do Cabrito, de forma a:

- Melhorar o estado geral destas pessoas, promover a melhoria da sua qualidade de vida e o seu envelhecimento activo;

- Melhorar o estado físico, psicológico, emocional e social das pessoas idosas que irão participar nas sessões de hipoterapia;
- Potenciar aptidões e faculdades para a melhoria da funcionalidade das pessoas idosas;
- Promover a integração dos idosos nas famílias e na comunidade;
- Criar uma equipa multidisciplinar para acompanhar as sessões, com instrutor de equitação, fisioterapeuta, psicólogo e médico;
- Avaliar a cada seis meses a eficácia da intervenção, através da repetição das escalas de avaliação geriátrica e escala de satisfação à pessoa idosa;
- Divulgar as sessões de hipoterapia junto de instituições e da comunidade, através de folhetos de informação/publicidade;

Para cumprir estes objectivos, tenho que conhecer o universo dos idosos a quem potencialmente se dirige este projecto. Assim, considero imprescindível fazer um levantamento da população idosa residente no Concelho de Abrantes que me esclareça sobre as suas características, sobretudo quanto à sua distribuição entre não- institucionalizados e institucionalizados e quanto ao nível de dependência das pessoas idosas vinculadas a instituições do Concelho.

3. Implementação do Projecto

3.1. População de Interesse e Seus Níveis de Dependência

Como referi anteriormente, este projecto pretende abraçar a população idosa do Concelho de Abrantes. Assim, através dos censos 2011, fiz um levantamento da população com 65 ou mais anos residente no Concelho de Abrantes. Uma vez que este projecto está directamente relacionado com a dependência das pessoas idosas, pareceu-me pertinente aprofundar melhor este ponto no que concerne aos idosos deste Concelho. Assim, fiz também um levantamento do grau de dependência das pessoas idosas vinculadas a instituições, tais como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), lares particulares (LP), casas particulares (CP) e colectividades sénior (CS), funcionando a nível de Lar, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Dia e Actividades Sénior.

3.1.1. População Idosa Residente no Concelho de Abrantes

Freguesias do Concelho de Abrantes	População residente	População residente total com 65 ou mais anos	Total de indivíduos com 65 ou mais anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário
Abrantes	39325	10244	6950
Aldeia do Mato	441	215	156
Alferrarede	3884	887	594
Alvega	1499	497	367
Bemposta	1795	573	414
Martinchel	604	195	128
Mouriscas	1832	762	494
Pego	2431	678	455
Rio de Moinhos	1202	340	232
Rossio ao Sul do Tejo	2012	513	328
São Facundo	927	355	243
Abrantes (São João)	1699	476	255
São Miguel do Rio Torto	2869	928	642
Abrantes (São Vicente)	11622	1765	1191
Souto	418	170	129
Tramagal	3500	1086	763
Vale das Mós	588	186	120
Concavada	653	145	101
Fontes	627	223	159
Carvalhal	722	250	179

Tabela 1 - População Idosa Residente no Concelho de Abrantes

Fonte: INE, 2012

3.1.2. População Idosa e Níveis de Dependência

Para avaliar o número de pessoas idosas e o seu grau de dependência no Concelho de Abrantes, candidatas potenciais à participação neste projecto, contactei telefonicamente e por e-mail as diferentes instituições (ver apêndice VI), tendo-lhes garantido que nenhuma seria identificada, de forma a assegurar o total anonimato e confidencialidade das mesmas e dos valores apresentados.

Estas instituições utilizam diferentes formas de avaliação da dependência das pessoas idosas, sendo que algumas não fazem mesmo qualquer tipo de avaliação. Face a esta heterogeneidade, foi necessário fazer a classificação do nível de dependência de acordo com o parecer das mesmas, parecer este do domínio do senso-comum, pelo que os dados obtidos carecem de rigor científico e são fruto de uma avaliação empírica. Contudo, entendo que a informação recolhida é útil, fornecendo um panorama geral do compromisso funcional das pessoas idosas do Concelho.

Face à heterogeneidade que descrevi, optei por pedir às instituições que classificassem os seus idosos de acordo com três níveis de dependência: dependentes, com alguma dependência e independentes.

Apresentam-se, seguidamente, os dados obtidos:

	Total	Dependentes	Alguma dependência	Independentes
IPSS	920	210	380	330
LP e CP	52	17	18	17
CS	580	0	0	580
Total	1552	227	398	927

Tabela 2 - Níveis de Dependência da População Idosa do Concelho de Abrantes

Legenda:

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LP – Lares particulares

CP – Casas particulares

CS – Colectividades Sénior

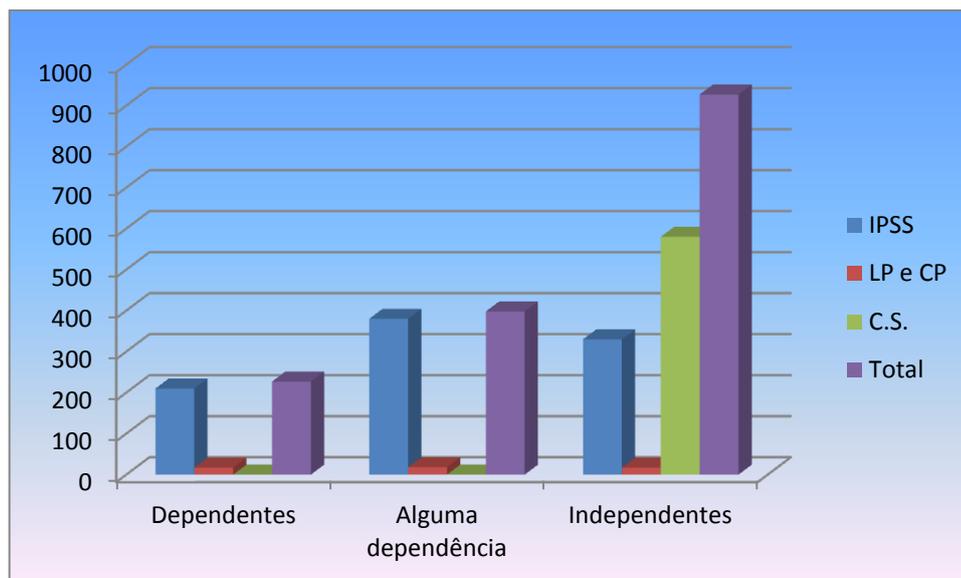


Gráfico 1 - Níveis de Dependência da População Idosa do Concelho de Abrantes

	População Concelho de Abrantes	Idosos Institucionalizados
	10244	1552
Percentagem (%)	100	15,15

Tabela 3 - Idosos Institucionalizados do Concelho de Abrantes (%)

	Total	Dependentes	Alguma dependência	Independentes
Institucionalizados	1552	227	398	927
Percentagem (%)	100	14,63	25,64	59,73

Tabela 4 - Idosos Institucionalizados do Concelho de Abrantes e Nível de Dependência (%)

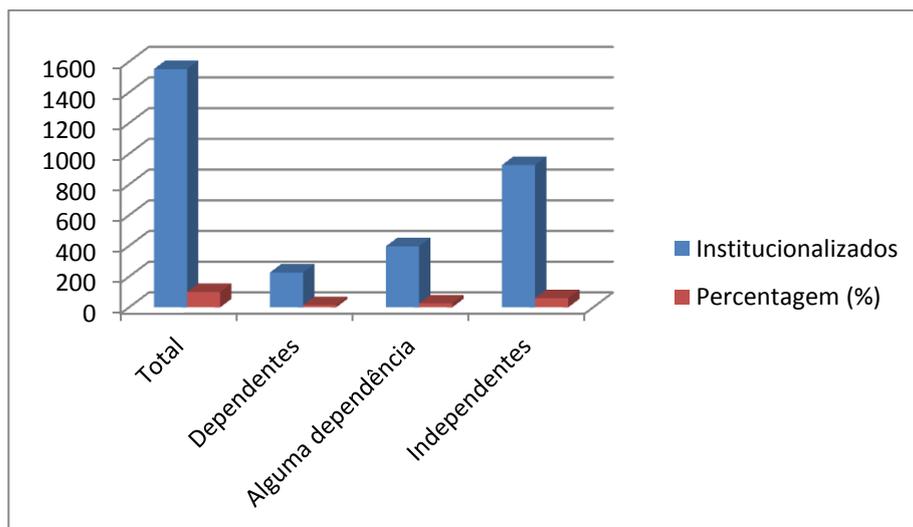


Gráfico 2 - Idosos Institucionalizados do Concelho de Abrantes e Nível de Dependência (%)

	População Concelho de Abrantes	Idosos Independentes
	10244	6146
Porcentagem (%)	100	60

Tabela 5 - Idosos Independentes do Concelho de Abrantes (%)

3.1.3. Caracterização da População-Alvo

Os dados obtidos revelam que no Concelho de Abrantes são residentes 10244 pessoas idosas, das quais 1552 (15,15%) estão vinculadas a instituições de pessoas idosas. Destas, 227 são dependentes, 398 apresentam alguma dependência e 927 são independentes.

Como verificado, do conjunto de pessoas idosas vinculadas a instituições, a sua maioria (59,73%) são consideradas independentes, 25,64% são consideradas portadoras de alguma dependência e apenas 14,63% são consideradas dependentes.

Os dados recolhidos não podem ser extrapolados de forma confiável para a população idosa do Concelho, uma vez que a população institucionalizada não apresenta as mesmas características da população que permanece no domicílio sem qualquer vinculação a instituições; provavelmente, a maioria dos idosos que permanecem no domicílio fazem-no porque manifestam considerável grau de independência. Contudo, após análise dos dados referentes às instituições, em que cerca de 60% dos idosos são considerados independentes,

posso pressupor que, das pessoas idosas residentes no concelho, provavelmente, pelo menos 60% das mesmas, que correspondem a 6146 pessoas, poderão praticar hipoterapia.

Todavia, não deixa de ser importante realçar que cada caso é um caso, e que todos os candidatos a utentes terão de ser rigorosamente avaliados antes do início de qualquer prática de hipoterapia.

3.2. Hipoterapia Segundo a Óptica dos Profissionais e dos Praticantes

Idosos

A implementação do projeto no CHQC pretende oferecer um serviço que garanta resultados do ponto de vista terapêutico, que seja fiável e apoiado pelos técnicos de serviço social e pela comunidade médica.

Neste sentido, para fundamentar o impacto da hipoterapia na melhoria das condições de vida da pessoa idosa, procurei aprofundar as teorias que defendem esta tese. Considerei assim pertinente auscultar os técnicos sociais que participam activamente no quotidiano dos mais velhos, a classe médica, tão interactiva com esta faixa etária, e as pessoas idosas que pratiquem hipoterapia. A metodologia escolhida para recolher essa informação foi a utilização da análise qualitativa.

A análise qualitativa pode ser efectuada através de várias técnicas, tais como a observação directa, a experiência etnográfica, o estudo de caso e a entrevista. Nos primeiros três casos pressupõe a prática contínua da hipoterapia, que em pessoas idosas praticamente ainda não é aplicada em Portugal, pelo que foi mais viável a aplicação de entrevistas em profundidade, tanto para a comunidade médica, como para a comunidade de intervenção social, como para as pessoas idosas praticantes.

Nenhum dos entrevistados foi identificado, de forma a garantir o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

3.2.1. Entrevista a Profissionais de Saúde e de Intervenção Social

De modo a auscultar a comunidade médica, entrevistei dois médicos de clínica geral (ver apêndices IXa e IXb), mais especificamente, dois médicos de família, uma vez que são profissionais que têm um estreito contacto com as pessoas idosas. Quanto aos profissionais de intervenção social, entrevistei dois assistentes sociais (ver apêndices IXc e IXd), responsáveis

pela direcção de duas instituições para pessoas idosas, profissionais estes que têm também uma estreita relação com os mais velhos.

Com estas entrevistas pretendo apenas ter uma resposta da percepção geral que estes profissionais, tão próximos das pessoas idosas, têm acerca da hipoterapia e não estudá-la exaustivamente, visto que não é esse o objectivo do meu trabalho, pelo que realizei apenas duas entrevistas a cada classe profissional

Para ambas as classes profissionais, foi aplicado o seguinte guião para as entrevistas:

- Conhecimento acerca da hipoterapia
- Hipoterapia nas pessoas idosas
- Benefício/malefício para os mais velhos
- Terapia a aconselhar aos utentes
- Hipoterapia para melhoria do próprio bem-estar
- Contacto com a natureza, uma mais valia?
- Contacto com animais, benefício ou malefício
- Animal de grande porte visto como obstáculo à terapia

3.2.1.1. Análise das Entrevistas aos Profissionais de Saúde

O conhecimento da prática de hipoterapia pelos médicos de família entrevistados é genérico, sendo que um deles já assitiu de perto à sua prática em crianças. Quanto à sua prática em pessoas idosas, é do conhecimento de ambos, embora nenhum deles conheça qualquer caso.

No âmbito dos benefícios ou malefícios para os mais velhos, ambos referem que a prática de exercício físico por esta faixa etária é importante, até porque, segundo um dos entrevistados, os idosos são pouco activos e, nesse sentido, a hipoterapia pode ser vista como um benefício. Um dos entrevistados refere também benefício ao nível da marcha e do equilíbrio, enquanto que o segundo considera que este tipo de intervenção terá o mesmo benefício que tem a hipoterapia nas pessoas portadoras de deficiência, tais como na coordenação dos movimentos e no equilíbrio. Quanto aos malefícios, ambos referem o tipo de idosos para que é contra-indicado a prática, de acordo com as suas patologias e com a sua

limitada capacidade funcional. Um dos entrevistados refere ainda o risco de quedas, as possíveis alergias ao pó e o medo pelo tamanho do animal.

Ambos os entrevistados considerariam aconselhar esta terapia aos seus utentes, desde que não contra-indicada. Um deles refere ainda que a hipoterapia, tal como todo o exercício físico, é importante para o bem-estar do idoso, pelo movimento muscular, das articulações, do equilíbrio e da parte cárdio-vascular, considerando tudo isto importante, visto que todos os seus utentes idosos são carentes de exercício. Refere ainda convicção numa grande melhoria pela prática de hipoterapia.

Ambos os profissionais considerariam praticar hipoterapia para melhoria do seu próprio bem-estar.

O contacto com a natureza é considerada uma mais valia para um dos entrevistados, uma vez que a maioria dos seus utentes sempre conviveu com ela. O outro profissional de saúde considera a natureza como algo importante sobretudo para os idosos urbanos, uma vez que contactam pouco com ela, sendo que para os idosos da província, o contacto com a natureza é normal, não sendo qualquer novidade para os mesmos. Refere ainda que para a população idosa urbana o contacto com a natureza é fantástico porque com a hipoterapia costumam vir outras coisas, tais como “cães, gatos, passarinhos, terra, plantas, erva”, coisas com que os residentes urbanos não costumam contactar.

No que concerne ao contacto com animais, ambos o consideram benéfico, sendo que um dos entrevistados apenas vê como menos positivo pessoas que fazem alergias aos pêlos e ao pó, embora veja como pontos fortes a capacidade dos animais de interagir, de estimular e de fazer companhia. Quanto ao outro entrevistado, o contacto com animais apenas traz benefício, embora volte a referir a diferença entre um idoso de meio urbano e um idoso de meio rural, em que para o primeiro o contacto com os animais é fantástico, visto que o eventual contacto que terão com os mesmos será com “o cão e o gato de apartamento”; as pessoas idosas de meio rural, que provavelmente têm animais como galinhas e coelhos, têm verdadeiro contacto com a natureza e isso é visto pelo entrevistado como muito benéfico para as mesmas.

Quando questioneei se consideravam que o facto de o cavalo ser um animal de grande porte poderia ser considerado um obstáculo à hipoterapia, ambos os profissionais responderam que, dependendo de cada pessoa e dos seus medos, sim, visto ser um animal que impõe respeito. Um deles afirmou que, para quem não está habituado, uma “massa de músculos e de ossos” impõe respeito e que, geralmente, as pessoas lidam com animais mais

pequenos, sendo que animais acima da altura dos olhos afrontam um pouco. Contudo, afirma também que os cavalos de hipoterapia são calmos, percebem o que têm às costas e que provavelmente também se apercebem da fragilidade dos idosos. Este profissional acaba por concluir que não é um obstáculo, que pode impôr algum respeito, mas que as pessoas quando vão para a hipoterapia também sabem para o que vão.

3.2.1.2. Análise das Entrevistas aos Profissionais de Intervenção Social

Na resposta à primeira pergunta, acerca do conhecimento acerca da hipoterapia, ambos os profissionais revelaram ter um conhecimento limitado acerca da temática, tendo uma ideia superficial do que é a hipoterapia.

Contudo, no que concerne à segunda pergunta, ambos sabiam que a hipoterapia pode ser praticada por pessoas idosas; um dos entrevistados referiu mesmo que não conhecia ninguém que a praticasse, mas que já tinha lido alguma coisa sobre o tema e tem consciência que tem aspectos positivos.

Relativamente aos benefícios/malefícios da hipoterapia para as pessoas idosas, ambos os profissionais defendem a existência de benefícios, sendo que um refere o facto de ser uma forma de exercício físico ou de “terapia/exercício”; refere também a necessidade de os idosos se terem de manter equilibrados em cima do cavalo como algo positivo, visto que o equilíbrio é “importante para que as pessoas idosas possam manter-se activas por muitos mais anos”. O outro assistente social refere que, regra geral, é um benefício, sublinhando as sensações a que a pessoa idosa está sujeita neste tipo de actividade; refere também a estimulação do equilíbrio, da concentração e o facto de ser uma forma de exercício físico. Os malefícios apontados são para um dos entrevistados as alergias e o tamanho dos animais, enquanto para o outro, o risco de queda.

Ambos os profissionais aconselhariam a prática aos seus utentes, sendo que um dos entrevistados volta a referir o facto de se tratar de uma forma de exercício, para além que a maioria das pessoas gosta de animais.

Quanto à possibilidade de praticarem hipoterapia para melhoria do próprio bem-estar, ambos os entrevistados se mostraram abertos nesse sentido, sendo que um considera que poderia ser um bom divertimento e o outro que deveria ser óptimo e giro, embora mostre relutância pelo tamanho dos cavalos.

No que concerne à possível mais valia desta terapia pelo contacto com a natureza, os dois assistentes sociais referem com convicção que é um benefício deste tipo de intervenção, ambos sublinhando o facto de as pessoas idosas gostarem de sair, de estar fora de portas, fazendo-os sentirem-se mais despertos, sendo uma motivação para os mesmos e uma forma de combate ao isolamento.

O contacto com animais também é visto por ambos os profissionais como um benefício, uma vez que a maioria dos idosos tiveram animais ao longo da vida e que esse contacto é “ótimo para eles”.

O cavalo como animal de grande porte é tido como um possível obstáculo à terapia por ambos os profissionais, sendo que um deles refere a reduzida mobilidade dos mais velhos e a dificuldade em subirem para o animal. O outro entrevistado afirma que o tamanho pode não ter qualquer significado para algumas pessoas, mas que pode ser um problema para outras, dependendo também do tipo de animais que as mesmas tiveram ao longo da sua vida.

3.2.2. Entrevista a Pessoas Idosas Praticantes de Hipoterapia

Para além de ser importante ouvir a comunidade de encaminhamento e aconselhamento desta prática, também se revelou importante perceber junto de actuais praticantes a sua relação com esta terapia, de forma a perceber a sua visão acerca das sessões e das possíveis mais valias que estas produzem no quotidiano dos mesmos.

Tal como disse anteriormente, a hipoterapia praticamente ainda não é aplicada em Portugal. Contudo, a Academia Equestre João Cardiga está a fazer uma experiência pioneira com um pequeno grupo de pessoas idosas, das quais entrevistei cinco (ver apêndices IXe, IXf, IXg, IXh e IX i), aplicando o seguinte guião:

- Nível de dependência
 - Sentimento acerca do que melhorou/piorou
- Motivações para a prática do desporto/terapia
- Benefícios e malefícios
 - Identificar os aspectos positivos e negativos
- Avaliação global
 - O que mais/menos aprecia

3.2.2.1. Análise das Entrevistas a Pessoas Idosas Praticantes de Hipoterapia

Quanto ao sentimento sobre as melhorias ao nível da dependência/autonomia das pessoas idosas, as respostas são, regra geral, positivas, em que são sentidas melhoras ao nível dos seus problemas físicos e funcionais. Todavia, um dos entrevistados associa estas melhorias ao complemento entre a hipoterapia e a ginástica e outro diz sentir-se bem e feliz com esta intervenção. Quanto ao sentimento do que piorou, as respostas são idênticas entre os cinco entrevistados, que afirmam não ter piorado em nada.

Relativamente ao que motivou este grupo a experimentar a hipoterapia, as respostas diferenciam-se mais entre si, variando entre o incentivo pelo centro de dia que frequentam, porque já ouviram dizer que a hipoterapia faz bem, porque o médico de família os aconselhou a fazerem exercício, pelo gosto pelos cavalos, pela experiência nova, para se manterem activos e ocupados, para se distraírem, havendo um entrevistado que afirma que também é uma terapia para a mente.

Quanto aos benefícios sentidos pelas pessoas idosas praticantes, duas referem que tudo são benefícios, não sabendo identificá-los mais concretamente. As outras três referem como benefício o exercício que realizam nas sessões, sendo que uma delas menciona ainda o acompanhamento dado pelos profissionais como bom e simpático. O único aspecto negativo identificado, por dois praticantes, é o medo, sendo que um deles refere que este era um sentimento que tinha no início, já estando ultrapassado. Os outros três entrevistados não apontam quaisquer malefícios.

A última pergunta efectuada, acerca da avaliação global desta prática, três entrevistados dizem gostar de tudo na hipoterapia, não apontando nada como menos positivo. Outro praticante refere que é maravilhosa esta intervenção, que o pessoal é magnífico e que é uma coisa completamente diferente, pelo que considera ser muito agradável; refere que o mais desagradável é o ter de se levantar cedo para ir para a hipoterapia e dias de frio e chuva. Há uma pessoa idosa que refere que adora a hipoterapia e os cavalos.

3.3. Proposta de Actividades a Realizar nas Sessões

As actividades variam de acordo com cada praticante e os objectivos a alcançar. A seguinte sequência serve de linha orientadora para as sessões, devendo ser adaptada e reajustada de acordo com a capacidade neuro-muscular e articular de cada praticante, assim como dos objectivos pretendidos para o mesmo.

- Primeiramente, ajudar a cuidar do cavalo, que inclui:
 - Ir buscá-lo ao estábulo
 - Limpar
 - Aparelhar
- Sessão propriamente dita, desenvolvida no picadeiro:
 - Realização de exercícios no solo para aquecimento dos músculos;
 - Montar – sentar lateralmente no dorso do cavalo e passar a perna por cima do seu pescoço até ficar bem sentado, com a bacia igualmente distribuída pelas partes direita e esquerda do dorso do cavalo;
 - Os exercícios apenas devem começar quando o praticante se encontrar relaxado;
 - Voltas a passo, em postura sentada, para adaptação ao movimento;
 - Postura sentada, com o cavalo parado e a passo, em que podem ser realizadas festas no pescoço e na garupa do cavalo com uma mão de cada vez ou com as duas simultaneamente;
 - Postura sentada, com o cavalo parado e a passo, com as mãos nas ancas, colocar alternadamente e simultaneamente, os braços à frente, com as mãos ao nível dos olhos;
 - Realização de outras posturas mais complexas e personalizadas, baseadas nas posturas atrás referidas (pág. 43-54), adaptadas à capacidade funcional do idoso;
 - Realização de jogos para estimulação motora e cognitiva, tais como jogos com ringues e bastão, pinos com bolas, baldes com bolas, jogos de encaixes, jogos de sequências;
 - Desmontar – passar a perna por cima do pescoço do cavalo até à postura lateral e escorregar até ao chão; também pode, a partir da postura lateral, rodar para decúbito ventral e só aí escorregar até ao chão;

- Realização de exercícios no solo para alongamento dos músculos;
- Ajudar a tratar do cavalo:
 - Desaparelhar;
 - Limpar;
 - Deixá-lo novamente no estábulo.

3.4. Acompanhamento e Avaliação

O acompanhamento e avaliação do estado geral do idoso é essencial, de forma a aumentar a precisão do diagnóstico, tornar o prognóstico mais correcto, diminuir o risco iatrogénico, facilitar as condutas preventivas, orientar a escolha das intervenções, adequar as medidas assistenciais, facilitar o acompanhamento e melhorar a qualidade de vida (GERMI; 2012: 3).

Na aplicação deste projecto serão implementadas algumas Escalas de Avaliação Geriátrica definidas pelo GERMI (ver anexo I), já referidas no enquadramento teórico, entre outros testes (ver anexo II e apêndice VII), de forma a avaliar o estado funcional, a marcha, o equilíbrio dinâmico e agilidade, o estado afectivo e cognitivo, assim como a satisfação geral dos praticantes com as sessões, antes e ao longo das sessões de hipoterapia:

- Escala de Katz;
- Escala de Lawton & Brody
- Classificação Funcional da Marcha de Holden
- Timed Up and Go Test
- Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta
- Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein
- Inquérito de Satisfação da Pessoa Idosa com a Prática de Hipoterapia

A avaliação do estado geral do idoso é feita numa fase inicial e posteriormente a cada seis meses.

3.5. Inscrições

Para a inscrição dos praticantes nas sessões, são necessários alguns documentos, tais como fotocópia do cartão de identificação, fotografia tipo passe, declaração médica da não contra-indicação para a prática, exames e outros documentos relevantes para a hipoterapia (ver apêndice I).

As inscrições são feitas através do preenchimento de uma Ficha de Inscrição e Acompanhamento onde são preenchidos os dados pessoais referentes ao praticante e onde a equipa multidisciplinar anotará os pontos relevantes da declaração médica, a terapia que a pessoa idosa irá realizar e com que frequência, assim como as indicações clínicas pertinentes para a hipoterapia (ver apêndice II).

3.6. Horários

As sessões de hipoterapia decorrerão de Segunda a Sexta-feira de manhã e de tarde e aos Sábados de manhã, existindo diversas sessões para os diferentes graus de hipoterapia (ver apêndices III e IV).

3.7. Acções de Divulgação

Para a divulgação da Hipoterapia no Centro Hípico Quinta do Cabrito, criei um folheto publicitário para ser distribuído pelo Conselho de Abrantes e pelas Instituições de Idosos (ver apêndice V).

3.8. Vestuário

O praticante de hipoterapia deverá trazer roupa confortável de forma a ter a máxima liberdade de movimentos. É dada preferência a calças e calçado próprios para equitação.

A utilização de capacete protector (toque) é fundamental para a prática.

3.9. Recursos

Há recursos que são os mesmos para a hipoterapia de grau I, II ou III. Contudo, o cavalo e o tipo de material utilizado variam consoante o processo terapêutico a que o praticante está sujeito.

Os recursos materiais que utilizarei são orientações seguidas dos autores Eveli Alves (2009: 5-10), José Corrêa e Luís Nunes (2012: 39-41).

3.9.1. Recursos Materiais

- Sela comum
- Cilha
- Sela adaptada
- Manta
- Manta adaptada
- Cilhão
- Loros e estribos
- Rédeas
- Rédeas adaptadas
- Cabeçada
- Embocadura
- Escada
- Banca de transferência para cadeiras de rodas
- Materiais e jogos, como pinos com bolas, baldes com bolas, ringues e bastão,

entre outros

3.9.2. Recursos Humanos

- Instrutor de equitação
- Fisioterapeuta
- Psicólogo

Projecto

- Médico
- Auxiliar de aula

3.9.3. Recursos Animais

- 2 cavalos

3.9.4. Recursos Financeiros

Recursos materiais	Quantidade	Preço (€)	Despesa mensal (€)
Sela comum	1	200	5
Sela adaptada	1	200	5
Cilha	1	50	3
Mantas	3	90	4
Mantas adaptadas	3	120	4
Cilhões	2	250	5
Loros	1	15	2
Estribos	1	30	1
Rédeas	1	20	1
Rédeas adaptadas	1	40	1
Cabeçada	1	35	2
Embocadura	1	20	0,5
Escada	1	35	2
Banca de transferência para cadeira de rodas	1	400	10
Materiais e jogos			
- pinos e bolas	1	30	0,5
- baldes e bolas	1	30	0,5
- ringues e bastão	1	30	0,5
- outros jogos		60	0,5
Outros recursos			
Cavalos	2	2000	500
Recursos Humanos			
Instrutor de equitação			850
Fisioterapeuta			1000
Psicólogo			250
Médico			350
Auxiliar de aula			600
Total		3655	3597,5

Tabela 6 - Recursos Financeiros do Projecto

Projecto

Preço unitário por aula: 15€

Média semanal de aulas: 82 aulas (2 aulas por sessão – ver apêndice IV)

Rendimento mensal bruto: $15€ \times 82 \text{ (aulas)} \times 4 \text{ (semanas)} = 4920€$

Abate mensal ao investimento a 12 meses: 305€

Lucro médio mensal: $4920€ - 3597.5 - 305€ = 1017.5€$

CONCLUSÃO

Este projecto abraçou a hipoterapia aplicada à pessoa idosa, englobando a sua problemática e as suas diferentes escolas, abordagens e pontos de vista. Descreveram-se as mudanças demográficas resultantes do envelhecimento populacional e a importância de acrescentar qualidade aos anos de vida das pessoas. Seguindo a perspectiva da melhoria contínua da qualidade de vida, sugeriu-se a hipoterapia como um método terapêutico que, dentro de uma abordagem interdisciplinar, utiliza o mítico animal que é o cavalo em áreas como a saúde, a educação e a equitação, propondo a participação activa e global da pessoa idosa.

Neste sentido, revelou-se importante abordar as questões do envelhecimento demográfico, do envelhecimento humano e da qualidade de vida, de forma a colocar o leitor e actor interessado no centro deste tema.

A demografia do envelhecimento assume a procura das estratégias de resposta às problemáticas decorrentes da inversão quase universal da pirâmide demográfica e do seu papel central nos estudos da população, quer a nível do debate prospectivo teórico e político, quer a nível da discussão estratégica das próprias políticas sociais. Durante milénios, natalidade e mortalidade estiveram praticamente equilibradas, mas este equilíbrio foi rompido pela queda vertiginosa da mortalidade infantil, devida à quase erradicação das doenças infecto-contagiosas, e pelo significativo aumento da longevidade, ambas consequências da industrialização. Paúl e Fonseca (2005: 15) sublinham mesmo que “a tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa actual”. Impõe-se, assim, o desafio de permitir às pessoas que morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem sucedida e feliz. Neste sentido, surge a hipoterapia, como potenciadora de uma melhor qualidade de vida.

A relação entre Homen e cavalo vem já desde a Pré-história, entre 3,5 milhões a.C. e 10 000 a.C., sendo que a partir daí o cavalo tem desempenhado um papel marcante ao longo da História nas relações com o quotidiano do Homem. Na actualidade, pode ser utilizado em terapia, como agente promotor de ganhos físicos e psíquicos, numa estratégia de reabilitação e de melhoria da qualidade de vida, ajudando na melhoria do tónus muscular, força muscular, equilíbrio, relaxamento, consciencialização do próprio corpo, aperfeiçoamento da força motora e atenção, assim como no alcance de outras formas de socialização, de autoconfiança e de auto-estima. O movimento tridimensional do passo do cavalo é característica

fundamental da hipoterapia, visto ser um movimento marchado, tal como o passo dos humanos, transmitindo ao praticante movimentos sequenciais e simultâneos que obrigam a movimentos coordenados de controlo da postura corporal, para que este mantenha o centro gravitacional sobre a base dinâmica de suporte que é criado pelo movimento do cavalo.

Ao longo do trabalho explorei o tema da hipoterapia também no que concerne às indicações e contra-indicações para a sua prática, aos diversos modelos existentes, assim como a importância da selecção do cavalo, do terreno e dos materiais para as sessões, da sua duração e periodicidade e das diferentes posturas que se podem realizar na hipoterapia.

Para implementar um Centro de Hipoterapia foram diversos os factores a ter em consideração, tais como a caracterização do centro hípico onde o mesmo poderá ser aplicado, a população de interesse, a óptica tida acerca da hipoterapia por profissionais de saúde e de intervenção social do concelho-alvo e de pessoas idosas praticantes, as actividades a desenvolver ao longo das sessões, o acompanhamento e avaliação dos praticantes, os recursos necessários, as fichas de inscrição e acompanhamento, os documentos para a prática, os horários das sessões, o vestuário adequado e a publicidade à hipoterapia e ao Centro Hípico. Foram assim, essencialmente, estas as tarefas realizadas no que concerne à implementação do projecto.

Visto que este projecto tem como público-alvo as pessoas idosas do Concelho de Abrantes, pareceu-me importante caracterizar globalmente esta população e, uma vez que as instituições são organizações com quem será provável estabelecer futuras parcerias, fazer um levantamento do nível de dependência das pessoas idosas vinculadas às mesmas, visto que, à partida, a maioria dos idosos com baixo grau de dependência poderão ser futuros praticantes desta terapia. Desta análise, concluí que, cerca de 60% das pessoas idosas institucionalizadas são consideradas independentes e cerca de 25% possuem alguma dependência. Estes dados não podem ser extrapolados de forma completamente fiável para a população idosa do Concelho-alvo, uma vez que a população institucionalizada não apresenta as mesmas características que a população que permanece no domicílio sem qualquer vinculação a instituições, sendo que, possivelmente, a maioria dos idosos que permanecem no domicílio fazem-no porque manifestam considerável grau de independência. Todavia, se cerca de 60% dos idosos vinculados a instituições são considerados independentes, pode prever-se para este projecto que, das pessoas idosas residentes no Concelho, provavelmente, pelo menos 60% das mesmas, que correspondem a 6146 pessoas, podem presumir-se como futuros praticantes potenciais de hipoterapia. Quanto à percentagem de pessoas idosas vinculadas a instituições

que apresentam alguma dependência (cerca de 25%), é mais delicado fazer esta extrapolação, uma vez que este grau de dependência pode estar relacionado com inúmeros factores que terão ou não influência na possibilidade de realizar esta prática. De qualquer forma, não deixa de ser importante realçar que cada caso é um caso, e todos terão de ser rigorosamente avaliados antes do início de qualquer prática de hipoterapia.

De modo a ter alguma percepção da forma como os profissionais que lidam de perto com as pessoas idosas vêem a hipoterapia, entrevistei a classe médica, representada por dois médicos de família, e a classe de intervenção social, representada por dois directores técnicos de instituições, tendo constatado haver algum desconhecimento acerca do tema, embora bastante abertura relativamente ao mesmo, desde que não existam contra-indicações específicas. No mesmo sentido, entrevistei também um grupo de idosos que pratica hipoterapia de forma pioneira no nosso país, tendo verificado uma profunda satisfação dos mesmos, tanto a nível físico e motor, como social e emocional, pela sua frequência nestas sessões. A óptica deste grupo de idosos vai ao encontro do ponto de partida deste projecto, uma vez que o bem-estar e a qualidade de vida destas pessoas parecem ter melhorado desde que praticam esta terapia.

Estas entrevistas permitiram-me ter uma percepção geral da opinião de profissionais médicos e de serviço social próximos da população idosa do Concelho de Abrantes e de pessoas idosas deste Concelho acerca da hipoterapia, não sendo, contudo, meu objectivo estudar aprofundadamente essas opiniões, pelo que foram realizadas apenas um reduzido número de entrevistas.

A análise aos recursos necessários para a implementação deste projecto permitiu ter a percepção da viabilidade do mesmo, uma vez que o investimento é relativamente baixo e o rendimento mensal bruto permite suportar as despesas mensais, abater o investimento num período de doze meses e ainda dar algum lucro.

Foram diversas as dificuldades sentidas ao longo deste trabalho, começando pelo facto de ser uma área pouco explorada no que concerne a sua aplicação às pessoas idosas. Tornou-se complicado e difícil, mesmo, falar em hipoterapia nos mais velhos pela falta de referências bibliográficas significativas acerca do tema. Em Portugal encontrei apenas um pequeno grupo de dez idosos que praticam esta terapia de forma pioneira e experimental, o que me trouxe dificuldades na percepção de como decorrem as sessões de hipoterapia nesta faixa etária, dada a escassez de modelos de comparação.

A caracterização da minha população de interesse para a prática de hipoterapia também se verificou uma tarefa complexa, na medida em que nem sempre foi fácil a recolha de dados, para além de que, na definição de níveis de dependência, operação que assume significativa importância para este projecto, verifiquei que as instituições utilizam diferentes formas de avaliação da dependência das pessoas idosas, acontecendo mesmo que algumas não fazem qualquer tipo de avaliação. Face a esta heterogeneidade, foi necessário fazer a classificação do nível de dependência de acordo com o parecer das mesmas, parecer este do domínio do senso-comum, pelo que estes dados pecam por algum empirismo e falta de rigor científico. Face à heterogeneidade que descrevi, optei por pedir às instituições que classificassem os seus idosos de acordo com três níveis de dependência: dependentes, com alguma dependência e independentes e trabalhei com base neste conjunto simplificado de dimensões da variável. Contudo, entendo que a informação recolhida foi útil, fornecendo um panorama geral do compromisso funcional das pessoas idosas do Concelho.

O aumento da longevidade diminui a capacidade funcional dos diversos aparelhos e sistemas orgânicos do Homem, aumentando a prevalência de doenças crónicas, assim como a incidência de situações agudas, pelo que se torna crescente a necessidade de construir planos que possam abrandar esta orientação e que permitam a melhoria não só da quantidade, mas também da qualidade de vida. É, assim, importante a prevenção no idoso, tanto das doenças, como do envelhecimento precoce.

Este projecto surge com esse objectivo, abraçando uma área inovadora e pouco explorada como a hipoterapia na pessoa idosa, permitindo aos agentes sociais da área gerontológica e geriátrica terem uma visão geral acerca da mesma, servindo eventualmente de referencial na implementação de outros centros de hipoterapia para séniores que, considerando o envelhecimento populacional e a importância crescente da manutenção da qualidade de vida e do envelhecimento activo, se assume cada vez mais como uma área potencial a ser explorada pelos agentes e actores sociais interessados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, E. (2009). *Prática em Equoterapia. Uma Abordagem Fisioterápica*. São Paulo: Atheneu Editora.

Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Gradiva Publicações.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carreira, C. *Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade*. Euedito.

Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. 1ª edição, Lisboa: Coisas de Ler.

Côrrea, J., Nunes, L. (2012). *O Cavalo como meio terapêutico*. Grafilipe – Soc. Artes Gráficas, Lda.

Costa, M. et al. (1999). *O IDOSO. Problemas e Realidades*. Coimbra: FORMASAU.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência .

Frada, J. (1991). *Guia Prático para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Edições Cosmos.

Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Projectos de Uma Sociologia de Acção - O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: 2ª edição, Princípia.

Hobbs, P. (2009). *Gerir Projectos*. Porto: Dorling Kindersley – Civilização, Editores, Lda.

Imagínario, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar. Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra: FORMASAU.

Miguel, A. (2009). *Gestão Moderna de Projectos – Melhores Técnicas e Práticas*. Lisboa: FCA – Editora de Informática, Lda.

Moura, C. (2012). Envelhecimento ativo e empowerment. Em: C. Moura (ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento*. 1ª edição, Cláudia Moura.

Oliveira, T. (2005). *Teses e Dissertações – Recomendações para a Elaboração e Estruturação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Editora RH, Lda.

Paúl, C., Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. Ribeiro, O. (Coord.), (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: LIDEL.

Pereira, F. (2012). A ideia de vida activa. Em: F. Pereira (coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: 1ª edição, Psicosoma.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: gradiva.

Ribeirinho, C. (2012). Re)criar a intervenção gerontológica. Em: C. Moura (ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento*. 1ª edição, Cláudia Moura.

Roldão, V. (2000). *Gestão de Projectos – Uma Perspectiva Integrada*. MONITOR – projectos e Edições, Lda.

Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer. Um desafio à gerontologia e à Geriatria*. Lisboa: LIDEL.

Schiefer, U. et al. (2006). *MAPA – Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*. Estoril: 1ª edição, Príncipia Editora, Lda.

Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia – SPGG (1997). *Temas em Geriatria*. Tomo III, Bayer.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Cascais: Príncipia.

Referências electrónicas:

American Hippotherapy Association (2010). Acedido em Maio de 2013, em: <http://www.americanhippotherapyassociation.org/hippotherapy/hippotherapy-as-a-treatment-strategy/>

Araújo et al. (2011). Efeito da equoterapia no equilíbrio postural de idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos. 15(5), 414-9. Acedido em Novembro de 2012, em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n5/pt_AOP025-11.pdf

Araújo, T. (2011). *Efeito da equoterapia na capacidade funcional de idosos*. Tese de Mestrado em Educação Física. Faculdade de Educação Física – Universidade de Brasília, Brasília. 68pp. Acedido em: Julho de 2012, em: https://www.google.com/search?q=Efeito+da+equoterapia+na+capacidade+funcional+de+idosos&rls=com.microsoft:pt:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7ADFA_pt-PTPT386

Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa (2010). Site da Sociedade Hípica Portuguesa. Acedido em Fevereiro de 2013, em: <http://www.sociedadehipica.pt/apresentacaoHipo.html>

Associação Nacional de Equoterapia – ANDE-BRASIL (2012). Acedido em Março de 2013, em: www.equoterapia.org.br/

Centro de Equoterapia Pratique. Acedido em: Maio de 2013, em: www.equoterapia.com.br

Centro Hípico Quinta do Cabrito. Acedido em: Outubro de 2012, em: www.quintadocabrito.pt

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2012) . *Censos 2011, Resultados Definitivos - Portugal* . Lisboa. Acedido em Julho de 2013, em: observatorio-lisboa.eapn.pt/download.php?file=31

Leitão, L. (2008). Sobre a equitação terapêutica: Uma abordagem crítica. *Análise Psicológica*, Lisboa. 1 (XXVI): 81-100. Acedido em Julho de 2012, em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a07.pdf>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna – GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Acedido em Março de 2013, em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Santana, S., Mejia, D. Benefícios da equoterapia no parkinson: revisão bibliográfica. Acedido em Outubro de 2012, em: http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/fisio_geronto/01.pdf

Silveira, M., Wibelinger, L. (2010). A equoterapia como recurso terapêutico no equilíbrio do idoso. *RBCEH, Passo Fundo*. V. 7, n.º 1, p. 144-153. Acedido em: Junho de 2012, em: https://www.google.com/search?q=A+equoterapia+como+recurso+terap%C3%AAutico+no+equil%C3%ADbrio+do+idoso&rls=com.microsoft:pt:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7ADFA_pt-PT

Toigo et al. (2008). O uso da equoterapia como recurso terapêutico para melhora do equilíbrio estático em indivíduos da terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 11(3): 391-403. Acedido em Setembro de 2012, em: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v11n3/capitulo7.pdf

Vermelhudo, A. (2011). *O efeito da hipoterapia, como parte de um programa de tratamento, na funcionalidade em crianças com Paralisia Cerebral – Estudo de Caso*.

Monografia Final de Curso, da Licenciatura em Fisioterapia. Escola Superior de Saúde Atlântica – Universidade Atlântica, Barcarena. Acedido em: Fevereiro de 2012, em: <http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/575/1/O%20efeito%20da%20hipoterapia,%20como%20parte%20de%20um%20programa%20de%20tratamento,%20na%20funcionalidade%20em%20crian%C3%A7as%20com%20Paralisia%20Cerebral%E2%80%93Estudo%20de%20Casos.pdf>

Zanol, N., Dutra, M., Guedes, F., Fernandes, M., Oliveira, F. (2012). Influência da equoterapia para osteoporose pós-menopausal: estudo de caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 10, nº 31. Acedido em: Agosto de 2012, em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1430

Zardo, G. (2008). Tratamento Preventivo das Quedas do Idoso pela Análise dos Testes: Time Up and Go e Test e Get Up and Go Test. Monografia de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida para obtenção do título de Fisioterapeuta, orientada por Jorge Barboza, Rio de Janeiro. Acedido em Abril de 2014, em: <http://www.uva.br/sites/all/themes/uva/files/pdf/TRATAMENTO-PREVENTIVO-DAS-QUEDAS-DO-IDOSO-PELA.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Hipoterapia – Documentos Necessários



HIPOTERAPIA – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Fotocópia do cartão de identificação;
- Fotografia tipo passe;
- Declaração médica da não contra-indicação para a prática de hipoterapia;
- Exames relevantes para a hipoterapia, relacionados com diagnóstico.

APÊNDICE II

Ficha de Inscrição e Acompanhamento

Ficha de Inscrição e Acompanhamento

1. Perfil (a preencher pelo praticante)

Nome	
Idade	
Estado civil	
Naturalidade	
Morada	
Contacto	
Contacto de familiar ou outro responsável	

Se está institucionalizado:

Nome da Instituição	
Morada da Instituição	
Contacto da Instituição	

2. Outras observações (a preencher pelo praticante)

3. Declaração médica

4. Terapia a realizar (a preencher pela equipa multidisciplinar)

4.1. Hipoterapia de grau I___

4.2. Hipoterapia de grau II___

4.3. Hipoterapia de grau III___

5. Frequência (a preencher pela equipa multidisciplinar)

Uma vez por semana	
Duas vezes por semana	
Três vezes por semana	

6. Indicações Clínicas (a preencher pela equipa multidisciplinar)

6.1. Recomendações para a prática de hipoterapia

6.2. Contra-indicações para a prática de hipoterapia

6.3. Limitações na prática de hipoterapia

6.4. Cuidados especiais na prática de hipoterapia

6.5. Observações

APÊNDICE III

Horários de Hipoterapia



Horários de Hipoterapia para Pessoas Idosas

	Seg.	Ter.	Qua.	Quin.	Sex.	Sáb.	Dom.
10h-10h30							
10h30-11h							
11h-11h30							
11h30-12h							
12h-12h30							
12h30-13h							
14h-14h30							
14h30-15h							
15h-15h30							
15h30-16h							
16h-16h30							
16h30-17h							

Legenda

Hipoterapia de grau I



Hipoterapia de grau II



Hipoterapia de grau III



APÊNDICE IV

Horários de Hipoterapia para Pessoas Idosas e Número de Aulas



Horários de Hipoterapia para Pessoas Idosas e Número de Aulas

	Seg.	Ter.	Qua.	Quin.	Sex.	Sáb.	Dom.	
10h-10h30	2	2	2	2	2	2		
10h30-11h	2		2		2			
11h-11h30	2	2	2	2	2	2		
11h30-12h	2		2		2			
12h-12h30	2				2			
12h30-13h					2			
14h-14h30	2	2	2	2	2			
14h30-15h		2	2	2				
15h-15h30	2	2	2	2				
15h30-16h		2	2	2				
16h-16h30	2	2		2				
16h30-17h		2		2				
Nº aulas	16	16	16	16	14	4		82
								Total de aulas por semana

Legenda

Hipoterapia de grau I



Hipoterapia de grau II



Hipoterapia de grau III



APÊNDICE V

Folheto Publicitário



HIPOTERAPIA NA PESSOA IDOSA

A **hipoterapia** corresponde a “um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde, educação e equitação”

(ANDE-BRASIL; 2012).

As terapias realizadas com o auxílio do cavalo surgem como um potencial instrumento na melhoria da qualidade de vida das pessoas em geral, e dos idosos em particular.

Pode ser praticada por **pessoas idosas** com disfunções neuromusculoesqueléticas de leves a severas, tais como:

- alterações do tônus muscular • alterações do equilíbrio
- diminuição da coordenação • alterações da comunicação
- função sensório-motora diminuída • assimetria postural
- controle postural deficiente • diminuição da mobilidade corporal • diminuição da atenção • distúrbios do comportamento
- outros.

Centro Hípico Quinta do Cabrito

Rua dos Canaviais, CABRITO 2205-049

Rossio ao Sul do Tejo | Telm. 968 387 657

HORÁRIOS

segunda-feira a sábado

PROMOÇÕES

Oferta das
primeiras
10 inscrições

20%
desconto para
duas sessões
por semana

Faça-nos uma visita!

APÊNDICE VI

Levantamento de Dados

LEVANTAMENTO DE DADOS

No âmbito do trabalho final de Mestrado em Gerontologia Social, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, estou a desenvolver um Trabalho de Projecto que tem como tema a **Hipoterapia na Pessoa Idosa**.

Tenho como objectivo geral impulsionar o uso da hipoterapia como instrumento para melhorar a qualidade de vida dos idosos e o seu envelhecimento activo. Pretendo assim desenvolver um projecto de intervenção de hipoterapia para idosos no concelho de Abrantes, de forma a oferecer uma actividade de apoio aos idosos institucionalizados do Concelho, não excluindo todos os outros possíveis interessados.

Desta forma, solicito a cedência dos dados referentes ao número total de utentes vinculados à Instituição e ao nível de dependência dos mesmos, de acordo com três graus.

Nenhuma instituição será identificada, nem os dados divulgados de forma individual. Garanto total anonimato e confidencialidade dos valores apresentados. Necessito apenas de dados que me permitam caracterizar o meu público ao nível do município, de forma a poder apresentar percentagens, amostras e universo da pesquisa, que irei conseguir através do somatório de todos os dados recolhidos.

Agradecida pela vossa colaboração, atenciosamente:

Andreia Lucas

A preencher pela Instituição:

Número total de utentes:	
Número de utentes sem dependência:	
Número de utentes com alguma dependência:	
Número de utentes com elevada dependência:	

Nota: para qualquer dúvida poderei ser contactada através do endereço de e-mail andreialucasd@gmail.com, ou através do número de telemóvel 968191763.

Obrigada!

APÊNDICE VII

Inquérito de Satisfação da Pessoa Idosa com a Prática de
Hipoterapia



INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DA PESSOA IDOSA COM A PRÁTICA DE HIPOTERAPIA

Nome: _____

	Sim	Não
1. Gosta das sessões de hipoterapia a que tem sido submetido? a) Se sim, porquê?		
2. Sente maior autonomia motora e funcional?		
3. Acha que melhorou o seu estado de espírito?		
4. Foram gratificantes as relações que estabeleceu ao longo das sessões com a equipa e com os outros praticantes?		
5. De uma maneira geral, parece-lhe que melhorou a sua qualidade de vida? a) Se sim, em quê?		

Pessoas idosas com maior dificuldade de interpretação das perguntas, devem ser ajudadas pela equipa multidisciplinar no seu preenchimento.

APÊNDICE VIII

Guiões de Entrevista

APÊNDICE VIIIa

Guião de Entrevista a Profissionais de Saúde e de Intervenção
Social

Guião de Entrevista – Profissionais de Saúde e Profissionais de Intervenção Social

- Conhecimento acerca da hipoterapia
- Hipoterapia nas pessoas idosas
- Benefício/malefício para os mais velhos
- Terapia a aconselhar aos utentes
- Hipoterapia para melhoria do próprio bem-estar
- Contacto com a natureza, uma mais valia?
- Contacto com animais, benefício ou malefício
- Animal de grande porte visto como obstáculo à terapia

APÊNDICE VIIIb

Guião de Entrevista a Pessoas Idosas Praticantes de
Hipoterapia

Guião de Entrevista - Pessoas Idosas Praticantes de Hipoterapia

1. Nível de dependência
 - 1.1. Sentimento acerca do que melhorou/piorou
2. Motivações para a prática do desporto/terapia
3. Benefícios e malefícios
 - 3.1. Identificar os aspectos positivos e negativos
4. Avaliação global
 - 4.1. O que mais/menos aprecia

APÊNDICE IX

Transcrição Integral das Entrevistas

APÊNDICE IXa

Entrevista a Profissional de Saúde 1

Profissional de Saúde 1 – Médico de Família do Concelho de Abrantes

Queria começar por lhe perguntar qual é o seu conhecimento acerca da hipoterapia...

Tenho um conhecimento genérico acerca da hipoterapia. Em relação a crianças, tenho e presenciei e acompanhei relativamente de perto durante um tempo. Relativamente a idosos... tenho conhecimento que existe, mas nunca assisti, nunca assisti a aulas, nunca troquei grandes opiniões com ninguém...

Acha que a hipoterapia pode ser vista como um benefício ou um malefício para os mais velhos? O que é que tem a dizer sobre isso?

É assim: normalmente um idoso tem às suas costas... doenças! Mais que não seja, a doença da idade. Há determinadas situações que eu acho que contra-indicam em absoluto, porque... São aquelas situações o exercício físico, como por exemplo, a ginástica ou a hidroginástica, também têm contra-indicação. Há certo tipo de patologia em que o idoso não pode mesmo fazer, como é óbvio! Uma pessoa velhinha, velhinha, já sem força para se aguentar em pé, não irá beneficiar disso, porque nem se consegue pôr em cima de um cavalo. Agora, considerando o idoso ainda autónomo e com uma qualidade de vida razoável, é evidente que tudo o que é exercício é importante, e penso que em relação à hipoterapia tem os mesmos benefícios que tem a hipoterapia nas crianças deficientes, por exemplo, em que melhora a coordenação dos movimentos, do equilíbrio e... e pronto, é uma actividade!

É uma terapia que consideraria aconselhar aos seus utentes?

Eu acho que sim. Penso que qualquer tipo de actividade física para o idoso, é recomendável, desde que não tenha contra-indicações, como é óbvio! Desde que não tenha contra-indicações... Como é evidente, uma pessoa idosa com escaras, com feridas, é evidente que não pode praticar esta terapia, porque... porque é altamente perigoso, pelo problema de contaminação, mas... colocando isso de parte, a hipoterapia, como qualquer exercício físico, é importantíssimo para o bem-estar do idoso. A questão do movimento... do movimento muscular, do movimento das articulações, do equilíbrio... tudo isto é importantíssimo para os idosos e nós sabemos que todos os idosos... pelo menos os meus doentes, de um modo geral,

são todos carentes de exercício físico. Tenho muitos que já os consegui convencer a fazer alguma coisa. Uns, uma simples caminhada, outros bicicleta, muitos tenho conseguido a hidroginástica; só consigo a hidroginástica quando se sentem mal pelas dores e sentem o que os faz beneficiar... Eu penso que um idoso que não tenha problemas que contra indiquem, que comece a fazer hipoterapia, eu tenho a certeza que ele vai melhorar e muito. Toda a musculatura se vai desenvolver mais, não é? Parte cárdio-circulatória beneficia toda ela e depois, é evidente que, que aconselharia.

E consideraria a prática de hipoterapia para a melhoria do seu próprio bem-estar?

Sim, sim!

Acha que o contacto com a natureza pode ser uma mais valia neste tipo de terapia?

Acho que é, sobretudo para os urbanos! A população urbana não tem contacto com a natureza. O único contacto que tem com a natureza é dizer: ai que chatice que está a chover! Não têm contacto com a natureza, não têm, pura e simplesmente! Se eu for a dizer a um idoso de uma aldeia aqui à volta, que tem uma hortazinha, que tem animais, ou que tem familiares que têm animais: olhe, vai beneficiar do contacto com a natureza! Para ele não é novidade nenhuma, porque eles contactam com a natureza. De um modo geral, eles contactam com a natureza! As pessoas da cidade... o primeiro contacto com a natureza, ficam extasiados, quando contactam com a natureza, ficam extasiados. Eles apreciam coisas que nós já nem ligamos... porque vivemos perto dela! É evidente que em meio urbano o contacto com a natureza é fundamental, é fundamental para todos, mas para um urbano, o contacto com a natureza é, é fantástico! Porque atrás da hipoterapia costumam haver outras coisas... cães, gatos, passarinhos, terra, plantas, erva... Há uma série de coisas com que os urbanos não costumam contactar. Só conhecem pássaros de gaiola, cães e gatos de apartamento... não é bem a natureza como ela é realmente!

Quanto a si, o contacto com os animais pode ser visto como um benefício ou como um malefício?

Depende dos animais! Se considerarmos que as bactérias são animais, é um malefício... *risos*. Ainda há dias tive a ler um artigo acerca de crianças que desde pequeninas contactam com cães e gatos, que têm... têm uma capacidade de defesa contra as agressões muito superior às

crianças que não têm esse contacto. É evidente que o contacto com animais só traz benefício às pessoas, só traz benefício, em todos os aspectos! É claro que isto se aplica mais às crianças, que estão em formação. Por isso, estuda-se muito mais isso nas crianças. Em relação ao idoso, voltamos ao mesmo... para um urbano é fantástico porque o contacto é, eventualmente, com o cão e o gato de apartamento e... e limita-se a isso! Já uma pessoa da província, que é capaz de ter galinhas e coelhos lá em casa, ou se não tem, tem um vizinho ou um primo... esses já têm contacto com a natureza! E isso só faz bem às pessoas!

Para terminar, queria perguntar-lhe se considera que o facto do cavalo ser um animal de grande porte pode ser visto como um obstáculo à hipoterapia?

Depende... Pode ser um obstáculo se as pessoas tiverem medo. É uma massa de músculos e de ossos que mete um bocado de respeito, para quem não está habituado, como é óbvio! Claro que toda a gente sabe que um cavalo não é como um cão que pode morder... à priori, um cavalo domesticado, não morde... Mas não é esse medo que as pessoas têm. As pessoas têm medo é daquela massa, que nunca sabem para onde é que vai, que as pessoas sabem que à partida é assustadiço... O contacto com animais de grande porte já não... já não se aplica aquilo que eu disse há bocado sobre os urbanos... Mesmo as pessoas daqui contactam geralmente com animais de pequeno porte: cães, gatos, coelhos, galinhas, porcos... são tudo animais que estão abaixo da nossa linha dos olhos! Tudo o que é acima da nossa linha dos olhos afronta um bocado, mas... voltamos ao mesmo: quem mora no interior já alguma vez esteve perto ou viu um animal maior do que a altura dos olhos... já o aproximar-se a colocar-se em cima dele... pode ser um susto, não é? Pode ser um susto, mas a hipoterapia... os cavalos da hipoterapia são calmos, percebem o que têm às costas... eu vi isso com as crianças! Eu acho que eles também se apercebem que os idosos são... são frágeis! E são! É muito mais perigoso uma queda de um idoso do que de um jovem.

Pausa

Não considero que seja um obstáculo. A pessoa vai para o que vai. Às vezes pode assustar um bocado, mas depois de ver outro lá em cima... não acho que seja um obstáculo! Pode impôr algum respeito, algum receio, mas não creio que seja um obstáculo! Quando as pessoas vão, já sabem, que se vão andar a cavalo... aquilo não é do tamanho de um cão!

É só. Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IXb

Entrevista a Profissional de Saúde 2

Profissional de Saúde 2 – Médico de Família do Concelho de Abrantes

Queria começar por lhe perguntar qual o seu conhecimento acerca da hipoterapia?

Sei o que é, genericamente... Tem a ver com... com a prática de exercícios, nomeadamente ao nível da fisioterapia, em cima de um cavalo. Segundo já li algures... estimula a marcha.

E tem conhecimento se a hipoterapia é aplicada em pessoas idosas?

Já ouvi dizer que sim, embora não conheça nenhum caso.

Considera que pode haver algum benefício ou malefício para os idosos praticarem esta terapia?

Penso que terá alguns benefícios... ao nível da marcha, do equilíbrio... não sei... O facto de ser uma espécie de exercício físico também me parece positivo; os idosos são pouco activos e... uma actividade que estimule que se mexam... é bom! Tinha-me perguntado também por malefícios, correcto?

Sim.

Talvez o risco de quedas, as alergias ao pó... o medo pelo tamanho do animal... Depois, penso que determinados doentes... com determinadas patologias, não... não a poderão praticar.

Seria uma terapia a aconselhar a alguns dos seus utentes?

Penso que sim. Como disse, provavelmente determinados doentes não poderiam praticar, mas... penso que outros sim... seria positivo para alguns, parece-me!

E consideraria praticar esta terapia para melhoria do seu próprio bem-estar?

Com certeza que sim!

Parece-lhe que o contacto com a natureza é uma mais valia neste tipo de intervenções?

O contacto com a natureza é sempre uma coisa boa, principalmente para quem toda a vida conviveu com ela de perto... que é o caso da maioria dos meus doentes!

E vê o contacto com os animais como algo positivo ou pelo contrário?

Penso que é positivo para a maioria das pessoas... Os animais... os animais têm uma boa capacidade de interagir, de fazer companhia... de estimular! Penso que a única coisa que poderão de ter menos bom é... quem tem alergias aos pêlos, ao pó...

Para terminar, parece-lhe que o facto de o cavalo ser um animal de grande porte pode ser visto como um obstáculo à hipoterapia?

Eu diria que sim... claro que não para toda a gente, mas é um animal mítico, com presença... impõe respeito!

APÊNDICE IXc

Entrevista a Profissional de Intervenção Social 1

Profissional de Intervenção Social 1 – Director Técnico de Instituição do Concelho de Abrantes

Gostaria de começar por saber que conhecimento tem acerca da hipoterapia.

Não tenho conhecimento muito específico, mas... tenho ideia que tem a ver com fisioterapia e exercícios em cima de um cavalo.

E tem conhecimento se a hipoterapia é aplicada em pessoas idosas?

Já li qualquer coisa sobre o assunto... parece que tem... aspectos positivos. Mas não conheço ninguém que pratique.

Considera que pode ser um benefício ou um malefício para os mais velhos?

Eu penso que... claro que dependendo de cada caso é... de forma geral, positivo! Nem que não seja por mexer com as sensações das pessoas... *pausa*... o tocar num cavalo, o ver... penso que lhes transmite sensações. Eles sentem-se vivos com as coisas diferentes, sentem-se mais abertos... A parte sensorial acaba por ser estimulada e isso é uma mais valia! Penso que também lhes deve mexer com os sentimentos... aquilo que eles já viveram... Não sei... Acho que... regra geral, é um benefício! Quer dizer... estou-me aqui a lembrar... também mexe com o equilíbrio deles, não é? Terem de se adaptar ao movimento do cavalo, estarem bem sentados... a concentração... E depois... é exercício físico!

E vê algum malefício?

Com certeza que, como em nada na vida, não há coisas perfeitas! Mas não sei... talvez para quem tenha alergias a pêlos... talvez pelo tamanho dos animais...

Consideraria aconselhar a hipoterapia a alguns dos seus utentes?

Com certeza que sim.

E consideraria praticar esta terapia para melhoria do seu próprio bem-estar?

Porque não? Eu sempre achei os cavalos fascinantes... Acho que até podia ser um bom divertimento (*risos*)

Parece-lhe que o contacto com a natureza pode ser visto como uma mais valia deste tipo de intervenção?

Com certeza! Para os idosos tudo aquilo que é fora de portas é outra coisa... é outro mundo... é eles sentirem-se mais despertos; acaba por ser um combate ao isolamento.

Quanto ao contacto com animais, vê isso como um benefício ou como um malefício?

Penso que é um benefício para a maioria. Vivemos na província... a maioria dos idosos já tiveram animais: galinhas, porcos, cães, mulas... Os animais fizeram parte da vida de muitos deles!

Por fim, gostaria de saber se acha que o facto de o cavalo se tratar de um animal de grande porte pode ser um obstáculo à hipoterapia?

Talvez... Provavelmente não tem qualquer significado para uns, mas... pode ser um problema para outros, não é? Como disse, provavelmente também depende do tipo de animais que eles tiveram durante a sua vida... Para quem teve burros e mulas... não é um problema... Para outros, talvez seja!

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IXd

Entrevista a Profissional de Intervenção Social 2

Profissional de Intervenção Social 2 – Director Técnico de Instituição do Concelho de Abrantes

Vou começar por lhe perguntar, qual o seu conhecimento acerca da hipoterapia?

O meu conhecimento é limitado, não conheço ninguém que faça hipoterapia. Mas tal como o nome indica... hipoterapia é... terapia com o cavalo! Mas conhecimento, conhecimento, não tenho!

E tem conhecimento que a hipoterapia é praticada nas pessoas idosas?

Sei que é... já ouvi falar sobre o assunto.

Considera que pode haver algum benefício ou malefício para os idosos praticarem esta terapia?

Eu penso que benefícios devem haver sempre. Se nós pensarmos que uma pessoa idosa tem muita dificuldade em... em... faz pouco exercício... Logo aí, está a fazer exercício; pode ser terapia/exercício, para além de que quando sobe para cima de um cavalo, também... tem-se que se equilibrar, e acho que o equilíbrio é importante para que as pessoas idosas possam manter-se activas por muitos mais anos.

E vê algum malefício na hipoterapia realizada pelas pessoas mais velhas?

Não! Só se for o risco de queda, mas também há risco quando eles andam no chão, não é?

Então, seria uma terapia que ponderia aconselhar a alguns dos seus utentes?

Eu acho que sim. Sendo... sendo sempre uma mais valia para eles... É exercício! E motivá-los para isso porque estamos a falar de pessoas idosas e estamos a falar de animais; quase todas as pessoas idosas gostam de animais, embora os cavalos sejam um animal grande... Mas acho que a relação deve ser uma coisa muito interessante.

E consideraria praticar hipoterapia para a melhoria do seu próprio bem-estar?

Para mim?! ... Acho que devia ser óptimo, devia ser giro. Mas não sei... digamos que é um animal um pouco grande.

E parece-lhe que o contacto com a natureza pode ser uma mais valia desta terapia?

É, isso é! Sem dúvida, porque... todos os idosos gostam de sair, estar fora de casa. Estar dentro de paredes estão eles a maior parte do tempo e o facto de eles saírem para irem fazer hipoterapia já é uma... uma... uma motivação para eles irem.

Quanto ao contacto com os animais, acha que pode ser um benefício ou um malefício?

É sempre um benefício, sempre! Todos eles sempre tiveram animais... e... e o contacto com animais é óptimo para eles.

Por fim, queria-lhe perguntar se o facto de ser utilizado um animal de grande porte, que é o cavalo, se lhe parece ser um obstáculo a este tipo de intervenção?

Para mim sim. Eles terem de subir... A mobilidade deles já é reduzida e... subir para cima de um animal desses, eu acho que não deve ser fácil.

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IXe

Entrevista a Pessoa Idosa 1

Pessoa Idosa 1

(Sexo feminino, 72 anos de idade)

Gostava de lhe perguntar, em relação à hipoterapia, a nível da sua dependência, da sua autonomia, o que é que acha que melhorou?

Sei que me sinto feliz aqui, com os animais.

E mais alguma coisa?

Pausa

Não sei, 'tou bem.

E assim ao nível da forma como faz as suas coisas lá em casa, acha que já melhorou alguma coisa, que se sente mais capaz de as fazer...

Tenho dificuldades em fazer certos movimentos, fico muito doente da coluna. Aliás, eu no Domingo andei a fazer uma pequenina limpeza no meu jardim e deram-me umas dores muito fortes na zona lombar, e dali tive de ir para a cama com o saco de água quente.... O meu marido pôs-me quatro emplastos...

E acha que isso tem a ver com andar aqui na hipoterapia?

Não não não não...

E a fazer as suas coisas? Acha que piorou, que melhorou?

Não não. Não piorei de nada, o mal já cá está há muito tempo e ando bem senão fizer movimentos bruscos.

E desde que faz a hipoterapia acha que melhorou em alguma coisa?

Sim, sim. Sinto-me feliz, sinto-me bem aqui! Mas eu tenho qualquer coisa cá na coluna que não é isso que vai resolver. É isso...

Então, e diga-me mais uma coisa. O que é que a fez vir aqui para a hipoterapia?

O que é que me fez vir...???

O que é que a motivou?

Foi a D. XXXXXXX ... [responsável do Centro de Dia frequentado pela entrevistada] E gosto destas actividades... e gosto de sentir-me ocupada.

Sim...

Por exemplo, hoje de manhã... levantar, tomar o pequeno almoço, tomar o meu banho e arranjar-me para vir... Sinto-me muito feliz! E depois, vou para casa, faço o almoço, faço algumas coisas lá... as tarefas de casa levemente e depois tenho que vir rapidamente às 3 horas pra... porque tenho aula de pintura.

Então, pode dizer-se que veio para cá por ser uma distracção?

Exacto. Uma... uma... uma distracção e porque me faz bem estes movimentos que as meninas me fazem, é! Esta ginástica!

E quais as coisas que acha mais positivas aqui de fazer hipoterapia?

É a ginástica!

A ginástica...?

Sim... e a simpatia que as meninas nos dão, o acompanhamento é muito bom. É... são muito boas e simpáticas.

Tem muito bem a dizer...

Sim! Gosto muito, e quero continuar!

E a nível das coisas menos boas... as coisas negativas de andar na hipoterapia. Há alguma coisa que considera menos positiva?

Eu não! Não penso no pior!

Não lhe faz confusão, por exemplo, no Inverno se está muito frio ou chuva ou o facto de ser um animal grande, um ambiente mais sujo...

Não... não, não me faz. Não penso nisso! Mesmo agora tenho um problema para resolver de saúde e eu não penso nisso, tento não pensar nisso... Está-se a aproximar a altura, mas eu

também... e... e é uma coisa que me vai custar muito, mas não... não estou a pensar nisso, nem quero pensar nisso!

Diga-me só mais uma coisa. De uma forma geral, o vir aqui, estar aqui com as pessoas, estar com os cavalos, montar... O que é que gosta mais? E o que é que gosta menos?

Gosto de tudo!

Gosta de tudo?!

Sim, de tudo!

Não há assim nada que...

Não! Estou distraída, estou bem!

Pronto, então é só isso. Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IXf

Entrevista a Pessoa Idosa 2

Pessoa Idosa 2

(Sexo feminino, 68 anos de idade)

Queria começar por lhe perguntar se a nível da sua dependência ou da sua autonomia, se acha que melhorou alguma coisa desde que anda aqui na hipoterapia?

É claro que sim.

Sim?

Sim, eles estão a ajudar muito porque tenho aqui... aqui na... bicos de papagaio! E eles estão-me a ajudar muito em como é que eu tenho que lidar...

Pausa

Sim...

A maneira de... de andar de cavalo e de... de não doer tanto as pernas e eu a 'tou a sentir que 'tou muito melhor desde que nós estamos a fazer estes exercícios agora através do cavalo. Agora já estamos a aprender outras coisas.

Então... já vi que tem coisas boas. E acha que piorou em alguma coisa?

Não! Não piorou. Só que a gente tem um bocadinho de timidez em lidar com o cavalo, mas isso já... já suporto muito mais. Porque eu no primeiro dia custou-me imenso, mas agora já me estou a habituar a andar de cavalo!

E o que é que a motivou para vir experimentar esta terapia?

É assim, eu já gostava de ver os cavalinhos, adoro os cavalos. Mas como o nosso Centro arranjou este desporto para nós, eu tentei mais a minha irmã irmos... fomos experimentar! Nunca andámos de cavalo e fomos experimentar. E foi assim, e foi uma coisa muito boa eles terem-se lembrado de nós!

Pode dizer-se que foi procurar uma experiência nova...?

Exactamente! Isso mesmo!

Para si, quais acha que são as coisas mais positivas de andar aqui?

Mais... Por exemplo, aqui aprendemos... À Terça-feira temos aqui os cavalos, mas no nosso Centro estamos a aprender à Terça-feira, foi uma coisa que eu gostei imenso... nós no nosso tempo andávamos mas era a estudar e nunca aprendemos trabalhos manuais e a fazer coisas que eu nunca nunca fiz na minha vida... E à Terça-feira estou a fazer coisas boas boas boas... aprender a pintar, a forrar as caixas com guardanapos especiais que tem flores, que tem coisinhas e nós temos caixinhas muita lindas trabalhadas por nós!

E... a nível aqui da equitação, o que é que acha que são as coisas mais positivas, daqui?

É... é a gente andar de cavalo e fazer exercícios no cavalo.

Andar a cavalo e fazer exercícios no cavalo...

Exactamente! Que ajuda muito nós!

Então, e as coisas menos boas?

Menos boas? É... pronto... menos boas... é... pronto, menos boas é ter medo. Mesmo que eu ande semana a semana, tenho sempre aquela timidez com o cavalo, mas é gratificante! É mesmo! E já 'tou a perder muito mais o medo!

É por ser um animal muito grande...?

É! Exactamente! Mete respeito, muito respeito!

Última pergunta. Assim de uma forma, de uma visão geral, o que é que gosta mais de tudo aqui? Ao nível do vir cá, do estar, do fazer a hipoterapia... o que é que acha que...

É bom a gente à Terça-feira ter uma escapadela, vir para aqui, porque nós quando 'tamos a andar de cavalo não pensamos mais nada. Estamos concentrados no animal e... e 'tar atento ao professor, ao que está a ensinar... e temos que fazer... E nós esquecemos completamente as coisas que nós...

Pausa

As coisas menos boas...

Menos boas. Geralmente vamos sempre buscar as más e aqui a gente não pensa, está com atenção, 'tá com o equilíbrio, com o cavalo... e eu então só penso, 'tou concentrada e tenho que estar a fazer aquilo que o professor mandou, ou as meninas.... mas aí não penso nada. Aí a gente não pensa nada, nadinha.

E as coisas menos boas... o que é que menos gosta daqui, de vir aqui?

Eu gosto... Se eu quisesse não..., não vinha!

Sim, mas pode haver alguma coisa que goste menos...

Não! Como eu já perdi assim mais ou menos o medo, eu... eu gosto de tudo! Claro que todas as Terças-feiras que a gente vem aqui, venho sempre com receio, mas depois de andar no cavalo, as coisas passam-me! Pronto, já não pensamos mais nada!

Pronto, é só. Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IXg

Entrevista a Pessoa Idosa 3

Pessoa Idosa 3

(Sexo feminino, 65 anos de idade)

Gostava de começar por lhe perguntar o que é que acha que melhorou, a nível da sua dependência e autonomia, desde que anda aqui na hipoterapia?

Melhorei na perspectiva dos medos. Eu tinha muito medo de andar a cavalo, tinha medo de cair, tinha medo de não conseguir equilibrar-me e ao princípio custou-me um bocadinho na adaptação, mas agora realmente esses medos passaram e agora estou bem, já faço tudo como as outras pessoas normalmente.

E acha que piorou em alguma coisa?

Piorei?! Não, antes pelo contrário, melhorei, porque perdi, lá está, esse tal medo e os exercícios também me têm ajudado bastante para... para eu me sentir em forma, digamos assim!

Estava-me a falar que tinha melhorado dos medos... E ao nível da forma como se mexe, mexia, que faz as suas coisas no dia-a-dia, considera que melhorou em alguma coisa?

Sim, sim. Quer dizer, melhorei porque não tenho só a equitação, tenho também a ginástica, e uma completa a outra. Portanto, eu sinto-me mais leve. Realmente, com os problemas das minhas articulações mais... como é que eu hei-de dizer... maleáveis, não é? Porque eu tinha um bocadinho de dificuldade em mexer os joelhos, dores, e agora não. Já consigo descer as escadas, coisa que até então era um bocadinho complicado.

E o que é que a motivou para a vir aqui para os cavalos?

Foi porque eu... aposentei-me... Antes não tinha disponibilidade para o fazer e depois... aposentei-me e para não parar... Até para a minha saúde mental, porque era uma pessoa que trabalhava imenso, pelo menos intelectualmente; não fisicamente, mas intelectualmente e eu não quero realmente perder, perder essa qualidade e então... isto para mim é uma terapia também para a mente. Para me conservar assim como estou, que sou uma pessoa muito alegre, muito dinâmica, muito brincalhona, muito divertida, e tudo isto me ajuda a... a ser assim!

A nível geral, aqui da hipoterapia, quais são para si os aspectos mais positivos?

Para mim eu acho que são todos, todos! Para mim, todos eles são importantes.

E aspectos negativos? Tem alguma coisa a apontar de aspectos mais negativos?

Negativos, não. Não, o que era negativo para mim ao princípio era o medo, o medo de montar, o medo que o cavalo..., por exemplo, caísse e eu também caía logo a seguir... era só esse, o resto não, o resto, tudo bem!

Para terminar, de uma forma geral, o que é que mais aprecia aqui, do facto de vir aqui?

Olhe, acho que isto é maravilhoso, é bom, o pessoal é magnífico! São bons, bons demais até... para mim, para mim e para todos! Os cavalos são lindos. É uma... é uma coisa completamente diferente. Portanto, gosto muito, é muito agradável!

Então, e coisas menos boas? O que é que menos aprecia?

Coisas menos boas... sei lá... se calhar, o levantar cedo para vir para aqui e às vezes, quando está frio e chuva, é o mais desagradável. De resto, tudo bem!

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IXh

Entrevista a Pessoa Idosa 4

Pessoa Idosa 4

(Sexo masculino, 88 anos de idade)

Queria começar por lhe perguntar se ao nível da sua dependência, autonomia e actividades que faz no dia-a-dia, se acha que a hipoterapia melhorou alguma dessas coisas?

Sim, sinto-me um bocadinho, um pouco melhor.

Um pouco melhor em quê? Sabe-me dizer?

A nível da coluna... O meu problema é todo da coluna!

E acha que houve alguma coisa que tenha piorado?

Não, pelo contrário, até me sinto melhor...

Podia-me explicar em que é que se sente melhor...?

Quer dizer... mexo-me melhor... Já não tenho os braços tão presos como tinha.

E o que é que o motivou a vir aqui para os cavalos?

Primeiro, sempre tive cavalos e adoro cavalos, andar a cavalo... E a segunda... como dizem que isto faz bem, realmente já tenho notado, já noto uma diferença, uma pouca diferença.

Queria que me dissesse as coisas positivas da hipoterapia. O que é que acha que é mais positivo nesta terapia?

O mais positivo é que eu acho que isto faz bem, pelo menos... *pausa* ... pelo menos a pessoa sente que aquele movimento do cavalo... sente... sente melhoras...

Mas acha que, por exemplo, o facto de ser uma actividade mais ao ar livre... Acha que isso é uma coisa boa...?

Ao ar livre... mas como? Assim de campo?

Sim, uma actividade mais de campo...

Eu gostava era de andar assim a cavalo sozinho, com uma sela e com... com eu a conduzir o cavalo. Isso é que eu gostava...

E as coisas menos boas da hipoterapia?

Eu estou habituado a isto já...

E de uma maneira geral, o que é que gosta mais de vir para aqui?

Dos cavalos!

É mesmo dos cavalos?

Sim, os cavalos. Eu sou do Ribatejo, sabe?

Não sabia...

A última égua que tive vendi-a quando vim para Lisboa. A minha mãe já tinha uma certa idade e ela tinha medo já de lidar com ela. E então vendi-a... até chorei! De maneira que vim para Lisboa em 1952 e nunca mais montei. Agora tive esta oportunidade e adoro isto!

É só. Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IXi

Entrevista a Pessoa Idosa 5

Pessoa Idosa 5

(Sexo masculino, 81 anos de idade)

Vou começar por perguntar se ao nível da sua dependência, da sua autonomia, das actividades que faz no seu dia-a-dia, do seu equilíbrio... do seu nível geral, acha que melhorou desde que está aqui a frequentar a hipoterapia?

Sim, sim. Noto, noto bastante!

E em quê? Nota em quê?

Por exemplo, na perna esquerda, que era a que me doía mais por causa da hérnia.

E mais alguma coisa?

Não, porque de resto eu não sofria de coisa nenhuma. Portanto, está tudo normal como estava. Agora, na parte que eu sofria, sim, sinto-me melhor.

E sentiu que piorou em alguma outra coisa desde que faz hipoterapia?

Não, não, pelo contrário.

Queria-lhe perguntar também o que é que o motivou a vir praticar esta terapia?

Foi a Dr.^a XXXXX [responsável do Centro de Dia frequentado pelo entrevistado] que me disse. Até pelo gosto que eu tinha pelos cavalos, mas também faz parte da fisioterapia, portanto... Porque a minha médica de família disse-me quando fui lá que tinha de fazer fisioterapia ou se tinha hipótese de fazer outros movimentos... Disse-lhe que sim, tenho, tenho jardim e tal, uma hortinha e faço movimentos; não pego em pesos. Portanto, foi as duas coisas. Depois a Dr.^a XXXXX [responsável do Centro de Dia frequentado pelo entrevistado] comunicou-me. Eu disse “Ok, a menina manda e eu obedeço”. Estou a brincar, claro!

Mas veio... por achar que era uma distracção? Ou houve mais alguma coisa que o motivou?

Tudo junto, tudo junto!

E o que é que considera assim mais positivo na hipoterapia?

Eu sei lá... eu acho que... acho que qualquer das coisas é mais valia, qualquer das coisas é bom! Não sei se é mais isto, se é mais aquilo... Não sei avaliar! Sei é que qualquer delas é bom, porque é movimento, é ginástica. Na minha maneira de ver, acho que é tudo.

E coisas menos boas? Aspectos negativos...

Nada, não tenho nada de que me queixar.

É porque às vezes por ser um ambiente mais sujo, ser um animal muito grande ou porque no Inverno está muita chuva ou muito frio... Não considera mais nada como menos positivo?

Não, eu não! Quando chega a Terça-feira é maravilhoso para mim. Esteja a chover, a fazer neve... é igual!

De uma forma geral, o que é que gosta mais quando vem aqui para a hipoterapia?

O que gosto mais é o que eu já disse, gosto delas todas. Sinto-me bem, não sei qual é a melhor ou a menor. Sei que me sinto bem, deve ser todas um bocadinho de cada coisa, penso eu! Não sei avaliar, avaliar qual delas é a melhor, não é? Isso não sei...

E há assim alguma coisa, de forma geral, que goste menos?

Não, não. Ainda tive ideia que... que a perna andava um bocadinho menos boa... ainda tive a ideia que o cavalo maior, que eu tinha que andar com as pernas mais abertas... e que o mais pequeno, que seria melhor, mas não, é igual! Já andei nos dois várias vezes e é igual!

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação Geriátrica



AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

**Núcleo de Estudos de Geriatria da
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI)**



Núcleo de Estudos de Geriatria
da Sociedade Portuguesa de
Medicina Interna



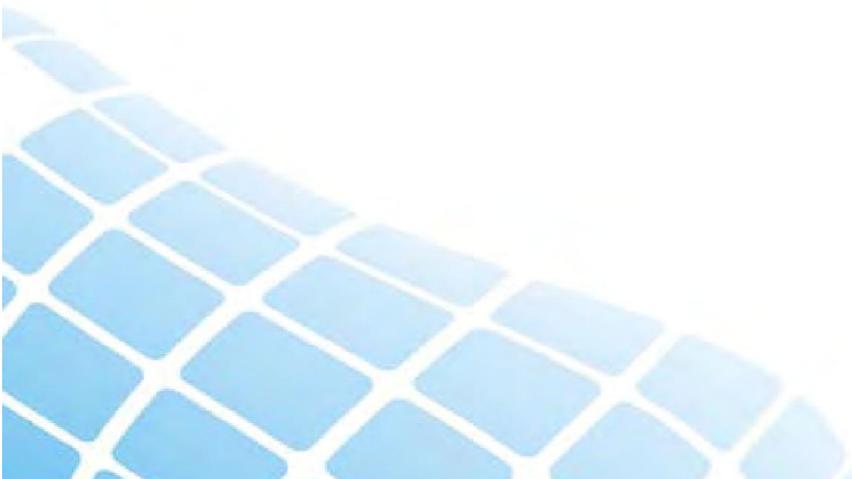
AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

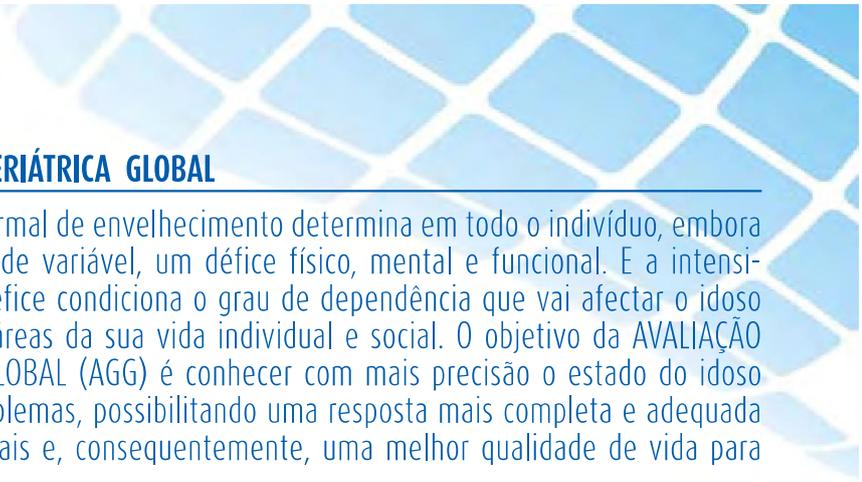
“A pedra angular dos Cuidados ao Idoso”

Hospital

Centro de Saúde

Domicílio / Lar





AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

O processo normal de envelhecimento determina em todo o indivíduo, embora com intensidade variável, um déficit físico, mental e funcional. E a intensidade deste déficit condiciona o grau de dependência que vai afectar o idoso nas diversas áreas da sua vida individual e social. O objetivo da AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL (AGG) é conhecer com mais precisão o estado do idoso e os seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso.

O QUÊ

“ Avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário - físico, mental, funcional, social - com o objectivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades.”

Epstein

PARA QUÊ

- Aumentar a precisão do diagnóstico
- Tornar o prognóstico mais correcto
- Diminuir o risco iatrogénico
- Facilitar condutas preventivas
- Orientar a escolha das intervenções
- Adequar as medidas assistenciais
- Facilitar o acompanhamento
- Melhorar a qualidade de vida

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

QUANDO

Programada

- Inicial
- Periódica (Anual ou Bi-anual)

Em situações de risco

- Perda / luto
- Alterações do modo de vida
- Doença grave
- Institucionalização

A QUEM

Aceitando-se hoje que os cuidados de saúde ao idoso devem assentar em critérios biológicos, mais do que em critérios cronológicos, a AGG deve ser praticada nos:

Idosos > 75 anos

Idosos > 65 anos em situações de risco

- Pluripatologia e Polifarmácia
- Doença crónica
- Diminuição funcional
- Falta de apoio social
- Institucionalização

POR QUEM

Sendo a AGG uma avaliação multidisciplinar, pressupõe uma equipa constituída por um conjunto de profissionais cujo número dependerá das possibilidades institucionais, mas que incluirá necessariamente: Médico, Enfermeiro, Técnico de Serviço Social, Fisioterapeuta.





COMO

Av. Clínica: Exame clínico; Exames complementares de diagnóstico.

Av. Física: Capacidade física; Marcha e equilíbrio; Estado de nutrição.

Av. Mental: Cognitiva; Afectiva.

Av. Funcional: Autonomia; Independência

Av. Social: Família; Habitat; Recursos económicos; Rede social.

INSTRUMENTOS

São muitos os instrumentos utilizados para fazer a avaliação das capacidades referidas. A sua utilização decorre de opções ditadas por razões variadas: objectivos; custos; disponibilidades técnicas; simplicidade; fiabilidade. Para os objetivos visados pela AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL e porque são os mais utilizados com essa finalidade, consideram-se recomendáveis os que nesta brochura são apresentados, por serem:

- SIMPLES
- FIÁVEIS
- DE EXECUÇÃO FÁCIL
- POUCO DEMORADOS
- BEM ACEITES PELO IDOSO

O GERMI recomenda a sua utilização porque, além de obedecerem aos critérios referidos, a sua utilização universal permitirá uniformidade dos estudos e comparabilidade dos resultados obtidos, com os benefícios inerentes para os profissionais e para os utentes.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Funcional

Actividades de Vida Diária Básicas

Escala de Katz

Escala que permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as actividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD) : Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfíncteres e Alimentação.

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação directa do idoso e/ou do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

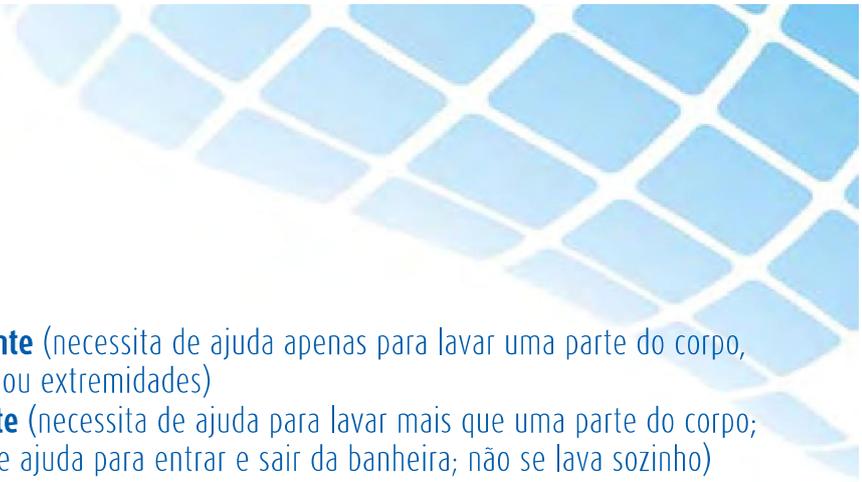
Para cada ABVD o idoso é classificado como Dependente (0) ou Independente (1). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada ABVD, classifica-se como Dependente nessa actividade.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Dependência total	6

Tempo de aplicação: 5 minutos



1-BANHO

- 1** **Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- 0** **Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2- VESTIR

- 1** **Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- 0** **Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

- 1** **Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- 0** **Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

- 1** **Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- 0** **Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

- 1** **Independente** (controlo completo da micção e defecação)
- 0** **Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

6- ALIMENTAÇÃO

- 1** **Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- 0** **Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Funcional

Actividades Instrumentais de Vida Diária

Escala de Lawton & Brody

Escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como Dependente (0 pontos) ou Independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Tempo de aplicação: 5 minutos

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0 Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0 Realiza independentemente pequenas compras
- 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0 É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- 0 Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- 0 Incapaz de manusear o dinheiro

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Marcha

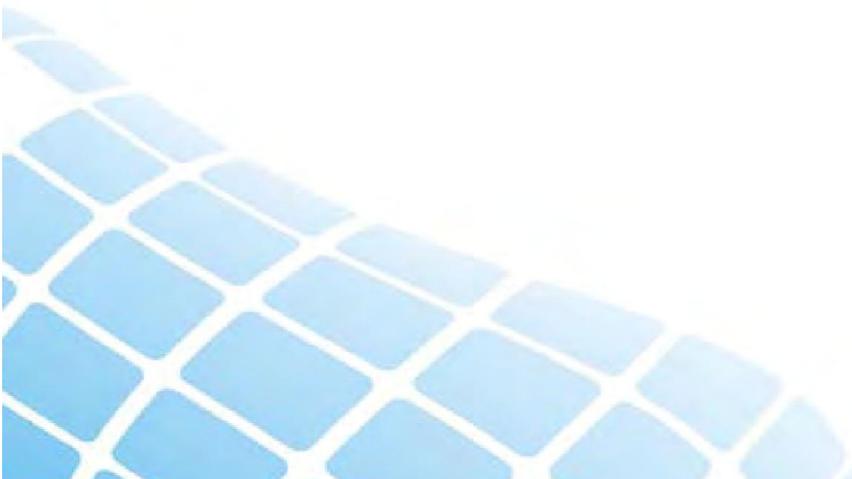
Classificação Funcional da Marcha de Holden

Escala que determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

A informação pode ser obtida através da observação directa do idoso a caminhar ou do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou outros profissionais de saúde.

São estabelecidas 6 categorias, tentando-se classificar o idoso na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha.

Tempo de aplicação: 3-5 minutos



Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Afectivo

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

Escala utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspectos cognitivos e comportamentais tipicamente afectados na depressão do idoso.

A informação é obtida através de questionário directo ao idoso. Pode ser aplicada por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

A escala de Yesavage tem uma versão completa, com 30 questões e uma versão curta com 15 questões. A versão curta está validada pelo autor e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa, pelo que é a mais utilizada.

É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias :

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Tempo de aplicação: 6 minutos

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Cognitivo

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

Questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas.

É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva.

A informação é obtida através do questionário directo ao idoso que pode ser aplicado por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

PONTUAÇÃO:

É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos.

A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso.

	Pontos
Analfabetos	≤15
1 a 11 anos de escolaridade	≤22
Escolaridade superior a 11 anos	≤27

Tempo de aplicação: 5-10 minutos



1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

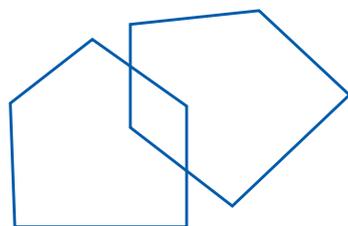
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Nutricional

Mini-Nutritional Assessment

Questionário que permite detectar a presença ou o risco de malnutrição no idoso, sem recurso a parâmetros analíticos

A informação é obtida através do questionário directo ao idoso ou a familiares/cuidadores (excluindo as questões sobre a auto-percepção). Pode ser aplicada por médicos, nutricionistas /dietistas, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

A primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões. Caso não seja possível determinar o IMC (p.ex. doentes acamados) pode-se em alternativa usar o perímetro da perna – se $PP < 31$ cm corresponde a 0 pontos; se $PP \geq 31$ cm corresponde a 3 pontos.

Caso a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição, é realizada a segunda parte do questionário. Na segunda parte (Avaliação Global) é aprofundada a avaliação através de 12 questões adicionais.

A cada questão é atribuída uma pontuação, cuja soma permite identificar 3 categorias: estado nutricional normal, sob risco de malnutrição, malnutrição.

Tempo de aplicação: 5 minutos (triagem)
10 minutos (avaliação global)



Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m]²)

- 0 = IMC < 19
1 = 19 IMC < 21
2 = 21 IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim não
- 0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0,5 = duas respostas «sim»
1,0 = três respostas «sim»

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0,0 = menos de três copos
0,5 = três a cinco copos
1,0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0,0 = pior
0,5 = não sabe
1,0 = igual
2,0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0,0 = PB < 21
0,5 = 21 PB ≥ 22
1,0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

- de 24 a 30 pontos estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos desnutrido

Referências

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009, N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

BIBLIOGRAFIA

Epstein AM, Hall JA, Besdine R, et al. The emergence of geriatric assessment units. The "new technology of geriatrics". *Ann Intern Med* 1987, 106:299-303.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963, 185:914-9.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9:179-86.

Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR. Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Phys Ther* 1986, 66:1530-9.

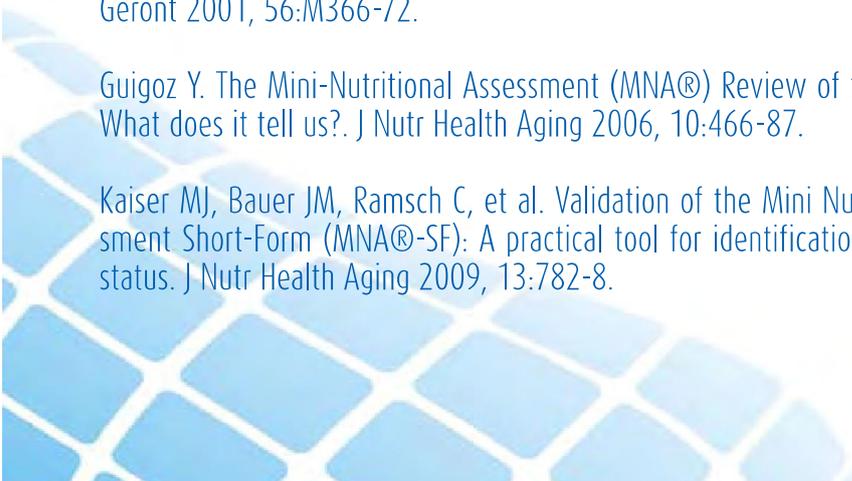
Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975, 12:189-98.

Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* 1986, 5:165-73.

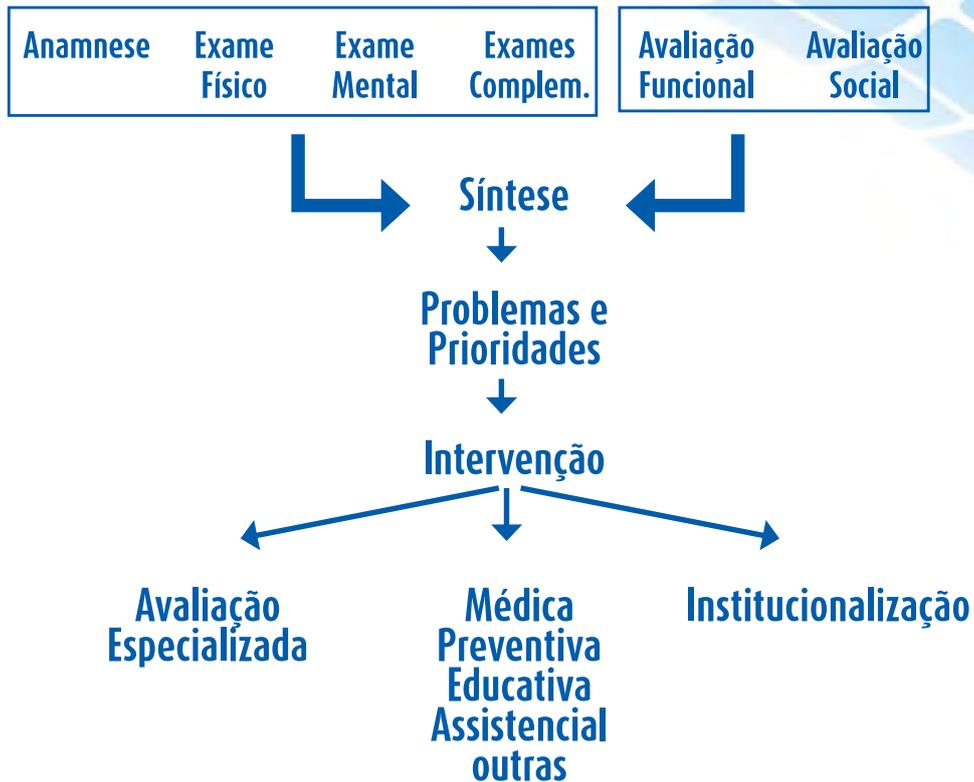
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, et al. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001, 56:M366-72.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?. *J Nutr Health Aging* 2006, 10:466-87.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009, 13:782-8.



AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

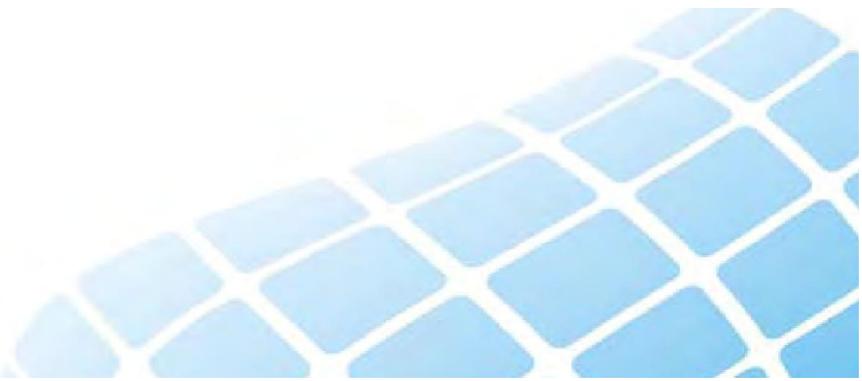


"Saúde do Idoso" / JGE



GERMI

Ana Sofia Duque
Heidi Gruner
João Gorjão Clara
José Gomes Ermida
Manuel Teixeira Verissimo



ANEXO II

Teste Timed Up and Go - TUG

References

1. Bohannon RW. Reference values for the Timed Up and Go Test: A Descriptive Meta-Analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2006;29(2):64-8.
2. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up & go test. *Phys Ther*. 2000;80:896-903.
3. Kristensen MT, Foss NB, Kehlet H. Timed "Up and Go" Test as a predictor of falls within 6 months after hip fracture surgery. *Phys Ther*. 2007.87(1):24-30.

Additional References

- Bischoff HA, Stahelin HB, et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison study of the timed "up and go" test in community-dwelling and institutionalized elderly women. *Age and Ageing*. 2003;32:315-320.
- Boulgarides LK, McGinty SM, et al. Use of clinical and impairment-based tests to predict falls by community-dwelling older adults. *Phys Ther*. 2003;83:328-339.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *JAGS*. 1991;39:142-148.