

A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL E EQUOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DO ESQUIZOFRÊNICO EM FASE INICIAL

Ana Luiza Sanches Salineiro*

Juliana Borges de Oliveira de Arruda*

Ana Maria de Oliveira Alves**

Resumo

A esquizofrenia constitui-se no mais grave dos distúrbios mentais, tornando-se a principal causa das internações psiquiátricas. A doença é caracterizada por alterações dopaminérgicas no sistema nervoso central, manifestando-se através de surtos. No decorrer desses surtos a doença caminha para a cronicidade, sendo o seu início o momento crucial para a intervenção terapêutica, por não haver prejuízos das funções psicológicas e motoras. A equoterapia proporciona a oportunidade de explorar o próprio corpo e o ambiente em que interage, permitindo uma reorganização psíquica e corporal. O presente artigo propõe que instrumentos terapêuticos ocupacionais em conjunto com a equoterapia, e através de atividades elaboradas de acordo com a patologia, proporcionem ao esquizofrênico a oportunidade de se reorganizar interiormente, encontrando formas de expressão. Trata-se de um estudo de caso em campo, de caráter empírico, com revisão bibliográfica. Verificou-se que a Terapia Ocupacional associada à equoterapia oferece aos esquizofrênicos o desenvolvimento e melhora de aspectos como: responsabilidade, autovalorização, sociabilidade, aspectos cognitivos (atenção, concentração, memória e raciocínio), contato com a realidade, diminuição da ansiedade, comportamento inadequado, elevando a auto-estima. O terapeuta Ocupacional é um profissional fundamental para as equipes que desenvolvem este trabalho.

Palavras-chave: 1. Terapia ocupacional, 2. esquizofrenia, 3. equoterapia

* Acadêmicas de Terapia Ocupacional

**Terapeuta Ocupacional, Professora da UCDB e Orientadora deste trabalho

Abstract

Schizophrenia is considered to be among the most serious of mental disturbances, being the main cause of psychiatric internments. The disease is characterized by dopominergic alterations in the central nervous system, manifested in excesses. In the lapses between the excesses the disease follows a cycle the beginning of which is the crucial moment for therapeutic intervention as there are no damages to the psychological and motor functions. Horse therapy provides patients with the opportunity to explore their own body and the atmosphere in which they can interact, allowing a psychic and corporal reorganization. The present article proposes that occupational therapeutic instruments together with horse therapy, and through activities elaborated according to the pathology, can provide the schizophrenic person with the opportunity of reorganizing inwardly, finding forms of expression. The article handles a field case study of empirical character, with bibliographical revision. It was verified that Occupational Therapy associated with horse therapy provided schizophrenics with the development and improvement of such aspects as: responsibility, self esteem, sociability, cognitive aspects (attention, concentration, memory and reasoning), contact with reality, decreasing of anxiety and unsuitable behavior. The occupational therapist is a professional capable of proposing, analyzing and modifying aspects that can contribute to the success of horse therapy, becoming a fundamental professional on the teams that develop this work.

Key words: 1. Occupational therapy, 2. schizophrenia, 3. horse therapy

Introdução

Este artigo propõe demonstrar que a equoterapia é uma forma de tratamento, que traz benefícios ao esquizofrênico. Lançando mão de atividades elaboradas e selecionadas, o terapeuta ocupacional restitui a saúde e previne novos surtos do esquizofrênico. Está dividido em sete partes, a saber: material e métodos utilizados para pesquisa; histórico e características da Terapia Ocupacional; conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento da esquizofrenia; história, definição e benefícios da Equoterapia; abordagem terapêutica ocupacional em Equoterapia; estudos de casos; e considerações finais.

Para realização do estudo, partiu-se da hipótese de que a Terapia Ocupacional associada à Equoterapia podem contribuir na recuperação da pessoa esquizofrênica em fase inicial (entre o primeiro e o terceiro surtos). Baseado nos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no decorrer da vida acadêmica, acredita-se que os estímulos e efeitos terapêuticos da equitação em conjunto com as atividades terapêuticas ocupacionais, podem ocasionar a reabilitação global, bem como a reintegração social do esquizofrênico.

A pesquisa caracterizou-se por ser um estudo de caso em campo, de caráter empírico, com revisão bibliográfica.

Materiais e métodos

Para realização da pesquisa, os atendimentos foram realizados semanalmente no Rancho Recreio, em Campo Grande, MS, no qual está atualmente sendo implantada a Equoterapia.

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de ficha de anamnese com a família, para obtenção de informações da vida pregressa do praticante, da avaliação de Terapia Ocupacional em psiquiatria com o paciente, realizando a conduta e evolução observadas nas sessões de terapia, e também da revisão bibliográfica.

Os materiais utilizados para terapêutica foram: cavalo, sela, manta de feltro, rédea, picadeiro, bexigas, caneta hidrocor, sapateira, arame, figuras diversas, clipes, percevejo, jogos, mesa para café da manhã, espelhos, tinta guache, caixas de papelão, pincéis, tinta látex, tambor, colchonete, garrafas coloridas, bolas e cestos.

Terapia ocupacional

Segundo informa Finger (1986), desde a Antigüidade, reconhece-se os benefícios que a ocupação e a diversão trazem para os portadores de alguma moléstia, o que é registrado pela própria história da medicina. Somente na Idade Média, a Terapia Ocupacional passou por um período de inatividade, motivado pelo preconceito e ignorância então reinantes, retomando-se a humanização do tratamento a partir do início do século XV.

Com o lançamento das bases da moderna assistência psiquiátrica por Felipe Pinel, que, influenciado pelos ideais da Revolução

Francesca (1789), reconheceu a eficácia do trabalho como fórmula de tratamento, a ocupação terapêutica desenvolveu-se. Em 1915, foi aberta em Chicago a primeira escola de Terapia Ocupacional. Em 1936, foi fundada a Associação de Terapeutas Ocupacionais, mas só em 1948 a profissão foi reconhecida; em 1951, foi criada a Federação Mundial de Terapia Ocupacional.

No Brasil, a Terapia Ocupacional surgiria em 1854 no Hospício D. Pedro II. Em 1903, foi incentivada em todo o país por Juliano Moreira, diretor do Serviço de Assistência a Psicopatas. Em 1946, foi criado no Rio de Janeiro, o Serviço de Terapêutica Ocupacional, que oferecia ao paciente uma ocupação livremente escolhida, que era cuidadosamente dirigida e só eventualmente útil ao hospital. Em 1959, foi instalado o primeiro curso de Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional foi definida pela Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (*World Federation Occupational Therapists – WFOT*), em 1989, como “...o tratamento de condições físicas e psiquiátricas através de atividades específicas para ajudar as pessoas a alcançarem o seu nível máximo de função e independência”. Para Araújo (1995:17):

[...] é uma técnica de natureza diretiva e regressiva, que visa prevenir, tratar, curar e reabilitar pelo trabalho livre e criativo, sendo uma técnica de abordagem que utiliza atividades livres e criativas e tem como implicação obrigatória, as relações constantes entre os elementos: terapeuta, materiais, ferramentas e objetos concretos e o paciente.

A Terapia Ocupacional é caracterizada como a profissão da área de saúde que promove o desenvolvimento, tratamento e a reabilitação de indivíduos ou grupos que necessitem de cuidados físicos, psicológicos e/ou sociais, de modo a ampliar seu desempenho e participação social, por meio de instrumentos que envolvam a atividade humana em um processo dinâmico relacional entre esta e a pessoa do praticante e a do terapeuta.

A Terapia Ocupacional contribui com a prevenção e tratamento, visando a oferecer um meio de vida normal ao cidadão, atingindo a possível melhora do quadro de evolução do praticante. Além disso, estimula o relacionamento interpessoal, o autoconhecimento, o desenvolvimento de habilidades físicas e cognitivas, a participação,

conscientização, contato com a realidade e criatividade e, ainda, esclarecimento sobre os vários sintomas da doença mental, sinais de uma possível patologia, fazendo-se ver o distúrbio mental como outra doença qualquer e que tem melhora com acompanhamento médico, terapêutico e apoio familiar.

O papel do terapeuta ocupacional na Psiquiatria, por meio de atividades selecionadas e adequadas da relação praticante x atividade, é proporcionar a reorganização interior desse praticante, preparando-o para reinserção social, capacitando-o se necessário por meio de oficinas profissionalizantes e orientando a família com relação à doença e seus sintomas.

A atividade é uma necessidade básica para a vida; a ocupação oferece um escape da tensão, ansiedade e pesar.

O terapeuta ocupacional usa uma ampla variedade de instrumentos para avaliar capacidades, déficits, para desenvolver habilidades e para resolver problemas na área ocupacional, ampliando seu desempenho e participação social, por meio de instrumentos que envolvam a atividade humana em um processo dinâmico relacional entre esta e a pessoa do praticante e a do terapeuta. Para isso, o terapeuta ocupacional lançará mão, em diferentes situações, do uso específico de atividades expressivas, lúdicas, artesanais, da vida diária e de automanutenção, psicopedagogias, profissionalizantes, entre outros, previamente analisados e avaliados sob os aspectos anátomo-fisiológicos, anexológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos.

A escolha da atividade envolve um equilíbrio entre necessidades e interesses do praticante, habilidade do terapeuta e a exigência que este profissional escolheu para trabalhos.

Esquizofrenia

As primeiras descrições fragmentárias dessa enfermidade, ocorreram na segunda metade do século XIX, advindas de diversos autores que se preocupavam com os problemas da patologia mental. Nas décadas de 1960 e 1970, os critérios diagnósticos passaram a ser elaborados a partir de pesquisas clínicas e epidemiológicas, em que entrevistas e escalas de diagnósticos foram construídas e validadas para identificar e quantificar os sintomas (SHIRAKAWA, 2001).

Na década de 1980, foram identificadas duas formas de esquizofrenia: a do tipo I, caracterizada por delírios, alucinações e distúrbios do pensamento, e a do tipo II, por sintomas negativos (embotamento afetivo, retraimento social e conteúdo sobre pensamento). Para Crow, a síndrome tipo I ocorre por causa de uma hiperfunção dopominérgica e, a do tipo II, por alteração estrutural do cérebro (SHIRAKAWA, 2001).

Existe, entretanto, uma complexidade em se conceituar a esquizofrenia na medida em que a doença se apresenta diversificada quanto a sua apresentação clínica, etiológica e seu curso. Mas os problemas da etiologia na esquizofrenia não estão totalmente esclarecidos, pois enquanto alguns estudos atribuem uma significação etiológica importante à predisposição hereditária, existem outros estudos que reconhecem números elevados de casos de esquizofrenia nos quais não se pode provar a existência de fatores hereditários. No entanto, diversas pesquisas demonstram que fatores sociais e genéticos integram no estabelecimento da doença.

Existem ainda várias evidências que têm associado eventos ocorridos durante o desenvolvimento cerebral, principalmente no período pré-natal ou perinatal, à esquizofrenia, no entanto os achados são controversos. Atualmente, existem hipóteses que procuram explicar o fenômeno da esquizofrenia como alterações bioquímicas dos neurotransmissores cerebrais, particularmente da dopamina.

O diagnóstico da esquizofrenia está diretamente associado aos critérios estudados no decorrer das décadas, e podem ser expressos por duas classificações universais da psiquiatria: o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental* (DSM IV) e a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). No entanto, é importante que se diga que a credibilidade dos sinais e sintomas depende da entrevista psiquiátrica, tendo extrema importância a participação do praticante e da família, estando o entrevistador embasado teoricamente, observando-se o quadro psicopatológico apresentado e seu grau de comprometimento, para que se faça o diagnóstico preciso, definindo qual subtipo da esquizofrenia se caracteriza.

A esquizofrenia classifica-se em cinco subtipos:

- a) esquizofrenia catatônica – ocorre geralmente entre 15 e 25 anos; é caracterizada por alternâncias de período de inibição e excitação, sinais clínicos como posicionamento bizarro, mutismo, rigidez e

- outros sintomas, tais como obediência automática;
- b) esquizofrenia residual – considerada um estágio crônico da esquizofrenia, no qual houve uma progressão de um estágio inicial para um estágio mais tardio, tendo como características os sintomas negativos de longa duração;
 - c) esquizofrenia simples – tem início geralmente na puberdade; é progressiva, com sintomas como empobrecimento da vida afetiva, indiferença emocional, volubilidade de pensamento, enfraquecimento da vontade e dos impulsos;
 - d) esquizofrenia paranóide – tem início na idade média da vida ou na maturidade. Caracterizada pela predominância de delírios e alucinações;
 - e) esquizofrenia hebefrênica – inicia-se entre 15 e 25 anos. Alterações afetivas e alterações básicas consistem no distúrbio de pensamento. O afeto é superficial e inadequado acompanhado de risos de auto-satisfação, caretas, brincadeiras. Pensamento desorganizado e discurso incoerente.

A doença pode se manifestar sob três tipos de sintomas: na forma positiva, estabelecem-se as alucinações (aparente percepção do objeto não presente no momento), delírio (um juízo falso, seu conteúdo é impossível) e diminuição da monitoração do comportamento; a forma negativa apresenta diminuição da fluência do discurso e pensamento, embotamento afetivo (diminuição na expressão emocional), abulia (diminuição do impulso e volição); e a desorganizada está associada ao distúrbio formal do pensamento, ao afeto inadequado e empobrecimento do discurso.

A formulação de um tratamento abrangente, tão logo seja feito o diagnóstico, visa a reduzir ou a eliminar os sintomas e a consequência da doença. Ressalta-se que os tratamentos sintomáticos são considerados a principal terapêutica da esquizofrenia, que foi bastante reforçada com a descoberta das propriedades antipsicóticas (conhecidas também como neurolépticas) da clorpromazina, em 1950. Embora os antipsicóticos tenham significado um grande avanço no tratamento da doença, sabe-se que alguns praticantes não respondem satisfatoriamente aos neurolépticos convencionais (SHIRAKAWA, 1993). Tal fato tem estimulado a procura de novos antipsicóticos e reafirmado a necessidade de associar tratamentos psicossociais ao tratamento farmacológico.

É importante que se diga que tais antipsicóticos não curam a esquizofrenia, mas amenizam o tempo de internação, diminuem o número de reinternações, atenuando seqüelas psicológicas e sociais geradas pelas recaídas (surto) da doença. Os neurolépticos não são eficazes em todos os sintomas. As alucinações, delírios, incluídos nos sintomas positivos, são atenuados. Já o embotamento afetivo, a falta de incentivo e a pobreza de discurso não respondem satisfatoriamente à maioria dos antipsicóticos disponíveis.

No entanto, o uso de medicamentos é fundamental porque são eles que tratam os sintomas psicóticos. Porém, só eles não são suficientes, necessitando tanto a família quanto o praticante de outras intervenções, entre as quais podem ser citadas a terapia ocupacional, as psicoterapias, a orientação familiar e/ou psicoterápica, o grupo operativo e o acompanhamento terapêutico.

No tratamento através da terapia ocupacional o praticante, o terapeuta e a atividade por eles elaborada formam uma tríade que se desenvolve com o objetivo de uma melhor compreensão pelo praticante, seja do mundo externo (a realidade), seja do interno (pensamento e emoções).

Na psicoterapia o praticante interage com o terapeuta sem o intermédio de uma atividade, com o objetivo da aceitação, por parte do praticante, da existência da doença e de como conviver com ela da melhor forma possível, reconhecendo seus potenciais e limitações, bem como sinais de possíveis recaídas.

Na orientação familiar e/ou psicoterápica a intenção é apoiar os familiares, orientando-os sobre a doença e como se relacionar com o praticante, bem como identificar e cuidar de questões outras alheias ao praticante.

No grupo operativo, o praticante e o terapeuta desenvolvem uma tarefa determinada e executada pelo primeiro. Tal prática visa à melhoria do pragmatismo da comunicação individual e social e auxilia também na delimitação do que é interior e externo, isto é, o que é fantasia e que é realidade.

O acompanhamento terapêutico tem por finalidade reintegrar socialmente o praticante, bem como uma melhor organização das

tarefas, ajudando o portador a se locomover pela cidade, estar por dentro de preços, atualizando-se na sociedade e na busca do lazer.

É importante, entretanto, que cada praticante seja visto como ser biopsicossocial, necessitando de um plano terapêutico específico, nele levando-se em conta as características do indivíduo, sua sintomatologia e os objetivos a serem alcançados com o tratamento.

Equoterapia

O cavalo, desde a Antiguidade, era utilizado como instrumento terapêutico com fins de auxiliar pessoas com as mais variadas moléstias (psíquicas e/ou físicas) no tratamento, realizando benefícios ao praticante e à sua família, readaptando-os à sociedade, a uma vida independente e mais saudável.

De acordo com a literatura, sabe-se que o primeiro trabalho de equitação terapêutica, deu-se por volta de 1870, sendo muito útil a praticantes em diferentes síndromes neurológicas, visando à melhora de equilíbrio, postura e controle muscular. Em 1901, a equoterapia passou a ser aceita cientificamente e foi o Hospital Universitário de Oxford, em 1917, que iniciou a fundação do primeiro grupo de equoterapia para atendimento de feridos da Primeira Guerra Mundial, com o objetivo de reabilitação. Em 1945, após a Segunda Grande Guerra, o uso do cavalo foi extremamente indicado na recuperação física e psicológica dos soldados mutilados.

Os primeiros países a se preocuparem com o uso do cavalo como instrumento cinestésico-terapêutico na reeducação das deficiências, foram os países escandinavos e os de língua anglo-saxônica (há cerca de 70 anos).

Na França, em 1965, na Universidade de Salpentkiere, a equoterapia tornou-se matéria didática. A partir daí, essa atividade inspirou várias teses nas diversas áreas da medicina. No período de 1974 a 1997, realizaram-se congressos internacionais sobre equoterapia, organizados pela Associação Internacional de Equoterapia, na qual vinte e seis países, inclusive o Brasil, estão credenciados à prática dessa metodologia que obedece às normas internacionais.

No Brasil, a equoterapia começou oficialmente em 1989, com a fundação da Associação Nacional de Equoterapia (ANDE), com

sede em Brasília, DF. No mesmo ano houve as primeiras sessões de equoterapia realizadas com praticantes do Hospital do Aparelho Locomotor (SARAH). Em 1991, em Brasília, DF, aconteceu o 1º Encontro Nacional e o 1º Curso de Formação de Equoterapia. A partir desses, foram realizados vários cursos de equoterapia ministrados pela ANE, e a abertura de várias unidades de tratamento em todo o Brasil.

O reconhecimento da equoterapia pela Organização Mundial de Saúde como método terapêutico foi em junho de 1997 e, no Brasil, em novembro do mesmo ano, houve a criação da Associação Paulista de Equoterapia.

Equoterapia é o nome genérico adotado para todos os métodos terapêuticos que se utilizam do cavalo para sua execução. Conforme Cirillo (1991:1), “equoterapia é um tratamento de reeducação e reabilitação motora e mental, através da prática de atividades equestres e técnicas de equitação”. Os objetivos propostos variam de acordo com o praticante, buscando proporcionar aspectos que abranjam a parte psicológica, social e motora, desenvolvendo suas potencialidades sempre respeitando seus limites. Sendo dessa forma, ela é indicada em casos de qualquer patologia ligada ao sistema nervoso central, mesmo que esta inclua uma grande variedade de sintomas.

O cavalo apresenta o biorritmo muito semelhante ao do homem, além de seus movimentos rítmicos balançantes trazerem benefícios que estimulam o metabolismo, regulam o tônus, acalmam o sistema cardiovascular e respiratório, sendo fáceis de serem percebidos. A equoterapia impõe ao praticante limites e regras, nos quais este obterá melhora na disciplina, atenção, concentração, expressão de sentimentos, auto-estima, autoconfiança, responsabilidade, sensação de independência, liberdade, coordenação, movimentação, reações de equilíbrio, postura, mobilização da pelve e coluna vertebral, esquema corporal, relaxamento, descontração e desenvolvimento da socialização.

Essa terapia é constituída por três fases (ANEq, 1992):

- a) **dependência** – o praticante ainda não tem condições físicas ou mentais para governar o cavalo, necessita de auxiliar-guia para controlar o cavalo e auxiliares laterais para apoio. O cavalo, pelo movimento, influencia mais o praticante do que este o governa;

- b) **semi-autonomia** – o praticante tem condições para exercer alguma atuação sobre o cavalo, geralmente monta e apeia sem auxílio. Favorece a reeducação e a reabilitação. As influências recíprocas praticante-cavalo são equivalentes;
- c) **autonomia** – o praticante tem boas condições para atuar sobre o cavalo, participa de pequenos exercícios de hipismo, está preparado para sua reinserção social. O praticante influencia mais o cavalo do que este a ele.

Não existe uma raça específica para equoterapia, mas sabe-se que o animal deverá ter como principais características a sua índole, a docibilidade e a mansidão. Sendo assim, o pônei é contra-indicado para esse fim por ser um animal agressivo. Ademais, é de extrema importância a escolha certa do animal para as diferentes alterações apresentadas pelos praticantes, nos diferentes quadros patológicos e graus de dificuldades. O cavalo deve ser castrado, o que assegura um animal mais manso e com condições de ser montado com maior segurança.

O cavalo comunica-se através de reações em seu corpo. Assim, cabe aos profissionais da equoterapia ter o conhecimento dessas reações, até como forma de prevenir acidentes. Todavia, existem maus profissionais que acreditam que com apenas um espaço, um cavalo e o conhecimento na área em que se formou, é possível realizar a Equoterapia. Porém, é preciso muito mais que isso, sob pena de gerar um grave acidente de conseqüências fatais.

O local para realização da equoterapia deve ser de fácil acesso, sem barreiras arquitetônicas, possuindo rampas para que, dessa forma, permita à pessoa portadora de deficiência ou cuidados especiais o direito de ir e vir com independência, lembrando-se que as pessoas devem ter direitos e oportunidades de cidadãos iguais e que sejam realmente respeitadas.

São importantes os equipamentos adequados para a prática da equoterapia, tanto para o cavalo quanto para o praticante. Entre esses equipamentos específicos estão, pelo menos, a sela, o estribo, as rédeas reguláveis e a manta de feltro.

Terapia ocupacional e a equoterapia

O terapeuta ocupacional desenvolve diversos tipos de abordagens terapêuticas na equoterapia, utilizando o cavalo como intermediário na

relação terapeuta x praticante. As atividades terapêuticas ocupacionais devem ser prescritas com propriedade e objetividade, de acordo com a patologia e limite do praticante. Para tanto, o terapeuta deverá dominar a técnica e atuar de forma segura, proporcionando ao praticante um tratamento diferenciado. Há inúmeras possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional na Equoterapia.

Para os objetivos de reabilitação do deficiente serem atingidos, deve-se partir do princípio da atitude postural do praticante, que varia com o tipo de andadura do cavalo, a forma do terreno onde é feita a atividade terapêutica ocupacional e a natureza das atividades propostas. É importante que se ressalte que a atitude postural correta para se iniciar a atividade e equilíbrio mais favorável deverá acompanhar os movimentos do cavalo.

O terapeuta ocupacional deve planejar suas atividades de modo a torná-las prazerosas, o que acaba por proporcionar ganhos positivos. Sendo dessa forma, pode relacionar seu trabalho com as atividades de vida diária (AVDs) do praticante. Assim, do mesmo modo que o cavalo precisa de cuidados relacionados à higiene, alimentação, vestuário adequado (equipamentos), descanso, espaço e limites, o praticante e o terapeuta ocupacional deverão relacionar esses aspectos com o do ser humano, visando uma melhor captação e percepção dessas atividades; pois esses momentos são ricos e facilitam um melhor entendimento da importância dessas atividades na vida diária.

A Terapia Ocupacional na Equoterapia tem também a proposta de mostrar que é possível o praticante se inserir na sociedade, pois ao iniciar a sua prática ele já entra em contato com outras pessoas, o que facilita e promove sua socialização. Dessa maneira, o terapeuta ocupacional deve trabalhar, num primeiro estágio, na adaptação dos equipamentos, visando a funcionalidade do praticante e, após, aplicando-se as atividades que devem fazer do cavalo um *setting* (espaço interno utilizado para realização da Terapia Ocupacional e Equoterapia). O espaço externo deve permitir a manifestação do espaço interno do praticante.

A esquizofrenia, estando em fase inicial, é uma das patologias indicadas no tratamento equoterápico. Visa-se, por meio do contato e estímulos oferecidos pelo cavalo, atenuar os sintomas negativos da doença, estimulando a socialização, iniciativa, elevação da auto-estima,

entre outros benefícios, diminuindo a possibilidade de novos surtos e contribuindo na preservação dos aspectos psicológicos e motores.

Estudo de casos

Foram observados dois casos com diagnóstico de esquizofrenia no Rancho Recreio, local onde vem sendo implantada a Equoterapia. Os dados foram obtidos através de anamnese com as famílias, com o intuito de obter informações acerca da vida pregressa do praticante.

Os objetivos do tratamento equoterápico foram estimular autovalorização, sociabilidade, pragmatismo, iniciativa, contato com a realidade, auto-estima, aspectos cognitivos, criatividade e responsabilidade, desenvolver a autoconfiança, trabalhar a conscientização corporal e favorecer o relaxamento muscular.

No caso A, foi observado ACS, 19 anos, com diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica. De acordo com a mãe, a criança teve uma infância isolada, onde o relacionamento familiar não era bom. Sempre foi um aluno aplicado, e ao iniciar o segundo grau apresentou quadro depressivo, quando iniciou tratamento medicamentoso durante um ano e oito meses. O pai apresenta depressão e alcoolismo. Em 2000 foi aprovado no curso de Engenharia Civil. A primeira crise ocorreu em junho de 2000. Apresentava-se agitado, saía de casa andando sem direção. Quando sozinho dava risadas sem motivo aparente. Foi levado ao ambulatório do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, ficando internado por seis dias.

A mãe relata que não conhece casos desse tipo em outros membros da família.

Atualmente ACS encontra-se em tratamento ambulatorial e realiza adequadamente suas AVDs. Apresenta-se orientado e autopsiquicamente, com humor entrínico, pensamento organizado e coerente, porém com dificuldades em concentrar-se. Encontra-se fisicamente adequado.

Ao realizar o primeiro contato com o cavalo mostrou-se receoso. Com o passar das sessões foi desenvolvendo mais segurança com relação ao animal. Foram desenvolvidas atividades entre as quais: formando frase com a bexiga, jogo da memória, jogo da velha,

resta um, auto-imagem, circuito com garrafas, pintura em tela, banho terapêutico e mudança de decúbitos. O praticante foi desde o início receptivo ao tratamento terapêutico ocupacional e equoterápico, embora abatido e apático devido à medicação. Houve participação ativa nas tarefas, porém num primeiro momento não apresentava iniciativa durante suas realizações, tendo sempre que ser convidado a cooperar, o que foi melhorando com o passar do tempo. O atendimento foi considerado como positivo, já que alcançou de forma satisfatória os objetivos propostos.

No caso B, foi observado VOS, 19 anos, com diagnóstico provável de esquizofrenia. Teve uma infância tranquila e quieta, caracterizando-se como uma criança obediente e calma. A mãe percebeu sua tristeza anormal e procurou o ambulatório do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, quando foi diagnosticado quadro depressivo e indicado tratamento medicamentoso em casa. O primeiro surto aconteceu no dia 10 de setembro de 2000, quando, na igreja, começou a chorar sem motivo. Chegando em casa o choro se tornou incontrolável, apresentando-se desorientado. Retornou ao ambulatório e foi diagnosticado como esquizofrênico, recebendo medicações e retornando para casa. No segundo surto permaneceu internado por 31 dias, quando foram realizadas cinco sessões de eletroconvulsoterapia (ECT).

Segundo a mãe, não há caso dessa patologia com outros membros da família, embora saiba de dois casos de depressão que levaram ao suicídio.

Atualmente o paciente está freqüentando o ambulatório de Saúde Mental da Santa Casa, tem bom relacionamento com a família e suas AVDs são independentes. Percebe a importância de seu tratamento e a necessidade de tomar os medicamentos regularmente. Apresenta-se orientado alo e autopsiquicamente, com humor eutrímico, pensamento organizado e coerente. Encontra-se fisicamente adequado com estereotipias superiores diminuídas.

No primeiro contato com o cavalo, VOS apresentou-se ansioso e receoso, o que foi passando no decorrer das sessões. O praticante desenvolveu um intenso contato com o animal, a ponto de ir buscá-lo para o início das sessões e levá-lo de volta ao campo. Foram realizadas atividades como: formando frase com a bexiga, jogo da memória, jogo

da velha, resta um no cavalo, auto-imagem, circuito com garrafas, pintura em tela, banho terapêutico e mudança de decúbitos.

No início do tratamento VOS apresentava timidez e insegurança para tomar iniciativas, além da ansiedade com relação ao tratamento. Durante as sessões ficava quieto e apresentou sempre humor eutrímico e estereotipias nos membros superiores por causa dos medicamentos. No decorrer do atendimento houve uma diminuição da ansiedade, o praticante começou a se comunicar de uma maneira diferente e durante os atendimentos não apresentava estereotipias. Considerou-se, dessa forma, que os atendimentos foram positivos, e foram alcançados parcialmente os objetivos do trabalho.

Conclusão

A Equoterapia proporciona ao seu praticante a oportunidade de explorar seu próprio corpo e o ambiente em que interage. É uma terapia que permite uma reorganização psíquica e corporal, capaz de produzir resultados satisfatórios em diferentes aspectos da vida do praticante.

A Terapia Ocupacional associada à Equoterapia proporcionou aos esquizofrênicos o desenvolvimento e melhora de aspectos como: responsabilidade, autovalorização, sociabilidade, aspectos cognitivos (atenção, concentração, memória e raciocínio), contato com a realidade, diminuição da ansiedade, comportamento inadequado e elevação da auto-estima.

O terapeuta ocupacional é um profissional capaz de propor, analisar e modificar aspectos que podem contribuir para o sucesso da Equoterapia, tornando-se um profissional fundamental para as equipes que desenvolvem este trabalho.

Bibliografia

- AMERICAN Psychiatric Association. *Diretrizes no tratamento da esquizofrenia*. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ARAÚJO, R. P. Z. de. Contribuição às propostas de reabilitação psicossocial: atenção a crianças e adolescentes. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional*, Belo Horizonte: GESTO, ano 11, n. 1, p. 39-48, set. 1999.
- _____. Terapia Ocupacional: possibilidade de ajuda. In: *Cadernos de*

Terapia Ocupacional, Belo Horizonte: GESTO, ano 7, n. 1, p. 15-25, out. 1995.

ASSOCIAÇÃO Nacional de Equoterapia. *A história da reeducação equestre*. Brasília: ANEq, 1992.

_____. *O cavalo: armamento e equipamentos especiais*. Brasília: ANEq, 1989-1992.

CAETANO, D.; PESSOA, O.F.; BECHELO, L.P. de C. *Esquizofrenia: atualização em diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Atheneu, 1993.

CID-10. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CIRILLO, L. de C. *Reeducação pela equitação*. Brasília: ANEq – Associação Nacional de Equoterapia, 1992.

CITTERIO, N.D. História da terapia através do cavalo na Itália e no mundo. In: Encontro Nacional da Associação Nacional de Equoterapia (ANEQ), 1. *Anais...* Brasília: 1991.

COMPETE. *Acessórios*. Disponível em: <<http://www.compete.com.br/acessorios.html>>. Acesso em: 26 set. 2001.

FINGER, J.Q. *Terapia Ocupacional*. São Paulo: Savier, 1986.

FRANCISCO, B.R. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papyrus, 1988.

FREIRE, H.B.G. *Uma experiência com crianças autistas: equoterapia teoria e prática*. São Paulo: Vetor, 1999.

GOSSIN, D. *Psychologie et comportement du Cheval*. 4. ed. França: Maloine, [s.d.].

HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional*. Tradução José Batista. São Paulo: Dynamis Editorial, 1999.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

_____. *Tratado de psiquiatria*. 6. ed. Porto Alegre: Artemed, 1999. v. 3.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LALLERY, H. A equitação terapêutica. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA (ANEQ), out. 1988. *Revista Cheval Conexion*, Brasília, p. 16-7, 1992. Edição Especial.

_____. *Movimento em medicina, equitação terapêutica: a novidade que chega*. Limay: [s.n.], 1998.

LOUZÃ NETO, M.R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, supl. 1, maio 2000.

MAC, D. *Terapia Ocupacional em reabilitação*. 4 ed. São Paulo: Santos, 1998.

MICHAELLI. *Moderno dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

PÁDUA, A.C. Esquizofrenia. In: CORDIOLI, A.V. et al. *Psicofármacos: consulta rápida*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PAIM, I. *Monografias psiquiátricas: esquizofrenia*. 3. ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

_____. *Tratado clínica psiquiátrica*. 2. ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

RATTO, C.E. Equitação terapêutica: a novidade que chega. *Movimento*, ano 8, n. 1, p. 38-42, 1998.

REVISTA Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, supl. 1, maio 2000.

SEVERINO, A.J. *Metodologia do trabalho científico*. 20. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

SHIRAKAWA, I. *O ajustamento social no esquizofrênico*. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1992.

SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A.C.; MAI, J.J. (edit.). *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

SISSON, G. *Anatomia dos animais domésticos*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

VILLARES, C.C. Terapia Ocupacional na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A.C.; MARI, J.J. (edit.). *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 183-95.