



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

CORPO E LINGUAGEM NA EQUOTERAPIA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA

HELLEN MUNIQUE ALVES

BRASÍLIA
2015



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

CORPO E LINGUAGEM NA EQUOTERAPIA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA

HELLEN MUNIQUE ALVES

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação, da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Neves Legnani

BRASÍLIA
2015

A474c

Alves, Hellen Munique
Corpo e Linguagem na equoterapia: uma leitura
psicanalítica / Hellen Munique Alves; orientador
Viviane Neves Legnani. -- Brasília, 2015.
104 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Educação) --
Universidade de Brasília, 2015.

1. Ensino especial. 2. Psicanálise. 3. Psicologia. 4. Equoterapia. 5.
Psicomotricidade. I.Legnani, Viviane Neves, orient. II. Título.

HELLEN MUNIQUE ALVES

Corpo e linguagem na equoterapia: uma leitura psicanalítica

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação, da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Neves Legnani

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Neves Legnani – UnB (Presidente)

Profa. Dra. Erenice Natália Soares de Carvalho – UCB

Profa. Dra. Fátima Lucília Vidal Rodrigues – UnB

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que fizeram da minha vida um percurso especial. Dedico aos meus praticantes; ao amor das minhas mães Célia Inácio Alves, Cleusa Djanir, Sauria Djane Alves e Marta Contoyannis; aos meus pais: Geraldo Alves Filho, Itaiçi Vasconcelos Sobral, Bruno Alexandre Alves e Demétrius Contoyannis; aos meus irmãos: Kelen Santarém Alves, Mauricio Alves Marques, Mônica Alves, Lucas Contoyannis e Wilson Contoyannis; as minhas filhotinhas: Bubu, Dudu e Fefe; aos amigos: Sergio Tarbes, Karen Felinto, Gianna Rosa, Silvia Dantas, Natasha Pereira e Glauce Dutra; as minhas fiéis parceiras do mestrado: Fernanda Mendes, Elen Santos e Débora Vieira; especialmente ao meu companheiro de vida Galinos Demétrius Contoyannis.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível graças ao apoio e incentivo da Associação Nacional de Equoterapia, na pessoa do presidente Jorge Dornelles Passamani. Agradeço ao apoio da Secretaria de Estado de Educação; a Universidade de Brasília; ao corpo docente da Faculdade de Educação; a generosidade das professoras Fátima Rodrigues e Erenice Carvalho; em especial a minha orientadora Viviane Neves Legnani.

“Deus é espontaneidade. Daí o mandamento: Sê espontâneo!”

Moreno (1997)

RESUMO

A presente dissertação, intitulada – “Corpo e linguagem na equoterapia: uma leitura psicanalítica” – teve como objetivo discutir a relação estabelecida na prática equoterapêutica entre o praticante, o mediador e o cavalo, analisando, a partir da perspectiva psicanalítica, essa prática com sujeitos que apresentam dificuldades subjetivas que interferem nas suas vidas, em particular, nos processos de escolarização, com o intuito de contribuir futuramente na compreensão teórica do processo equoterapêutico. Buscou-se realizar uma leitura do processo terapêutico na equoterapia, à luz de teóricos da psicanálise, a partir de estudos de casos clínicos com sujeitos em atendimento equoterápico com os diagnósticos médicos de Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Transtorno Depressivo. Nesse trabalho, investiga-se como se estabelece a relação terapêutica nesse *setting* com o cavalo, buscando analisar seus efeitos nos atendimentos realizados. Nos três casos percebeu-se que a relação estabelecida entre o praticante e o cavalo apresentava contornos diferentes, relacionados às peculiaridades dos praticantes. As formas relacionais, desenvolvidas por esses sujeitos com o cavalo, a partir da leitura de Winnicott, podem ser pensadas como objeto transicional, brincar terapêutico e fenômeno cultural. A interação com o cavalo constituiu-se como um espaço intermediário significativo para os sujeitos, auxiliando-os na diminuição do seu sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Psicanálise. Equoterapia. Psicomotricidade. Linguagem e Corpo.

ABSTRACT

This dissertation, titled - "Body and language in equine therapy: a psychoanalytic reading" - aimed to discuss the relationship established in equine therapeutic practice between the practitioner, the mediator and the horse, analyzing, from the psychoanalytic perspective, this practice with subjects who have subjective difficulties that interfere in their lives, particularly in education processes in order to contribute in the future theoretical understanding of equine therapeutic process. We attempted to perform a reading of the therapeutic process in equine therapy in the light of theoretical psychoanalysis, from clinical case studies with subjects in compliance with equine therapy Disorder medical diagnosis of Autistic Spectrum Disorder Attention Deficit / Hyperactivity Depressive disorder. In this work it will be to investigate how to establish a therapeutic relationship in this setting with the horse, trying to analyze its effects on the services rendered. In all three cases it was noted that the relationship established between the practitioner and the horse had different contours, related to the peculiarities of practitioners. Relational features developed by these subjects with the horse, from the reading of Winnicott, can be thought of as a transitional object, therapeutic play and cultural phenomenon. The interaction with the horse was constituted as a significant intermediate space for the subjects, helping them to decrease their psychological distress.

Keywords: Psychoanalysis. Equine Therapy. Psychomotor. Language and Body.

LISTA DE SIGLAS

ANDE: Associação Nacional de Equoterapia

RDA: Riding for Disable Association

NARHA: *North American Riding for the Handicapped Association*

SEDF: Secretaria de Estado de Educação

INPI: Instituto Nacional da Propriedade Industrial

IRDI: Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

TDA/H: Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade

TF: Transtorno Funcional

TGD: Transtorno Global do Desenvolvimento

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Síntese dos tipos de Objetos.....	42
QUADRO 2 - Relações estabelecidas entre meio externo x interno.....	46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. REVISÃO TEÓRICA	18
3.1. A Equoterapia	18
3.2. A constituição subjetiva e suas repercussões na construção dos casos clínicos.....	23
3.2.1. Transtorno do espectro autista	27
3.2.2. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade	33
3.2.3. Transtorno depressivo	37
3.3. O sujeito o cavalo e a prática equoterápica	40
4. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	48
5. CASOS CLÍNICOS	51
5.1. Caso Caio.....	51
5.2. Caso Téó.....	56
5.3. Caso Luna	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERENCIAS	76
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
APÊNDICE B – INFORMAÇÃO SOBRE A ANDE.....	85
APÊNDICE C - INSTALAÇÕES FÍSICAS DE UM CENTRO DE EQUOTERAPIA: SUGESTÕES	95
APÊNDICE D- FICHA DE COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA	100
APÊNDICE E - FICHA DE COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	101

1. INTRODUÇÃO

A motivação para esta pesquisa decorre da experiência da pesquisadora como mediadora em equoterapia¹ nas áreas de pedagogia e psicologia e professora em cursos de formação na área.

A equoterapia vem sendo empregada como recurso de intervenção psicológica e pedagógica. No entanto, a fundamentação teórica do processo equoterápico encontra-se ainda em desenvolvimento em diversos campos de conhecimento, os quais buscam esclarecer e explicitar os efeitos e os ganhos com essa prática terapêutica nos níveis neurológicos, motores, pedagógicos e psicológicos.

Apesar de ser usada como recurso psicológico o Conselho Federal de Psicologia ainda não regulamentou tal prática, sendo necessário levantar debates e demonstrar por meio de pesquisas os efeitos desta prática. Oferecer fundamentação teórica psicológica, bem como para as demais áreas que se beneficiam desta prática é imprescindível e urgente.

No século XX foi construído um amplo conhecimento sobre a constituição psíquica na infância, bem como acerca dos impasses que desencadeiam as psicopatologias (sofrimento psíquico) ao longo do processo constitutivo e, conseqüentemente, também na idade adulta.

No atual contexto, mediante a influência da psiquiatria biológica essas dificuldades são denominadas como transtornos. Este olhar redutor padroniza e classifica o comportamento, vendo expressões que escapam do esperado como algo que deve ser curado/extinto. A escola incorporou essa lógica classificatória e demanda vários suportes de especialistas para lidar com a interferência desses supostos transtornos nos processos de aprendizagem.

¹ A palavra equoterapia foi criada pela Associação Nacional de Equoterapia – ANDE BRASIL, sendo registrada no Instituto Nacional da Propriedade Industrial – INPI. A Associação fornece as diretrizes de atendimentos aos centros associados, bem como é responsável nacionalmente pela capacitação de profissionais na área.

Diversas técnicas de intervenção foram criadas e são utilizadas como recursos clínicos e pedagógicos para auxiliar na demanda da escola. A equoterapia é uma dessas estratégias e vem sendo empregada como recurso de intervenção psicológica e pedagógica.

Essa terapêutica atua simultaneamente em vários aspectos do sujeito que a pratica, quais sejam: neuromotor, cognitivo, social e emocional. Deste modo, explica-se a diversidade de conhecimento que a embasa, bem como a interdisciplinaridade dos profissionais que nela atuam. Porém, é imprescindível cautela para que seus objetivos terapêuticos não se percam, motivo pelo qual se mostra necessária uma profunda leitura de cada campo do conhecimento envolvido e a construção de fundamentos sólidos para analisar essa terapêutica.

Essa pesquisa de mestrado insere-se nesse objetivo, qual seja: uma indagação à teoria psicanalítica quanto ao seu fundamento à prática equoterápica. Para tanto, fizemos uma reflexão em torno de conceitos advindos das teorias psicanalíticas para a realização de um debate teórico-prático. Com estudos de caso ilustramos essa discussão. Os sujeitos praticantes de equoterapia desses casos tinham os diagnósticos médicos de Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Transtorno Depressivo.

Transtorno do Espectro Autista é concebido pela psicanálise como Autismo, sendo uma intercorrência na fase inicial da constituição subjetiva, onde, por algum motivo, ocorre uma falha na relação objetal inicial, tendo como consequência dificuldades na relação com o outro e com o meio.

Dentro do ponto de vista da teoria Winnicottiana, o *holding* não foi suficiente para fornecer o cuidado e a segurança necessária para o desenvolvimento primordial do sujeito e a consequência dessa falta de aporte é um tipo de “fechamento” particular da criança em relação ao mundo. (KINGER, 2010)

Sob a ótica da psicanálise, crianças com o diagnóstico médico de Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade apresentam diversas dificuldades para se situar nas relações intersubjetivas e usam o psicomotor de forma excessiva, de modo a compensar tais impasses. Desse modo, tais dificuldades decorrem de um determinado tipo de amarração subjetiva, a qual implica de um modo diferenciado as funções do pensamento, atenção e memória. (LEGNANI, 2003). Essa configuração interfere na autonomia e na capacidade da

criança de se relacionar com o outro, acabando por acarretar vários problemas no processo de escolarização, sendo a equoterapia uma das indicações utilizadas pelas escolas para dirimir essas dificuldades.

Em relação ao Transtorno Depressivo, que hoje apresenta novos contornos e tem alta prevalência, é possível afirmar que esse tipo de sofrimento psíquico parece estar vinculado ao atual modelo social. Uma série de mudanças foi instaurada nas coordenadas sociais, a qual se caracteriza pela diminuição das repressões e opressões, mas, ao mesmo tempo afigura-se como uma excessiva cobrança por ideais inatingíveis tais como: beleza mercadológica, juventude, felicidade e sucesso permanente. Nesse cenário social, o sujeito volta-se mais para seu mundo privado, ensimesmando-se. Assim, temos o aparecimento de inúmeros quadros narcísicos na contemporaneidade, entre estes o denominado Transtorno Depressivo. (LAZZARINI; VIANA, 2010)

A proposição dessa pesquisa é que a equoterapia é uma prática terapêutica lúdica em que o psicomotor se reconfigura e abre uma possibilidade para que a linguagem do sujeito possa se tornar mais eficaz em seu campo relacional. Tem-se também o grande diferencial desta prática que é o movimento tridimensional do cavalo, também conhecido como cinesioterapêutico, o qual reproduz com maestria o caminhar humano, gerando, assim, sensível melhora no controle do próprio corpo do cavaleiro. Além disso, temos ainda o prestígio social em torno do animal, sendo, portanto, um *setting* terapêutico valorizado não só pela criança, como também por seus familiares e sociedade de forma geral.

Por meio de uma pesquisa no campo teórico Winnicottiano delimitou-se os conceitos de *holding*, *de objeto transicional*, *brincar terapêutico* e *fenômeno cultural*, para pensar as relações que esses sujeitos estabelecem na equoterapia. O trabalho teórico-clínico de Esteban Levin também auxiliou no pensar o corpo do sujeito, que se relaciona com o cavalo como desejante, inscrito pelo desejo do Outro em que posturas, atitudes corporais, gestos e movimentos não são uma mera ação motora, mas um ato de linguagem, porque toda a motricidade humana está tomada pelo discurso. (LEVIN, 2011)

O presente trabalho não tem a pretensão de esgotar o tema, tão pouco de ser base teórica do assunto, mas busca contribuir para uma abertura nos debates teóricos e técnicos em relação aos seguintes eixos: discutir as dificuldades subjetivas para além dos aspectos

biológicos, tal como hoje é apresentado pelo discurso médico; pensar as contribuições da psicanálise para a prática terapêutica com o cavalo; discutir sobre os diferenciais da prática equoterápica, a saber: a psicomotricidade envolvida, as relações estabelecidas nesse *setting* diferenciado e a técnica ministrada.

No capítulo 1 será apresentada a introdução e justificativas ao trabalho; no capítulo 2 constam os objetivos; no capítulo 3 a revisão teórica com: 1. Uma revisão bibliográfica a respeito da prática equoterápica situando o leitor quanto à origem e a proposta da técnica; 2. Uma leitura de constituição subjetiva que embasa este trabalho, trazendo a contribuição de alguns teóricos da psicanálise, bem como da prática equoterápica segundo uma perspectiva psicanalítica; 3. A relação da constituição subjetiva e suas repercussões na constituição dos casos clínicos; no capítulo 4 é apresentado os pressupostos metodológicos; No capítulo 5 casos clínicos; no capítulo 6 as considerações finais; e no capítulo 7 as referências bibliográficas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Discutir a relação estabelecida na equoterapia entre o praticante, o mediador e o cavalo, analisando, a partir da perspectiva psicanalítica, essa prática com sujeitos que apresentam dificuldades subjetivas que interferem nas suas vidas, em particular, nos processos de escolarização e que apresentam diferentes tipos de estabelecimento de relações com o cavalo.

2.2. Objetivos Específicos

1. Destacar e refletir sobre as diferenças entre a psicanálise e a psiquiatria acerca de quadros clínicos psicopatológicos apresentados;
2. Refletir acerca da relação entre corpo e linguagem no contexto da equoterapia;
3. Contribuir para a discussão sobre o reconhecimento da equoterapia como prática terapêutica no campo da psicologia.

3. REVISÃO TEÓRICA

3.1. A Equoterapia

O convívio do homem com animais domesticados acompanha a própria história da humanidade. Diversificados objetivos fundamentavam esta relação, desde a caça até relações afetivas. A referência mais remota conhecida entre o homem e o cavalo decorre da mitologia, por intermédio da figura do centauro que, em perfeita simbiose, mistura características humanas e animais, conforme ilustrado nas pinturas rupestres de Lascaux. Assim, os fatos históricos indicam a ligação cultural entre humano e animal em datas anteriores à Cristo. (SEVERO, 2010)

Segundo Bussotil et al (2005), os registros mais remotos da interação entre animais e pacientes tem seu nascedouro na Inglaterra, em 1792. Dessa época em diante, se deu o início do interesse dos pesquisadores e profissionais ligados à saúde, bem como o empreendimento de pesquisas que pudessem comprovar os efeitos e implicações da terapia assistida por animais. Assim, além dos cavalos, verifica-se também a ocorrência de terapia assistida por outros animais, como cachorros, gatos, pássaros e peixes.

No começo do século XX, os ingleses reconheceram a montaria a cavalo como terapia eficaz para inválidos e a utilizaram como tratamento dos soldados feridos durante a primeira guerra mundial. Já em 1950, fisioterapeutas britânicos deram início ao estudo e pesquisa da utilização da base da equitação como alicerce de tratamento para todos os tipos de deficiência, culminando tal processo com a criação da Associação Britânica de Equitação Terapêutica (*Riding For Disable Association – RDA*), em 1969. (SEVERO, 2010)

Em 1965 e 1972, a terapia assistida por cavalos angaria espaço no meio acadêmico e é ministrada como disciplina curricular em *Salpêtrière* e Universidade de Paris *Val-de-Marne*, respectivamente. Já nos Estados Unidos, houve foco no desenvolvimento da equitação terapêutica com a finalidade de tratamento para pessoas com necessidades especiais, sendo utilizada como atividade recreacional, motivacional e educativa. Neste ponto, merece destaque a *NARHA* (Associação Americana de Equoterapia para Deficientes), que agrupou os centros norte-americanos e canadenses de equoterapia com a função de organizar tais instituições e cujo trabalho é consubstanciado pelo desenvolvimento de diretrizes científicas e

de seguridade, promoção de cursos de especialização, orientação e criação de centros de equoterapia com a observância de rigorosos padrões de excelência e qualidade. (SEVERO, 2010).

No Brasil, a Terapia Assistida por Cavalos é conhecida por Equoterapia, palavra criada pela ANDE Brasil e registrada no Instituto Nacional da Propriedade Industrial – INPI. Este é um método de intervenção terapêutica que utiliza a relação com o cavalo, com técnicas de equitação e atividades equestres como recursos para auxiliar no desenvolvimento por meio do movimento tridimensional e de atividades lúdicas. O paciente que utiliza esta terapia é nomeado “praticante”, pois este é sujeito ativo no processo terapêutico.

Atualmente, o Brasil conta com mais de 400 (quatrocentos) centros de equoterapia distribuídos pelo território nacional, sendo sua atividade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como “método médico”. (SEVERO, 2010)

Segundo definição da Associação Nacional de Equoterapia, a equoterapia é:

[...] um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais.

A equoterapia emprega o cavalo como agente promotor de ganhos a nível físico e psíquico. Esta atividade exige a participação do corpo inteiro, contribuindo, assim, para o desenvolvimento da força muscular, relaxamento, conscientização do próprio corpo e aperfeiçoamento da coordenação motora e do equilíbrio.

A interação com o cavalo, incluindo os primeiros contatos, os cuidados preliminares, o ato de montar e o manuseio final desenvolvem, ainda, novas formas de socialização, autoconfiança e autoestima”. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 2015)

A ANDE² Brasil preconiza que a equipe de mediadores nos Centros equoterápicos tenha composição mínima de 01 (um) psicólogo, 01 (um) fisioterapeuta e 01 (um) equitador, mas deve-se buscar a maior variedade possível de profissionais das áreas de educação, saúde e

² As regulamentações da ANDE BRASIL para abertura e funcionamento de Centros de equoterapia constam nos anexos.

equitação. No início dos atendimentos deve ser realizada avaliação médica, fisioterápica e psicológica a fim de constatar a indicação da terapia.

Segundo Freire (1999), a equoterapia proporciona na relação com o cavalo subsídios para o trabalho de aspectos sociais, orgânicos e afetivos, levando a reabilitação global e reintegração social. Para a autora, o aspecto emocional na equoterapia é favorecido pela integração harmônica com o cavalo, propiciando a recuperação de sentimentos de segurança, autoestima, autonomia e adaptação emocional de um modo geral.

Esta terapia é baseada no movimento cinesioterapêutico, uma prática de exercício físico, onde as oscilações e o movimento do cavalo estimulam a melhora do equilíbrio e controle corporal. (FREIRE, 1999). O movimento cinesioterapêutico diz respeito ao balanço e ritmo que este imprime no corpo do cavaleiro. Este movimento tem característica tridimensional, como a marcha humana. Assim, quando se monta um cavalo, o corpo é movimentado para cima e para baixo, para a direita e para a esquerda, para frente e para trás. Outra característica presente na montaria é que o cavaleiro monta junto ao eixo de gravidade do cavalo, tornando-se, com este, uma só unidade, acompanhando seu ritmo, velocidade e potência.

Existem quatro programas de atendimento equoterápico, sendo eles: o programa hipoterapia - indicado quando o praticante não tem condições físicas e/ou mentais para conduzir sozinho -; o programa educação/reeducação - o praticante pode ter algum nível de condução, necessitando menos do auxiliar lateral e do auxiliar guia -; o programa pré-esportivo - o praticante apresenta condições para condução independente do cavalo -; e o programa de Prática Esportiva Paraequestre - o praticante participa de atividades esportivas paraequestres. Os programas visam adequar as atividades à realidade do praticante e ao prognóstico esperado.

São diversos os conhecimentos do universo da equitação utilizados para o desenvolvimento da terapia, dentre eles destaca-se a prática de atividades de penso, encilhamento, volteio, adestramento, enduro e diversos jogos pedagógicos. Além disso, a variação do *setting* terapêutico, dos materiais de encilhamento e das andaduras do cavalo são recursos usados no desenvolvimento da sessão.

Por penso entendem-se as atividades ligadas ao tratamento do cavalo, como limpeza e alimentação. Levar o praticante para este espaço possibilita uma maior aproximação deste com seu animal, passando a reconhecer as características de suas intimidades ‘domésticas’. Neste espaço também se busca a familiarização com os diversos tipos de encilhamento, onde se mostra ao praticante ‘as vestimentas’, ou melhor, os encilhamentos de seu cavalo e a forma de colocá-lo nele.

O volteio terapêutico consubstancia uma prática de exercícios de ginástica nos quais diversas posturas são treinadas em compasso com a movimentação do cavalo, que é rodado na guia longa e movimenta-se em círculos. A técnica de adestramento busca voltar à atenção do cavaleiro para seu cavalo, fazendo-o focar sua atenção, perceber e conduzir seu animal por meio de uma série de atividades. As atividades que se baseiam no enduro buscam a utilização de espaços abertos e a diversidade dos obstáculos que a natureza proporciona como aclives, declives e diferentes tipos de solo.

No planejamento das sessões equoterápicas ainda pode-se usar como recurso a variação do *setting* terapêutico – uso de espaços abertos ou fechados, como picadeiros, redondel, pavilhão das baias, pistas externas... – a variação do material de encilhamento – os diversos materiais de encilhamento provocam sensações diversificadas e possibilitam atividades diferentes; os mais utilizados são: sela de enduro, sela inglesa, sela australiana, sela infantil e manta. – as andaduras do cavalo – o passo, o trote e o galope. – e as amplitudes do passo.

No Brasil, a Associação Nacional de Equoterapia - ANDE BRASIL, orienta, coordena e fiscaliza a criação de novos centros equoterápicos, bem como promove pesquisa e extensão e define as regras que as instituições terão que seguir. Além das atividades de orientação, coordenação, fiscalização pesquisa e extensão realizadas em território nacional, a Associação Nacional de Equoterapia também desenvolve atividades de atendimento equoterápico em sua sede, no Centro Básico de Equoterapia General Carracho – CBEGC, localizado na cidade satélite Granja do Torto, no Distrito Federal.

A equipe de atendimento equoterápico que atua no Centro Básico de Equoterapia General Carracho – CBEGC tem caráter interdisciplinar, conta com profissionais de diversas áreas da saúde e da educação que trabalham conjuntamente, direta ou indiretamente, nos casos

do centro. O grupo promove coordenações coletivas semanais, onde debatem sobre o andamento dos casos e todos os profissionais opinam sobre o planejamento. Apesar de a equipe ser interdisciplinar e das coordenações que promovem o diálogo entre as diversas áreas de formação, o praticante tem estabelecido um mediador responsável pelo atendimento e, quando necessário, um auxiliar lateral.

3.2. A constituição subjetiva e suas repercussões na construção dos casos clínicos

Nesse capítulo abordaremos três quadros clínicos com alta incidência na contemporaneidade que são: Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Transtorno Depressivo; demonstrando como são analisados pela psiquiatria e pela psicanálise, campos de conhecimentos com visões antagônicas sobre o sofrimento psíquico, as construções diagnósticas e intervenções terapêuticas. A psiquiatria e algumas correntes da psicologia trabalham com a noção de transtorno, enquanto a psicanálise trabalha com o sintoma do sujeito.

O histórico da psicopatologia iniciou-se na Alemanha com a psiquiatria e colocou-se como método e disciplina na França no início do século XX. Nessa mesma época, Sigmund Freud, ao colocar seu foco no inconsciente, dissemina a psicanálise redimensionando o enfoque psicopatológico, pois sua contribuição ultrapassa campo fenomênico-descritivo da psiquiatria e da psicopatologia geral “indo da descrição à dinâmica; do fenômeno à estrutura” (FIGUEIREDO 2004, p 76). Com enfoques totalmente diferentes, desde então, até hoje esses campos de conhecimento expõem e analisam com visões antagônicas as problemáticas que envolvem o sofrimento psíquico.

Para a psicanálise, o sintoma conta, diz, comunica, enquanto o transtorno para a psiquiatria é algo que está fora da ordem, causando incômodo. Assim, o ideário do “transtorno” generaliza o humano, enquanto que o sintoma diz da singularidade. A etimologia da palavra transtorno remete a algo imprevisto e desfavorável, mas quem é o incomodado? O sujeito ou a sociedade, o paciente ou o terapeuta?

A noção de transtorno indica um estilo de tratamento diferente daquele indicado pela noção de sintoma. Podemos mesmo dizer que a noção de transtorno implica não um estilo da clínica, mas um estilo educacional/instrumental que, quando passado à clínica, torna-se brutalização porque esse estilo desconsidera que a clínica é uma prática aberta ao singular do sintoma que não pode ser fechada à noção de sujeito. (CALAZANS; MARTINS, 2007 p. 153)

A medicalização, apoiada na noção de transtorno, define-se por tornar médicas questões não médicas, ou seja, de ordens subjetivas, culturais, sociais e econômicas. Assim, é a redução do sofrimento psíquico derivado de diversas possibilidades a um problema orgânico, cuja terapêutica é sempre prescrever um fármaco regulador da bioquímica cerebral.

Ao trazer o histórico das classificações psiquiátricas, Guarido (2007) indica que ao longo dos últimos cinquenta anos as propostas diagnósticas descritivas constituíram-se como a forma majoritária para se propor uma intervenção terapêutica. A versão de 1980 do DSM ainda trouxe a influência da psicanálise e da psiquiatria social comunitária nos fundamentos diagnósticos. As versões posteriores afastaram gradativamente a dimensão do sentido e causalidade dos quadros psiquiátricos e passaram a valorizar a objetivação baseada em experimentos. A versão do DSM III rompe com a psiquiatria clássica, trazendo os quadros psicopatológicos como transtornos mentais diagnosticados pela presença de determinados números de sintomas listados e que estejam presentes durante um tempo determinado.

De forma concomitante com o exposto anteriormente, desde a primeira sintetização dos medicamentos psicotrópicos na década de 50 do século passado houve um investimento financeiro massivo em pesquisas psicofarmacológicas (GUARIDO, 2007). Investimento que abriu um ciclo de interesses econômicos, os quais tem como aliado essa visão médica, mesmo sendo altamente questionáveis os benefícios de alguns compostos químicos.

Legnani e Almeida (2008) debatem que por trás deste cenário há uma tentativa de manutenção de um projeto político, econômico e social. As autoras também tecem críticas às versões do DSM III e IV destacando que se apresentam como atóricos e operacionais, com o intuito de não levantar controvérsias. Este fato levou a retirada das contribuições das teorias da subjetividade que estavam presentes nos manuais anteriores. Tal objetividade, pautada em um cientificismo controverso, evidencia a concepção de que a única explicação válida para as psicopatologias é a que reduz o sujeito a meros estímulos neurofisiológicos passíveis de serem reordenados com o auxílio dos fármacos.

O DSM-V (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) publicado em 18 de maio de 2013 substituiu o DSM-IV (AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION, 1995). Araújo e Neto (2013) fizeram uma análise das principais mudanças apresentadas no

DSM-V. Segundo os autores, as principais mudanças nos casos clínicos que este estudo se refere, foram:

“Transtornos globais do desenvolvimento”, que incluíam o Autismo, Transtorno desintegrativo da infância e as Síndromes de Asperger e Rett, foram absorvidos por um único diagnóstico, “Transtornos da gama do autismo”. A mudança refletiu a visão científica de que aqueles transtornos são na verdade uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: Déficit na comunicação e interação social; Padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos. [...]

Os critérios para o diagnóstico de “Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” (TDA/H) são bastante similares aos do antigo manual. O DSM-V manteve a mesma lista de dezoito sintomas divididos entre desatenção e hiperatividade/ impulsividade. Os subtipos do transtorno foram substituídos por especificadores com o mesmo nome. Indivíduos disso, o DSM-V permitiu que o TDA/H e os Transtornos da Gama do Autismo sejam diagnosticados como transtornos comórbidos. [...]

O capítulo dos “Transtornos depressivos” ganhou novos diagnósticos no DSM-V, levantando discussões sobre a “patologização” de reações normais e a superestimativa do número de casos de depressão. O “Transtorno Disruptivo de Desregulação teve como um dos pontos de maior polêmica, no que diz respeito à depressão, a retirada do luto como critério de exclusão do Transtorno Depressivo Maior. No DSM-V é possível aplicar esse diagnóstico mesmo àqueles que passaram pela perda de um ente querido há menos de dois anos. (ARAÚJO; NETO, 2013, p. 101 à 105).

Em síntese, atualmente é possível afirmar que já existe uma contraposição significativa fomentada com críticas consistentes em relação a essa visão naturalista/biológica do psiquismo humano, bem como sobre a terapêutica medicamentosa excessiva. No entanto, o tratamento do adoecimento do sofrimento psíquico proposto pela psiquiatria contemporânea, articula-se muito bem com a mídia, que é uma grande difusora da suposta eficácia dos tratamentos medicamentosos e, com isso, instaura-se uma verdadeira espiral de interesses econômicos que envolvem consultórios médicos, laboratórios de fármacos e mídia que é demasiadamente difícil romper.

Espiral que provoca a anulação do sujeito, tanto sustentada pelo uso difuso de medicações como, muitas vezes também por psicoterapias comportamentais/cognitivas e outras do campo psicológico, quando estas se coadunam a lógica de que a complexidade do sofrimento do sujeito humano pode ser analisada mediante uma lista de sintomas, tal como

propõe os manuais de psiquiatria. Feitas essas críticas à psiquiatria biológica, discutiremos a seguir como as dificuldades subjetivas se inscrevem sob as óticas da psiquiatria e psicanálise, em relação às categorias diagnósticas apresentadas na pesquisa.

3.2.1. Transtorno do espectro autista

Os casos de autismo aparecem com muita frequência na prática clínica da equoterapia. Trata-se de um quadro em que o sujeito tem séria dificuldade em lidar com a demanda do Outro, levando-o a valer-se de estratégias de mutismo ou estereotípias para verbalizar e afirmar sua posição subjetiva. O Outro para o autista é enigmático e não falar é um modo de proteger-se do enigma do desejo do Outro, diante desse outro que o representa na interlocução.

Apesar de várias pesquisas apontarem que existem questões neuroquímicas envolvidas no quadro, ainda não foi estabelecido empiricamente como concorrem as questões orgânicas nessa patologia.

As classificações da CID 10 (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) e do DSM V (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) a respeito dos Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD destacam que:

Segundo a CID 10, são nomeados como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento - TID, classificação F84 – “Esse grupo de transtorno é caracterizado por anormalidades qualitativas em interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Essas anormalidades qualitativas são um aspecto invasivo do funcionamento do indivíduo em todas as situações, embora possam variar em grau. Na maioria dos casos, o desenvolvimento é anormal desde a infância e, com apenas poucas exceções, as condições se manifestam nos primeiros 5 anos de vida. É usual, mas não invariável, haver algum grau de comprometimento cognitivo, mas os transtornos são definidos em termos de *comportamento* que é desviado em relação à idade mental (seja o indivíduo retardado ou não).” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 246 e 247).

Segundo o DSM V, Transtorno do Espectro Autista – 299.00 – Critérios diagnósticos: A – prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social; B- padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; C- sintomas presentes precocemente no desenvolvimento; D- os sintomas causam prejuízo significativo no funcionamento social; E- Perturbações não são melhores explicadas por deficiência intelectual ou por atraso global do desenvolvimento. São estabelecidos 3 níveis de gravidade: Nível 1- Exigindo apoio; Nível 2- Exigindo apoio substancial; Nível 3 – Exigindo apoio muito substancial. Fatores de risco: ambientais- “uma gama de fatores de risco inespecíficos, como idade parental avançada, baixo peso ao nascer ou exposição fetal a

ácido valproico, pode contribuir para o risco de transtorno do espectro autista”; Genéticos e fisiológicos – “Estimativas de herdabilidade para transtorno do espectro autista variam 37% até mais de 90%, com base em taxas de concordância entre gêmeos. Atualmente, até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variações no número de cópias de novo ou mutações de novo em genes específicos associados ao transtorno do espectro autista está associado a uma mutação genética conhecida, não parece haver penetrância completa. O risco para o restante dos casos parece ser poligênico, possivelmente com centenas de loci genéticos fazendo contribuições relativamente pequenas”. (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014, p. 50 a 59)

Assim, a visão médica sobre o autismo descreve-o como um transtorno invasivo do desenvolvimento com etiologia indefinida, tratando-se de um distúrbio complexo e heterogêneo que varia em graus de intensidade. Várias regiões cerebrais podem estar envolvidas no desenvolvimento do quadro, porém anormalidades celulares e metabólicas são desconhecidas. O entendimento do transtorno necessita de investigações e integração de conceitos, achados genéticos, avanços na neurociência cognitiva e observações clínicas (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008).

Inserindo sua visão sobre essa problemática no campo psicanalítico, Araújo (2003) propõe, a partir da teoria de Winnicott, que o autismo pode ser pensado como uma interrupção do amadurecimento na fase de absoluta dependência, que seria causada por falhas ambientais. Interrupção geradora de uma agonia em que o pequeno sujeito produz defesas para evitar reviver este sentimento, ou seja, para Winnicott a relação ambiente-sujeito está tanto na base dos processos de constituição subjetiva, como do surgimento das doenças psíquicas, entre elas também o autismo.

O psicanalista inglês classifica o autismo dentro do campo da psicose e aponta que este teria características da esquizofrenia infantil. Para o autor a psicose é: “uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva” (WINNICOTT 1974, p. 72). Assim, no autismo ocorre uma tentativa de se proteger da vivência da agonia impensável, uma organização patológica de defesa, produzida pela falha ou invasão do ambiente.

Dessa forma, denota o uso mais primitivo de defesa: o isolamento, já que as intercorrências ocorrem em um estado muito primitivo da constituição do eu, sendo que esse recurso impossibilita o desenvolvimento de outros mecanismos de defesa mais adequados

para relacionar com o Outro. Sem anteparo psíquico, a criança se encerra sempre que se vê ameaçada pela angústia, por isso, fecha-se diante de indivíduos ou situações ambientais estranhas à ela, colocando em ação respostas reativas e não interativas, não espontâneas.

Segundo Winnicott, a mãe também sofre de um sentimento de desamparo, “a mãe é tanto o bebê quanto ela própria” e ela “pode ficar aterrorizada com isto” (WINNICOTT 1987, p. 96); ela sente-se regredida, imatura, necessitando da sustentação externa para conseguir exercer seu papel. É necessário, portanto, um suporte afetivo para esta mãe, vindo da função paterna. Quando há uma falha na sustentação externa, a mãe não consegue ser suficientemente boa.

Em um ambiente em que se sente amparado o bebê vai alternado momentos de tranquilidade e impulsividade, adquirindo senso de realidade e distinguindo a realidade interna da externa, percebendo-se seu eu separado do não-eu materno. (ARAÚJO, 2003). É importante ressaltar que mesmo em condições seguras, as perturbações do ambiente ocorrem, mas dentro da capacidade do bebê em lidar com elas, não interrompendo o amadurecimento e até mesmo sendo importantes para que ele consiga desenvolver recursos de defesa.

O autor Araújo esclarece a respeito da teoria do amadurecimento pessoal:

Assim, de acordo com a teoria do amadurecimento pessoal, o ser humano parte de um estado de não integração inicial, com tendências herdadas para o amadurecimento e vai precisar de outro ser humano para isso acontecer. Ele vai precisar de uma mãe-ambiente que se identifique com ele e o ajude a integrar-se, ou seja, perceber-se no tempo e no espaço, reconhecer-se em seu corpo e na realidade, permitindo que ele viva uma experiência de onipotência que é importante, no início, para afastar a ameaça de falta de controle sobre o que se apresenta. A mãe, nessa fase, será um objeto subjetivo e será parte do bebê [...] (ARAÚJO, 2003, p. 41)

O conflito afetivo é uma condição natural no desenvolvimento humano, sendo fundamental na construção da identidade. Amar e odiar o mesmo objeto provoca um sentimento de contrariedade que deve ser regulado e se espera que a capacidade em lidar com essas emoções irá se desenvolver-se naturalmente (BOWLBY, 2006).

O sujeito que apresenta autoconfiança rebaixada tende a apresentar dificuldades na resolução de conflitos rotineiros, em realizar escolhas e apresentar comportamentos de retraimento ou agressividade (BOWLBY, 2006)

O desejo está amplamente implicado nos processos de escolha, de criatividade, autonomia e autoconfiança. Reconhecer-se em sua subjetividade conseguindo perceber-se como sujeito é um processo conflituoso e necessário ao desenvolvimento (WINNICOTT, 1975).

Em suma, a fase inicial do amadurecimento do bebê está intimamente relacionada com os estados emocionais da mãe e quando algo opera como um curto circuito subjetivo nessa relação, mecanismos de defesa promovem reações que interrompem o desenvolvimento. Assim, o ambiente favorável para o bebê depende muito do exercício da função materna, mas também do ambiente externo à mãe, do exercício da função paterna. A mãe necessita de um ambiente estável que lhe ofereça segurança (ARAÚJO, 2003).

É importante ressaltar que existe muita controvérsia sobre a forma como a psicanálise aborda a configuração desse quadro, pois se alega que nessa concepção teórica haveria uma culpabilização dos pais em relação ao problema da criança. No entanto, isso é uma visão equivocada, uma vez que as razões dessa falha ambiental não se inscrevem no campo afetivo ou consciente. Assim, são conteúdos inconscientes que dificultam a relação dos pais com o bebê e sobre isso não há controle.

Há muitas causas inconscientes para que existam, por parte da mãe, sentimentos negativos e contraditórios em relação ao bebê, como, por exemplo, o fato de ele não ser o filho imaginado, o risco de vida na gestação e no parto e as interferências que a existência do filho recém nascido causa em sua vida particular. Também o pai pode nutrir esses sentimentos conflitantes, como ciúmes e rivalidade.

Esses sentimentos acumulados com pressão que advém da excessiva idealização sobre o amor parental em nossa cultura pode ocasionar uma pane subjetiva no processo de filiação simbólica do filho. Por isso, a rede de apoio (avós, irmãos, etc.) deve estar preparada para oferecer sustentação os pais, sendo fundamental a detecção precoce do problema para que essa família nuclear seja apoiada em sua função.

Araújo (2003, p. 49) coloca que “É importante compreender que, sendo possível a conscientização das falhas e sua pronta reparação, as relações podem se alterar e condições desfavoráveis podem se reverter.” Encobrir o problema impede que a mãe ou o pai consigam desenvolver a capacidade de lidar com sentimentos intoleráveis e ambivalentes nos exercícios da função materna e paterna.

A detecção precoce do autismo também é discutida por vários estudiosos que se inserem em uma perspectiva lacaniana. Destaca-se aqui o protocolo IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil - desenvolvido entre os anos de 2000 e 2008 por equipe de especialistas coordenados pela professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: Maria Cristina Machado Kupfer. A pesquisa foi realizada a pedido do Ministério da Saúde e se norteou em pressupostos teóricos psicanalíticos sobre a constituição psíquica de crianças com até 36 meses. Os pesquisadores desenvolveram e validaram 31 indicadores clínicos para a detecção de sinais iniciais de problemas psíquicos do desenvolvimento infantil observáveis nos primeiros 18 meses de vida. A proposta é que o IRDI possa ser incorporado, de modo a servir de apoio a prática pediátrica e dos demais profissionais da atenção básica nas consultas de puericultura. Foram listados 31 indicadores de saúde, que expressam situações favoráveis ao desenvolvimento do bebê. A ausência de um ou mais indicadores pode sinalizar problemas de desenvolvimento (KUPFER, 2012).

Os pesquisadores desse campo teórico da psicanálise também trazem uma contribuição importante sobre a prática clínica com crianças em que o autismo já está instalado. Nessas circunstâncias caberia ao analista apostar no surgimento do sujeito. Calazans e Martins (2007, p. 151) apontam que:

[...] assim como o sujeito neurótico está em seu sintoma, existindo nele, o sujeito autista está em sua loucura, em nenhum outro lugar. Desfazer-se da loucura, minimizando-a através do que for, significa, portanto, desfazer-se do sujeito autista. [...] O objetivo desta prática é não se fazer de mestre para o autista, não conformá-lo (e conformar-se) com um saber sobre ele. Demitir-se do lugar de saber tem como consequência o deslocamento deste para o próprio autista e a isso se segue a aposta de que algo próprio do sujeito possa aparecer. Assim, o psicanalista, ou qualquer outro profissional da equipe, se dispõe a acompanhar o sujeito naquilo que ele faz, seja o que for, aliando-se a ele como um secretário, uma testemunha do trabalho que ele realiza.

Segundo os autores, tendo essa “parceria estabelecida, torna-se possível introduzir nesse trabalho uma diferença, uma quebra ou mudança nas repetições severas, cujo efeito é o surgimento de uma fala endereçada, um pedido, um olhar ou qualquer movimento de abertura ao Outro” (CALAZANS; MATINS, 2007, p. 152).

3.2.2. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade

Crianças com o diagnóstico médico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) também são frequentemente encaminhadas para a equoterapia. É recorrente a medicalização na escola e o uso dos diagnósticos descritivos médicos que se articulam a esse fenômeno. A hiperatividade atualmente é apresentada como algo recente pela psiquiatria e neurologia como um achado resultante de pesquisas avançadas das neurociências, mas a nomeação de instabilidade psicomotora já foi discutida por D. Winnicott, M. Mannoni, e H. Wallon, os quais descreveram tais sintomas sob as óticas de suas teorias.

Analisando as classificações da CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) e do DSM IV (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) a respeito dos Transtornos Hipercinéticos ou TDA/H temos que:

Segundo o CID 10, são nomeados como Transtornos Hipercinéticos, classificação F90 - perturbação da atividade e atenção, tem seu início precoce, nos primeiros 5 anos de vida, apresentando uma combinação de comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas, além de falta de persistência em atividades que requeiram envolvimento cognitivo e uma tendência a mudar de atividade de uma para outra, sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva, desorganizada e mal controlada (SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL, 1993, p. 256 a 259).

Segundo a DSM V, o TDA/H é caracterizado por um padrão de comportamento, presente em vários espaços, que podem resultar em problemas de desempenho em ambientes diversos. Os sintomas vão ser divididos em duas categorias de desatenção e hiperatividade e impulsividade. As crianças devem ter pelo menos seis sintomas de um ou outro (ou ambos) o grupo, enquanto que os adolescentes mais velhos e adultos devem apresentar-se com cinco. Vários dos sintomas de TDAH do indivíduo deve estar presente antes da idade de 12 anos (ARAÚJO; NETO, 2013).

A visão médica atual vê o TDA/H como um transtorno universal e relativamente crônico. Segundo alegam, os avanços nos critérios diagnósticos no TDAH trouxeram mais precisão na especificação dos sintomas. Do ponto de vista da etiologia, em pesquisas com

neuroimagem foram isoladas regiões cerebrais responsáveis pelo transtorno. Também tecem explicações destacando a hereditariedade e genética, além de outros riscos neurológicos e de toxinas ambientais (BARCKLEY; COLS, 2006).

Mesmo com o formato operacional do diagnóstico proposto pelo DSM V (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), há grandes dificuldades em realizar o diagnóstico do TDA/H, uma vez que os equívocos e dúvidas persistem devido a não existência de disfunção neurológica/cognitiva passível de ser comprovada em exames, mesmo os mais sofisticados, ou seja, a não existência desse comprometimento cerebral é utilizado para descartar outras doenças e não para respaldar a disfunção.

Portanto, apesar de pesquisas neurofisiológicas apontarem indícios de que o TDA/H tem origem em alterações / disfunções do funcionamento do cérebro, não há evidências conclusivas de que há uma disfunção neurofisiológica para o TDA/H (LEGNANI, 2012). Além disso, as informações a respeito da criança diferem de acordo com a visão do agente fornecedor adulto que lista os sintomas para o médico (LEGNANI; ALMEIDA, 2008).

Analisando a história do transtorno, desde o início do século XX, percebe-se que aparecem as primeiras descrições médicas do TDA/H, sendo intensificado o diagnóstico na década de 1970. Inicialmente, por volta dos anos de 1940, o termo que descrevia os sintomas do TDA/H era “Lesão Cerebral Mínima – LCM”; que foi modificado para “Disfunção Cerebral Mínima – DCM” devido a ausência de comprovação empíricas de lesão cerebral (LEGNANI; ALMEIDA, 2008).

Com o foco nessa perspectiva história e articulando tais sintomas com o contexto contemporâneo, a psicanálise propõe uma análise diagnóstica dessa problemática analisando “os conteúdos específicos de uma história singular com os traços do universal que sobressaem da construção discursiva de cada um” (LEGNANI, 2012, p. 310). Ou seja, haveria algumas coordenadas sociais que provocam o aumento desses quadros como, por exemplo, o declínio da função paterna no contexto atual, mas isso terá implicações singulares tanto na configuração subjetiva da criança quanto na dinâmica familiar.

A suposição é que as alterações que aparecem nos exames de neuroimagem do funcionamento cognitivo da criança não são as causas originárias do TDA/H, mas consequências do posicionamento subjetivo da criança. Assim:

[...] o aparato biológico é totalmente transformado pela linguagem e pela cultura durante a constituição do sujeito. Assim sendo, não se trata de negar a presença do orgânico nessa problemática, mas, sim, de repensá-la, pois o sistema simbólico a modifica à medida que perpassa, tanto o orgânico quanto o psiquismo. Ou seja, a forma em que as sinapses são atravessadas pela aprendizagem (dimensão simbólica), possibilita-lhes diferentes configurações (LEGNANI, 2012, p. 317).

A autora considera que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDA/H é uma “problemática nas funções da atenção, linguagem e motricidade, as quais estão articuladas e dependem da posição subjetiva do sujeito. Nessa visão, o TDA/H pode ser pensado como um sintoma que se endereça, como uma mensagem, ao Outro” (LEGNANI, 2012, p. 307).

Thevenot e Metz (2007) destacam que essas análises complexas e multidimensionais do sujeito e de sua problemática ao serem colocadas em xeque pela psiquiatria tornam nula a positividade da função do sintoma:

[...] o sintoma produzido constituindo a expressão de um conflito inconsciente. [...] Segundo a abordagem psicanalítica, as “desordens” do comportamento não são “transtornos” no sentido de uma doença caracterizada, mas podem ser formações do inconsciente. [...] Contrariamente à abordagem comportamental, o sintoma aqui é uma modalidade de expressão do sujeito. Suprimir o sintoma de uma só vez faz com que sua mensagem não seja escutada (THEVENOT e METZ, 2007, p. 51).

As escolas, como já colocado, fizeram uma grande adesão ao ideário do TDA/H como uma doença neurológica e repercutem esse diagnóstico para cada criança que apresenta uma agitação psicomotora em sala. São os educadores que normalmente convocam as famílias para fazer encaminhamentos para os médicos. Sendo que a forma como o DSM objetiva tal

“doença” diminui o sentimento de culpa dos pais sobre as dificuldades da criança, resultando desse fato a grande aceitação do diagnóstico médico.

No entanto, Thevenot e Metz (2007) demonstram em sua pesquisa que não há relato do diagnóstico ter resolvido os problemas dessas crianças, apesar do uso dos medicamentos que deixam as crianças mais atentas, elas continuam com dificuldades. Legnani e Almeida (2008) advertem sobre outra questão: crianças medicadas precocemente podem vir a acreditar que os fármacos resolvem e resolverão suas dificuldades e, assim sendo, “Tal atitude não permite escolhas e opções que possibilitem à criança criar mecanismos próprios de participação pró-ativa, com implicações para a sua vida adulta, na reversão de suas angústias, problemas e dificuldades” (LEGNANI; ALMEIDA, 2008, p. 11).

3.2.3. Transtorno depressivo

No que tange ao Transtorno Depressivo, também há significativa diferença entre a psiquiatria e a psicanálise para abordar, analisar e intervir sobre esse problema. A psiquiatria busca a compreensão a partir do aparato biológico, com uma explicação causal, enquanto a psicanálise baseia-se para além da classificação, com o olhar sobre a singularidade do sujeito, seus conflitos psíquicos e suas vivências subjetivas.

Analisando as classificações da CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) e do DSM V (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) a respeito dos Transtornos de Humor temos que:

Segundo a CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), são nomeados como Transtornos de Humor – episódio depressivo, classificação F32 – “Nestes transtornos, a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto, usualmente para a depressão (com ou sem ansiedade associada) ou elação. Essa alteração do humor é normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade e a maioria dos sintomas é secundária ou facilmente compreendida no contexto de tais alterações. (...) Em episódios depressivos típicos, (..), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços penos leves é comum” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 117 a 120).

Segundo o DSM V, Transtornos Depressivos – “A característica comum destes transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida” (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014, p. 155 a 188).

Segundo Flecka et al (2003, p. 115) a depressão é “uma condição médica comum, crônica e recorrente” que limita o bem-estar. Ao falar da depressão a partir da visão médica, Texeira (2005) enfatiza o déficit ou insuficiência orgânica, destacando a causa do transtorno como uma disfunção neuroquímica. As estratégias terapêuticas são farmacológicas visando à regulação de neurotransmissores, sendo o diagnóstico sempre baseado na enumeração de sintomas e na descrição da síndrome. O tratamento preconiza o fim do sofrimento psíquico

não sendo levado em consideração da história de vida do sujeito e possibilidades de que possa encontrar caminhos alternativos para elaborar seu estado de tristeza e luto pelas perdas.

Do ponto de vista da psicanálise, pensar o sofrimento psíquico que comparece nos quadros depressivos significa pensar os novos contornos dos processos de subjetivação em nosso contexto, sendo que é nessa articulação que residiria a crescente demanda clínica dos casos de depressão. Isto é, essa organização subjetiva parece estar relacionada com o atual modelo social, repleto de idealizações, hedonismo e metas inalcançáveis. Essa visão favorece com que o sujeito se volte mais para seu mundo individualizado por se sentir aquém do ideal, como um fracassado ou desajustado. Assim, temos o aumento de neuroses narcísicas, Lazzarini e Viana relatam que:

[...] ocorrência de um progressivo deslocamento dos quadros neuróticos clássicos para as patologias do narcisismo. Diagnósticos cada vez mais frequentes de depressão, drogadição, anorexia, bulimia e síndromes mais complexas constituem reflexos de uma cultura que passa por momentos de indefinição e mudança com relação a valores sociais rompendo com aspectos que eram considerados primordiais desde tempos anteriores. [...] As subjetividades contemporâneas refletem certo grau de fragmentação do sujeito e consequências desse processo sobressaem em seu sofrimento psíquico que ganha novos contornos (LAZZARINI ; VIANA, 2010, p. 269).

Conforme os autores, o sofrimento subjetivo apresentado mostra um sujeito com perturbações vagas, sentimentos de vazio, dificuldade em sentir coisas e pessoas. A psicanálise enfatiza ainda que o luto é um estado normal, que ocorre diante das perdas objetais e que possibilita a estruturação do sujeito. A depressão está inserida nesse quadro, sendo uma característica comum ao humano e não um adoecimento.

Já a melancolia é outra condição psíquica: nesses casos há um aprofundamento da depressão, do sentimento de menos valia. Assim, ao longo da vida do sujeito essa presença do objeto é impeditiva dos lutos que cabem aos sujeitos fazerem ao longo da vida, sendo esse acúmulo de perdas não equacionadas a causa de um sofrimento intenso (MONTEIRO; LAGE, 2007).

Freud (1985), no texto *'Luto e melancolia'*, diz que a principal diferença entre luto e melancolia é que no luto sabe-se qual é o objeto perdido e é por ele que se sofre até que o ego

consiga fazer um novo direcionamento das forças pulsionais para novos objetos, enquanto que na melancolia essa perda objetual não se concretiza e incide sobre o ego, levando-o a um progressivo empobrecimento narcísico em função do impedimento em novos investimentos libidinais.

Lazzarini e Viana (2010) esclarecem que nos sujeitos melancólicos as falhas na constituição indicam dificuldades na passagem da condição narcísica para a edípica, gerando um movimento do eu para si próprio, sendo o próprio sujeito objeto de seu investimento, mesmo que se desestime o tempo todo. No entanto, esses casos não têm alta prevalência, o que se tem com demanda nos consultórios médicos é a depressão que é indicativa de um estado de crise, de conflito, um mecanismo de auto regulação da vida psíquica em sua relação com o contexto social.

3.3. O sujeito o cavalo e a prática equoterápica

Após destacarmos as diferenças da psicanálise e da psiquiatria para se analisar, diagnosticar e tratar sofrimentos psíquicos frequentes na atualidade, neste capítulo vamos discutir os resultados da prática equoterápica junto aqueles que lidam com essas dificuldades subjetivas. Para tanto, precisamos compreender o praticante enquanto sujeito e para isso é necessário pensar sobre o processo de constituição subjetiva e seus impasses, os quais causam tais dificuldades, sendo singularizadas, assim, as vivências de cada um.

Do ponto de vista da psicanálise, o Eu e o corpo simbolizado são instâncias que só existem a partir das experiências com o Outro materno (objeto primordial). É este Outro que nomeia e permite o nascimento do corpo simbólico do sujeito e de seu Eu. É na relação que ocorre no exercício da função materna com o bebê que se estabelece a segurança necessária para suportar a fome e o desconforto emocional e é também a qualidade dessa relação que oferece a noção de que a separação do corpo materno pode resultar em outras gratificações externas (LAZZARINI, 2006).

A perspectiva de D. Winnicott (1985), ao apresentar sua teoria acerca da constituição subjetiva, destaca a importância do cuidador na constituição subjetiva do bebê e atribui ênfase aos cuidados maternos. Segundo postula, o sujeito se constitui a partir da provisão ambiental em que é inserido, assim, a criança deve receber com qualidade o amparo do cuidador inicial, o que o autor nomeia de ‘mãe suficientemente boa’. Este cuidar, que normalmente é assumido pela mãe ou por alguém que ocupe essa função, deve prever as necessidades do bebê e progressivamente diminuir esse amparo para que haja o amadurecimento do sujeito. “A ‘mãe suficientemente boa’ é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração” (WINNICOTT, 1975, p. 25).

Segundo Oliveira (2006), Winnicott utiliza o termo *holding* para falar acerca da sustentação que é a provisão ambiental para a criança. Isso lhe possibilitará um acúmulo de recordações do cuidado e o desenvolvimento da confiança que serão importantes para estar no

mundo, pois esse *holding* primitivo exerce diferentes funções durante a vida do sujeito, não perdendo sua relevância ao longo da vida, já que sustentação e reconhecimento são elementos imprescindíveis do contínuo processo de subjetivação (OLIVEIRA, 2006).

Durante o trajeto na relação primordial ocorrem diversas experiências que possibilitam o desenvolvimento do sujeito. Os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios da ilusão para a criança lidar com a angústia da separação da mãe. Tal ilusão inicia-se quando a mãe cria as condições para que o bebê imagine que o seio e ele são um só. Assim, por meio do pensamento mágico a criança supõe ser capaz de controlá-lo.

Neste momento, o bebê é onipotente, soberano, mas, aos poucos, cabe à mãe proporcionar as experiências de frustrações, trazendo gradativamente a realidade da separação. Nessa transição, são exemplos de fenômenos transicionais a manipulação do seio materno, o sugar do dedo polegar, o levar o cobertor à boca, os movimentos bucais associados a sons, dentre outros. Até que o bebê passe a direcionar sua ação a algum objeto específico, isto é, elege um objeto dentro da ação dos fenômenos transicionais para apaziguar sua ansiedade pela perda da onipotência inicial. Este objeto passa a exercer uma relação que Winnicott chama de objeto transicional. Por objeto transicional Winnicott compreende a relação que o bebê estabelece com a realidade do não-eu (WINNICOTT, 1975).

O nome dado ao objeto transicional é significativo para o bebê, assim como sua forma e apresentação. O objeto transicional assume uma importância maior que a própria mãe, sendo inseparável para o bebê. Não é um objeto, um conceito mental, nem um objeto externo ao bebê, trata-se de uma possessão. (WINNICOTT, 1975). O bebê assume direitos sobre o objeto e este é afetuosamente acariciado, bem como amado e mutilado. Ele nunca deve mudar, a menos que seja mudado pelo próprio bebê. Deve sobreviver ao amor instintual e ao ódio da criança também. Contudo, deve parecer ao bebê que lhe dá calor que se move, ou seja, que lhe pareça mostrar que tem vitalidade ou realidade própria.

Seu destino é que seja gradativamente desinvestido, de maneira que, com o curso dos anos, torne-se relegado ao limbo. O objeto transicional não vai pra dentro e o sentimento a seu respeito necessariamente sofre a ação do recalque. Na verdade, ele perde o significado e isso se deve ao fato que “os fenômenos transicionais se tornaram difusos, espalharam-se por todo o território intermediário entre a realidade psíquica interna e o mundo externo, tal como

percebido por duas pessoas em comum, isto é, por todo o campo cultural” (WINNICOTT, 1975, p. 18-19).

Analisando e relacionando as características apontadas por Winnicott a respeito dos predicados do objeto transicional, percebemos que o cavalo, dentro do processo equoterapêutico pode cumprir essa função.

Os objetos transicionais, que representam a primeira possessão não eu, permitem que o simbolismo entre em cena e com ele a ilusão que ameniza a angustia da criança. Há uma evolução do brincar sensório motor para o simbólico. A criança autista, por exemplo, apresenta uma relação diferente da estabelecida com o objeto transicional. Suas dificuldades fazem com que crie objetos autísticos, os quais não são um não-eu, mas uma parte de si que está fora e que lhe é organizadora. Graña (2008) apresenta essas diferenças em relação aos objetos.

Quadro 1 – Síntese dos tipos de Objetos

	Objetos Transicionais	Objetos Autísticos
Investimento	Primeira possessão não-eu torna-se mais importante do que a mãe real.	Não constituem “possessões não-eu”; impedem a percepção da separação física com o mundo externo.
Utilização	Como defesa contra a ansiedade, é um acalmador e um tranquilizador (sedativo que sempre funciona).	Como proteção para seus corpos impotentes e desprotegidos, que são vividos como alvos de ataques brutais e aniquila dores.
Aspecto	Inicialmente macio e fofo.	Duro e não-moldável (chaves, dados, etc.).
Características	Único; somente pode ser substituído por novos objetos criados pelo bebê; uso universal (normalmente são fraldas e bichinhos de pelúcia).	Ritualísticos, estáticos e promíscuos; apego e preocupação excessiva; não são simbolizáveis; são peculiares a cada criança.
Período	4 a 12 meses	Assume desde cedo o lugar das relações de objeto humanas, impedindo sua ocorrência.
Localização	Zona intermediária, área de onipotência não	Como prolongamento do corpo

	contestada; continuidade direta com o brincar e o fantasiar.	de criança; exploração excessiva das sensações corporais; autoerotismo maligno.
Destino	Perde o significado inicial, se torna difuso.	Fixado
Linguagem	A criança inventa uma palavra para nomear o objeto que adquire um significado afetivo particular.	Ecolalia; a palavra é empregada de forma repetitiva e destituída de significação; sofre uma manipulação similar ao objeto autístico.
Função	Dar forma à área da ilusão; promover a abertura para o mundo externo.	Promove o fechamento da criança em si; impossibilitando o investimento do “outro” humano.

Fonte: GRAÑA, 2008, p. 146 (adaptado)

Em relação à criança com funcionamento autístico os objetos podem operar como uma extensão de seu corpo. Nessa perspectiva, a prática equoterápica e o seu setting lúdico aos poucos podem favorecer para esses sujeitos um redimensionamento do objeto autístico e um deslocamento para a criação de um objeto transicional. Assim, considerando essas diferentes funções do objeto na prática equoterápica o cavalo e o mediador podem ocupar diferentes posições. O cavalo permite que o praticante assuma direitos sobre ele, há espaço para o cavalo ser amado e odiado e, inicialmente, pode servir de prolongamento do corpo da criança, sendo que este sobrevive a tais relações permanecendo aberto na relação com o praticante.

Em outras palavras, ao praticante, o cavalo oferece calor, aconchego na maciez de sua pelagem, no seu movimento e em sua vitalidade e realidade própria. Portanto, há a possibilidade nesta relação de que o cavalo passe de objeto autístico a um objeto transicional, para ser depois gradativamente descatexizado. Ele atua proporcionando o acolhimento, mas cabe ao mediador detectar as possibilidades de que este ofereça gradualmente vivências de frustração relativas à perda da onipotência, à medida que pode colocar novos desafios dentro do processo terapêutico.

Quando isto é possível, opera-se com mais evidência na prática equoterápica o brincar. Há uma diferença entre o brincar e os objetos transicionais. Com este último, o

sujeito percebe o objeto mediante um mecanismo projetivo, que não se constitui nem dentro, nem fora do sujeito. Já no brincar há um uso do objeto que é real e, ao mesmo tempo, imaginário, enriquecendo cada vez mais a capacidade lúdica do sujeito. Esses dois processos possibilitam na vida adulta o júbilo que reside nas experiências culturais. É na relação entre a realidade psíquica e a experiência com os objetos reais, os quais sempre carregam resquícios dos espaços transicionais, que se encontram a importância do brincar e das experiências culturais compartilhadas e vivenciadas.

Assim, o objeto passa de projetado a usado, considerando que para isso “o sujeito precisa ter desenvolvido *capacidade* de usar objetos. Isso faz parte da mudança para o princípio de realidade” (WINNICOTT, 1975, p. 125). Essa capacidade é fundamental para a criança, pois, por não ter um bom domínio da linguagem, ela encontra na brincadeira possibilidades de comunicar sutilezas, a liberdade de criação e “é somente sendo criativo que o indivíduo descobre seu *self*”.

Dessa forma, o brincar terapêutico é um espaço criativo que visa essa descoberta do *self*. Para tanto, nesse *setting* não pode haver uma condução intencional por parte do terapeuta, mas, sim, a construção de um espaço de confiança com o praticante em que seja permitida a comunicação de ideias, pensamentos, impulsos e sensações, sem que haja direcionamento. Ao falar desse processo, Winnicott assinala:

A somação ou reverberação depende que o indivíduo possa ter refletida de volta a comunicação (indireta) feita ao terapeuta (ou amigo) em que confia. Nessas condições altamente especializadas, o indivíduo pode reunir-se e existir como unidade, não como defesa contra a ansiedade, mas como expressão do EU SOU, eu estou vivo, eu sou eu mesmo. Nesse posicionamento tudo é criativo. (WINNICOTT 1962, apud WINNICOTT 1975, p. 83).

Em outras palavras, as atividades equoterápicas se dão dentro de uma dinâmica lúdica, de um espaço aberto ao brincar, à criatividade e à espontaneidade. O tempo, ritmo e capacidade do praticante são sempre observados e mediados na dinâmica terapêutica. Quando Winnicott fala sobre o brincar terapêutico, trata de duas pessoas que brincam juntas, o

terapeuta e o paciente, e no momento em que o paciente não consegue brincar, cabe ao profissional auxiliá-lo para que consiga.

Winnicott traduz essa questão quando nos diz que é com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experimental do homem.

Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos (WINNICOTT, 1975, p. 93).

Em síntese, a equoterapia proporciona ao praticante um ambiente estável e seguro que, somado ao cavalo em suas diferentes funções de objeto possibilita o trabalho terapêutico. É importante salientar que as sensações físicas impressas pelo cavalo o diferenciam dos outros animais que são usados em *Terapias Assistidas por animais*, pois, segundo Freire (1999) suas características físicas e seus movimentos tocam e estabelecem relações afetivas e físicas, além de provocar uma série de sensações ambivalentes que geram desafios. Tudo isso ocorre com um “não eu”, externo, manipulável, vivo e “não humano”.

Nesse sentido, o cavalo apresenta características que o remetem a um objeto transicional por permitir que a criança se apodere dele, estabeleça relações de amor e ódio, sendo que ele não se desvanece, pois permanece ali oferecendo holding e continência. De igual forma também possibilita o brincar e o fenômeno cultural. O espaço intermediário de experiência permite a vivência de questões internas e externas, favorecendo o deslocamento de objeto transicional ao brincar e posteriormente ao fenômeno cultural ou experiências culturais. “(...) Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais” (WINNICOTT, 1975, p. 76).

O adulto vivencia a experiência na zona intermediária por meio da vivência de fenômenos culturais como religião, arte e ciência.

O que quer que se diga sobre o brincar de crianças aplica-se também aos adultos; (...) Manifesta-se por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor (WINNICOTT, 1975, p. 61).

Winnicott dedicou um capítulo do seu livro “O Brincar e a realidade” para falar da localização da experiência cultural. Demonstrou a evolução da relação com o objeto, como ela está relacionada com as suas primeiras experiências de relação objetal que ocorrem em uma terceira área, onde se vivencia a realidade interna e externa, progredindo do fenômeno transicional, à brincadeira chegando ao fenômeno cultural. Afirmou que a experiência cultural é um derivado da brincadeira.

Tentei chamar a atenção para a importância, tanto teórica quanto na prática, de uma terceira área, a da brincadeira, que se expande no viver criativo e em toda a vida cultural do homem (WINNICOTT, 1975, p. 143).

A seguir um quadro onde podemos observar a evolução da terceira área, nas relações que o sujeito estabelece.

Sujeito x realidade	
Realidade interna e a externa: uma tensão constante, com diferentes formas em lidar com este conflito, ligadas à capacidade de diferenciação do objeto não eu e de usar este espaço intermediário de vivências de forma criativa possibilitando aprendizados.	
Fenômeno Transicional	Ilusão inicial, indiferenciação materna, onipotência. Exemplos: manipular o seio materno, sugar o dedo polegar, etc.
Objeto Transicional	Comunicação entre o externo e o interno por meio do objeto em uma zona não eu. Primeira possessão não eu. Início do jogo lúdico e da imagem especular
Brincar	Distanciamento maior do objeto permite a experiência criativa e espontânea.
Fenômeno cultural	O adulto vivencia a experiência na zona

	intermediária por meio da vivência de fenômenos culturais como religião, arte e ciência.
--	--

QUADRO 2: Relações Estabelecidas entre sujeito externo x interno (elaboração própria)

4. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho buscou realizar uma pesquisa clínica qualitativa, com embasamento teórico psicanalítico, em torno de três Estudos de Casos que exemplificam e ilustram diferentes configurações subjetivas dos praticantes no contexto da equoterapia. Assumimos a intenção de desenvolver uma pesquisa clínico-qualitativa descrita por Turato como:

[...] é o estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde (equipa de profissionais, familiares, comunidade). O pesquisador é movido a uma atitude de acolhimento das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural (*settings* da saúde), e mostrando-se particularmente útil nos casos onde tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro pessoal íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. O pesquisador também procura um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde/ doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com as suas vidas. Por fim, observa o global da sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou desmentir o falado (TURATO, 2000, p. 96).

Ao optarmos por pesquisar no espaço onde o evento acontece temos a riqueza da observação do fenômeno em si, com suas peculiaridades e nuances, uma vez que o estudo de caso é um delineamento de pesquisa que preserva o caráter unitário do fenômeno pesquisado, mas não o separa do seu contexto (GIL, 2009).

Os atendimentos, por sua vez, oferecem uma dinamicidade na relação mediador/praticante que obrigam o pesquisador a rever suas posições prévias constituindo-se, assim, uma construção afeita às pesquisas de cunho qualitativo, pois, conforme Turato (2000), o método clínico pautado na teoria psicanalítica pressupõe também os fenômenos transferenciais para a constituição da pesquisa. Para Silva (2013) o Estudo de Caso é um trabalho metodológico que considera a singularidade dos participantes da pesquisa, mas é uma

história que vai sendo construída à medida que é escrita pelo pesquisador, ou seja, o que se escuta durante a pesquisa é construído em uma narrativa subjetiva do pesquisador.

Consideramos que esse formato de pesquisa pode ser relevante para proporcionar reflexões para quem atua no setting equoterápico, sendo que esse trabalho não busca apresentar explicações causais e fechadas sobre esse trabalho terapêutico, mas, sim, compreende-lo e significa-lo à luz do campo teórico da psicanálise. O sentido e o significado dos fenômenos são a essência da pesquisa clínico-qualitativa. Para tanto o contexto da pesquisa será o próprio local onde a equoterapia ocorre e como ela se desenvolve.

Nos procedimentos para construir os Estudos de Caso, utilizaremos a análise dos registros dos atendimentos e os prontuários dos sujeitos desse estudo, focando na fala e postura dos praticantes, bem como a angústia e ansiedade envolvidas nas formas de comunicação com o mediador.

O Centro Básico de Equoterapia General Carracho – CBEGC mantém o atendimento por meio de convênios estabelecidos com instituições públicas e privadas. Um importante convênio é o da Secretaria de Educação do Distrito Federal que oferece 11 profissionais mediadores. Segundo este acordo, a ANDE Brasil deve oferecer certo número de atendimentos aos alunos procedentes de sua rede escolar. Os praticantes da SEDF são alunos diagnosticados com necessidades especiais – ANE, com as mais diversas patologias.

Como já mencionado, esse trabalho visa discutir e analisar Estudos de Casos de três praticantes com quadros psicopatológicos recorrentes no contexto contemporâneo, os quais recebem os seguintes enquadramentos na SEDF:

Transtorno do Espectro Autista está inserido no ensino especial, sendo atendido pela Educação Especial na educação básica. Estes alunos têm direito de estudar em turmas diferenciadas e receberem atendimento especializado. (EDUCAÇÃO, S. E., 2013);

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade é considerado pela SEDF como Transtorno Funcional, sendo que os distúrbios funcionais não estão enquadrados dentro da Educação Especial, no entanto, são atendidos “em articulação entre essa e a Escola Comum, conforme definição da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva;” (EDUCAÇÃO, S. E. 2012);

O estudo que retrata o caso de Transtorno Depressivo foi empreendido com o esteio no atendimento a uma praticante adulta, graduanda, oriunda da rede privada de ensino, que, por sua vez, encontra-se sujeita as diretrizes regulamentadoras emanadas pela SEDF e MEC; não há especificações para atendimento diferenciado deste quadro clínico dentro da regulamentação da SEDF.

Os sujeitos serão nomeados de forma fictícia, sendo:

- 1) Caio com 06 anos nascido em 2005, iniciou atendimento equoterápico apresentando o diagnóstico médico de com Cromossopatia Estrutural e indicativo de Transtorno do Espectro autista;
- 2) Téó, com 07 anos, com o diagnóstico médico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDA/H e queixa escolar de dificuldade de aprendizagem, comportamento agressivo com as demais crianças, apresentando o quadro de severa agitação motora e impulsividade;
- 3) Luna, com 42 anos que iniciou atendimento equoterápico com o diagnóstico médico de Transtorno Depressivo Ansioso. Apresentava bruxismo, dificuldade nas relações familiares e de trabalho, dificuldades escolares na faculdade, cansaço, dores no corpo e desânimo.

A pesquisadora atuou ou esteve envolvida nos atendimentos dos três casos analisado.

5. CASOS CLÍNICOS

5.1. Caso Caio

Caio, como aqui será chamado, tinha 06 anos, chegou ao atendimento no centro equoterápico em que foi realizada esta pesquisa por meio de uma cota de vagas reservadas a membros da comunidade. Era atendido pela Rede SARAH de Hospitais de reabilitação e diagnosticado com Cromossopatia Estrutural. Segundo relatório do referido hospital, trata-se de uma rara alteração cromossômica e que, por ser ainda pouco conhecida, deve-se investigar as implicações que tal alteração teria no desenvolvimento cognitivo, psíquico e social da criança.

As características de seu quadro clínico eram: cardiopatia congênita, atraso neuro motor e cognitivo, hipotonia, dificuldade na fala/comunicação, fixação em determinados temas, frouxidão ligamentar e postura cifótica. Fazia, ao chegar à equoterapia, os seguintes atendimentos: terapia cognitivo-comportamental, fonoaudiológico e psicopedagógico.

Apresentava dependência nas atividades da vida diária (AVD), tinha alterações de humor, dificuldade de socialização, restrição de interesses, apego a objetos e déficit na linguagem. Desse modo, foi levantada também a suspeita de Transtorno de Espectro Autista pela terapeuta ocupacional que iniciou seu atendimento na equoterapia. Para efeito deste trabalho o praticante será considerado com autismo secundário, funcionando com características autísticas, porém não diagnosticado como tal.

Seu tratamento durou três anos no serviço de atendimento equoterápico. Foi tratado com base no diagnóstico de cromossopatia estrutural com características de funcionamento autístico em função do laudo da Terapeuta Ocupacional e por apresentar os sintomas supracitados. Ao longo do processo, foi atendido por três profissionais distintos. No primeiro ano, como já mencionado, pela terapeuta ocupacional e um educador físico. No segundo e terceiro ano por uma mediadora com formação em psicologia e também pelo educador físico. Seu atendimento ocorreu individualmente, uma vez por semana, com duração de 30 minutos cada sessão.

Durante todo o processo equoterapêutico, Caio estava acompanhado da família que se desdobrava em cuidados que o levassem a ter aquisição de ganhos no processo equoterapêutico. A mediadora psicóloga levantou a hipótese de que os pais de Caio, embora fossem cuidadosos e amorosos com a criança, ao receberem o diagnóstico de cromossopatia, possivelmente vivenciaram subjetivamente um rompimento da construção da antecipação imaginária que vinham construindo em relação ao filho.

Foi dito pelos médicos que a criança tinha poucas chances de se desenvolver. Essa fala médica pode ter provocado, então, essa ruptura. Explica-se tal processo, de acordo com a teoria psicanalítica do seguinte modo: para se exercer as funções parentais e em particular a função materna necessita-se de suporte social e de recursos psíquicos que permitam cuidar do bebê. Cuidado este, ancorado em um investimento objetivo/subjetivo, pois, a mãe precisa supor que aquela criança ao crescer será bem sucedida e saudável. Para a teoria psicanalítica, esse investimento sustenta-se no processo de antecipação imaginária, por meio do qual a mãe contrabalança seu desgaste físico e psicológico, gerados com os cuidados fornecidos ao bebê, por supor um futuro em que este a compensará com gratidão e afeto e será alguém de quem possa se orgulhar (NEVES; VORCARO, 2010). Assim, é possível que ao receber o prognóstico da síndrome, os pais perderam subjetivamente as expectativas em relação ao filho e o transformaram em objeto de cuidados, mas a posição de sujeito de Caio perdeu-se nesse processo e, de acordo com a referida teoria, seria indicativa para a origem da sintomatologia do autismo.

Outro ponto que merece discussão para se pensar a sintomatologia autística é como o saber médico e dos profissionais de saúde provocam efeitos iatrogênicos na constituição subjetiva. Ou seja, quando o saber sobre a criança desloca-se para esses profissionais especialistas, os pais perdem a condição de ter o saber sobre como cuidar e educar o filho e, nesse sentido, a criança vivencia perdas na constituição subjetiva e em sua singularidade ao ser ‘colada’ ao seu diagnóstico. Assim, como esclarecem Goretti et al (2014), muitas vezes o excesso de zelo dos pais com a saúde da criança, obedecendo as prescrições médicas, pode ser indicativo de uma relação em que o filho permanece na posição de objeto, sem conseguir alcançar, na relação com os pais, a posição de sujeito.

No momento da avaliação inicial, Caio chorou e gritou muito porque o pai havia guardado seu brinquedo “Patati”, só se acalmou com o retorno deste. Mostrando-se, nesse

momento, muito esquivo e irritadiço. O “Patati” apresentava-se, nesse momento, portanto, como um objeto autístico auxiliando na organização do sujeito. Trata-se, para a criança com tais dificuldades subjetivas, de uma extensão do seu próprio corpo que ao ser retirado mostra-se profundamente desorganizadora. Ou seja, esse objeto era ‘parte’ de Caio e não um objeto a ser colocado em uma relação eu/ não – eu.

Após a avaliação, no primeiro dia de atendimento equoterápico, ao ser levado às baias, lhe foi apresentado o pônei Bolinha e o cavalo que ele montaria, o Diamante. Apresentou dificuldade na vinculação inicial com as terapeutas, olhar vago, fixação pelo “Patati”, mas aceitou chegar perto do Diamante, tocando-o. As mediadoras e seu pai montaram o cavalo na tentativa de envolver Caio no ambiente equoterápico. Nesse momento, comunicava-se por sons/gritos somente compreensíveis aos pais.

Na segunda sessão, um tanto arredio, andou pelo espaço externo do Centro com as mediadoras que buscavam colocar a guia do Diamante em contato com a mão de Caio, porém este não demonstrava interesse. Irritou-se profundamente quando seu sapato saiu de seu pé, gritando e chorando. Ao ser proposto que o “Patati” montasse seu cavalo sorriu e montou junto.

Do ponto de vista da psicanálise, o autismo é um quadro clínico em que se tem uma dificuldade aflitiva em lidar com a demanda do Outro, levando o sujeito a uma defesa radical, valendo-se de estratégias como o mutismo ou estereotípias para comunicar-se e afirmar sua posição subjetiva. O Outro, (encarnado nos outros, isto é no pai, mãe, psicólogo, professor, etc.) para o autista é profundamente enigmático, assim o não falar, não olhar, não se vincular é um modo de proteger-se do enigma do desejo do Outro.

Desse modo, a posição do tratamento psicanalítico é de não intervir nessa ‘agonia impensável’, como diz D. Winnicott, até que se possa construir uma posição subjetiva de parceria lúdica, respeitando a posição de sujeito da criança, tirando-lhe, assim, do lugar de objeto. Em outras palavras, não é uma intervenção de um especialista pautada em modelagens de comportamento, visando ganhos imediatos. O que se faz é reconhecer o sintoma (mutismo, estereotípias) como algo que quer se comunicar. Esse processo atenua as defesas diante da falha ou invasão do ambiente e, aos poucos, a criança consegue ser mais flexível e suportar as mudanças.

Ao longo do primeiro ano, Caio ampliou significativamente seu vínculo com o espaço equoterápico. Chegava demonstrando alegria em montar, porém não se separava do “Patati”. Acompanhava as paródias com sons ritmados e gestos próximos aos apresentados pelas mediadoras. Ao final deste ano já emitia sons silábicos do nome “Patati” e “Didi” referindo-se ao seu cavalo, como ii (Didi) e Tai (Patati). Era capaz de identificar seu cavalo em meio aos outros e não aceitava troca.

No segundo ano Caio parecia ignorar a troca de mediadores, voltando sua atenção ao Didi. Segundo relato da família, ele já sabia o dia da equoterapia e pegava a blusa do uniforme. Passou a aceitar que seu boneco ficasse com seus pais durante o atendimento. Realizava as diferentes brincadeiras propostas com o cavalo e acompanhava as paródias animadamente. Buscava interagir com os mediadores, cantando e tocando-os. É importante ressaltar que Caio demonstrava enfadar-se da atividade em um curto momento. Por isso as sessões alternavam um grande número de atividades. Caio sabia demonstrar claramente quando não desejava mais uma atividade.

Durante as sessões estava sempre atento ao ambiente, apontando para os animais e árvores. Gostava de cantar as mesmas paródias, mostrando-se irritado quando alguém tentava introduzir outra música. Ao final do segundo ano ele apresentava ganhos na comunicação com emissão de sons compreensíveis e comunicação não verbal; diminuição na irritabilidade ao ser contrariado apresentando menos crises de choro e gritos. Este ano apresentou dois marcos importantes no atendimento: Caio passou a aceitar montar outros cavalos e nomeá-los todos como Didi. Passou também a trazer diferentes brinquedos e permitir que os mesmos ficassem com sua mãe ou pai durante a sessão.

Neste ponto percebe-se uma mudança na relação estabelecida com o objeto, um redimensionamento do objeto autístico e um deslocamento para a criação de um objeto transicional. Há uma ampliação no repertório de interesses de Caio. Ele estabelece uma relação com o “Didi” com características de não-eu e amplia seu foco de interesse. O objeto que se apresentava como autístico “Patati” também recebe a permissão de se afastar durante a equoterapia.

A sua instabilidade motora para andar deixava-o inseguro em solo, mas não no cavalo. Quando montava Caio parecia não ter medo de cair, já em solo andava com a base

alargada e sempre buscando apoio. O vínculo com os mediadores ampliou de tal forma que Caio passou a brincar de correr na rampa da descida da baía em direção ao abraço do medidor, demonstrando confiança em saber que ele não o deixaria se machucar. Aqui se percebe que foi estabelecido um espaço de confiança, onde o sujeito permite-se vivenciar algumas questões subjetivas no contato com o Outro.

Certo dia Caio apeou de mau jeito, desequilibrando sem se machucar. Ficou irritado, foi embora sem se despedir dos mediadores. Disse repetidamente à mãe durante a semana: “avalo aiu” (cavalo caiu). Quando esta retornou na sessão seguinte perguntou se algo havia acontecido, explicamos o episódio e Caio demorou algumas sessões para aceitar interagir novamente com o mediador que estava do seu lado quando este desequilibrou.

No segundo e terceiro ano, Caio participou também de atividades na equoterapia além de suas atividades individuais, com presença de alunos que eram estranhos a ele. Desde que estivesse com seus mediadores, não demonstrava dificuldade em estar na presença de elevado número de pessoas (20 a 40).

No terceiro ano, Caio passou a ser atendido por uma educadora física com o intuito de iniciar o trabalho de término do atendimento. Ela buscou alterar cavalos e fazer uso de atividades de condução com guia falsa (com condução paralela pelo auxiliar guia) para demonstrar que Caio já havia aprendido a montar. Ao longo de seu processo equoterapêutico, fez uso de muitos tipos de materiais de encilhamento, como manta, sela inglesa e australiana; além de diversas atividades com alternância de espaço e movimentos.

Mostrava-se muito afetuoso com a equipe, com aceitação das atividades propostas e ativa participação nas mesmas. Ao término de três anos seu tratamento foi encerrado. Caio conseguiu avanços e seus pais acompanharam de perto todo o processo. Nesse sentido, o tratamento possibilitou também um modelo de relação para os pais em que a criança foi vista e tratada como sujeito. Isso talvez possa ter redimensionado a forma como os pais o tratavam; além dos cuidados físicos, talvez possam hoje relacionar com ele como um sujeito que fala, do seu modo, sobre si e sobre o mundo que o cerca.

5.2. Caso Téo

Téo, como aqui será chamado, tinha 07 anos quando chegou ao atendimento no centro de equoterapia por intermédio de uma parceria pedagógica com a rede pública de ensino do Distrito Federal. A parceria consistia no envio de grupos de alunos com queixas de dificuldades escolares e diagnósticos médicos, com recomendações de prática de equoterápica.

Chegou ao referido centro com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDA/H, feito por um profissional médico da rede pública de saúde do Distrito Federal. Era filho único de um casal, sendo a profissão de sua mãe a de empregada doméstica e a de seu pai segurança profissional. Durante o primeiro ano de atendimento do praticante, os pais se separaram. Nessa época, passou a viver somente com sua mãe, período em que Téo chegava sempre atrasado ao atendimento.

O atendimento prestado aos praticantes da com dificuldades pedagógicas ocorria em grupos. Eram inicialmente recepcionados, passavam por avaliações que tinha a finalidade de planejamento da melhor proposta para a prática equoterápica, de acordo com as necessidades e possibilidades de cada uma das crianças. Assim, quando o grupo de Téo foi recepcionado, houve uma reunião interdisciplinar com os mediadores da instituição, na qual foi designado um coordenador geral para o grupo, bem como um mediador para cada integrante e, no caso de Téo, uma profissional fisioterapeuta foi indicada como mediadora.

A impulsividade, o déficit de atenção e a hiperatividade da criança limitavam sua coordenação motora e o convívio com os outros, deixando-a em desvantagem em relação aos demais integrantes do seu grupo. Por isso, não conseguia desenvolver as atividades propostas com a mesma desenvoltura, o que o deixava frustrado e irritado, pois tinha consciência de suas limitações e era alvo de brincadeiras de seus pares.

Após três sessões de atendimento ao grupo de Téo, a mediadora requisitou ao coordenador uma nova reunião para estudo do caso, oportunidade na qual relatou que Téo tinha déficit de atenção e hiperatividade significativos, o que colocava em risco a integridade física do praticante, bem como o desenvolvimento das atividades do grupo. Em virtude de tais

motivos sugeriu que fosse designado um mediador com formação em psicologia para o atendimento do praticante.

Em decorrência do que foi abordado na reunião para análise do caso, a pesquisadora foi designada como mediadora para o atendimento de Téo e, após duas sessões de atendimento em grupo, requisitou nova reunião para o estudo do caso. Nesta oportunidade, relatou à equipe que sua avaliação ratificava a da mediadora inicial. Sendo assim, solicitava atendimento individual para a criança, pois temia pela segurança dela e havia percebido também uma acentuada dificuldade de Téo com o fracasso, assim como uma postura competitiva com os demais integrantes do grupo, o que colocava em risco o desenvolvimento do grupo na prática equoterápica. Percebeu-se de fato muita impulsividade/ hiperatividade em Téo: pulava do cavalo, corria com total descuido rumo ao animal, mas não demonstrava agressividade.

Passado algum tempo o pai assume a guarda do filho em comum acordo com a mãe. Após muitas faltas e irregularidade no atendimento, Téo começa a ter uma rotina mais organizada. O pai mostrava-se comprometido e interessado no atendimento e com frequência buscava respostas sobre como ajudar seu filho. Uma prima do interior veio para ajudar a cuidar da criança, já que o pai trabalhava de dia e cursava uma universidade à noite.

O praticante mudou-se para outro bairro e para outra escola. Tais mudanças aliviaram inicialmente o peso do rótulo do diagnóstico que tinha na antiga escola. A própria criança se queixava desse estigma. Relatava que com seus vizinhos e também no ambiente escolar era tachado de ‘chato’, que estragava tudo, não sabia brincar ou fazer algo. Era assim que se via na relação com outro, pois, residia em uma comunidade onde as pessoas tinham uma convivência muito próxima.

Iniciado o atendimento individual, a primeira providência adotada pela pesquisadora foi trocar o cavalo utilizado por Téo, que praticava com o cavalo “Diamante”, animal de grande porte doado por uma rede televisiva ao centro equoterápico. Téo era fascinado pelo Diamante, todavia, o cavalo era arreado e não se deixava comandar facilmente, exigindo de quem o conduzisse um refinado conhecimento e domínio da equitação.

Assim, mesmo com protestos, Téo começou a praticar com o cavalo “Vento”, animal mais dócil e de fácil domínio. Todavia, esse animal tinha uma acentuada dissociação de quadril e exigia de quem o montasse atenção e controle corporal. Não gostou da troca de cavalos e reclamava que Vento tinha “orelhas de burro”. Contudo, a mudança foi necessária para proporcionar ao praticante mais segurança e desenvolvimento das técnicas de equitação, equilíbrio e controle corporal.

Deste modo, conforme Téo desenvolvia suas habilidades, a pesquisadora alternava os cavalos com os quais ele praticava, ora Vento, ora o pônei chamado Bolinha e, esporadicamente, Diamante. Ao final do período de prática individual, Téo conduzia todos os animais que montava sem o auxílio direto dos mediadores, que apenas o orientavam a distância com comandos verbais.

Percebeu-se nos atendimentos uma melhora significativa na atenção, nos comportamentos hiperativos e impulsivos, como também nas posturas desafiadoras e opositoras. Houve evidente melhora na coordenação motora, Téo desenvolveu um vínculo afetivo muito forte com a pesquisadora e com o equitador que o acompanhava nas sessões. O cavalo trouxe segurança e contorno ao sujeito. O holding oferecido permitiu a Téo o acalanto necessário para seu desenvolvimento subjetivo. Seu corpo encontrou em que se apoiar, em que confiar provocando novas marcas no sujeito.

Na época da reavaliação proposta pela pesquisadora, o grupo do qual Téo fazia parte havia sido dissolvido e não existia nenhum outro com o perfil do praticante, motivo pelo qual ele iniciou o segundo ano de prática equoterápica ainda no atendimento individual. Nesse momento, a pesquisadora aumentou as dificuldades enfrentadas por Téo na condução dos cavalos, incluindo em seus percursos, aclives, declives, variações repentinas de terreno e volteios (ginástica corporal em cima do cavalo em movimento), ao que o praticante respondeu de maneira positiva, superando todos os limites propostos.

No segundo ano de prática equoterápica, os pais de Téo se reconciliaram e não havia queixas de dificuldades comportamentais e de aprendizagem por parte da nova unidade educacional. Deste modo, com o progresso de Téo na prática equoterápica, a pesquisadora foi interpelada pela mãe do praticante sobre a alta da criança.

A pesquisadora recomendou que Téo continuasse no atendimento individual por mais um ano. Ao longo dos três anos de atendimento percebeu na postura materna certa indiferença em relação ao atendimento, não demonstrava nenhum envolvimento e satisfação com os ganhos que a criança obtinha no processo equoterápico.

A pesquisadora começou a preparar Téo para o término do tratamento, aumentando o rodízio de animais que o praticante conduzia, bem como o inscrevendo e acompanhando-o em competições de equitação, nas quais Téo provava a si mesmo suas capacidades, bem como aprendia a lidar com a frustração quando não vencia, afastando-se, assim, cada vez mais do caráter desafiador e opositor apresentado no início do atendimento.

Todavia, quando tudo se encaminhava bem, o pai de Téo procurou a pesquisadora, relatando que a direção da nova unidade educacional havia se queixado do comportamento da criança durante o recreio, acusando-o de ser agressivo com os pares. Diante dessa queixa, a mãe demonstrou um desânimo com o filho. Percebeu-se que havia para ela um grande enfado em cumprir com a função materna. Assim, o pai assumiu a situação e a relação com a escola, buscando auxílio na equoterapia .

A pesquisadora solicitou a direção da unidade educacional uma reunião com a equipe que atendia o aluno, para que juntos pensassem o aluno e suas dificuldades. Durante a reunião, a equipe da unidade educacional descreveu a criança como agressiva, com caráter desafiador e opositor. Relatou que, em resposta a provocações sofridas, o praticante agredia colegas durante o intervalo, mas não fez qualquer reclamação sobre dificuldades de aprendizagens dentro da sala de aula.

A pesquisadora percebeu que não havia professores durante o recreio, momento em que a criança se sentia sem continência de adultos e se desorganizava, voltando às antigas posturas. Pontuou que a escola ao perceber tais dificuldades na convivência com os pares poderia auxiliá-la nesse processo, cuidando para que o rótulo não incidisse novamente sobre a criança. Como coloca Winnicott, é possível auxiliar no brincar, quando crianças demonstram dificuldades para fazê-lo.

A escola tendia a se mostrar refratária aos ganhos de Téo descritos no tratamento equoterápico e sem perceber provocou uma nova crise no ambiente familiar com suas queixas

sobre a criança. Deste modo, depois de ouvir a explanação da equipe da unidade educacional, a pesquisadora descreveu o tratamento de Téo e ressaltou os pontos positivos conquistados pela criança. Exemplificou que o praticante, não conseguia segurar uma caneta, tampouco escrever e já havia passado ao nível alfabético de escrita, fazendo cálculos matemáticos com auxílio de materiais concretos.

Embora o diagnóstico de TDA/H aponte para dificuldades no campo da aprendizagem, percebe-se o que mais afeta as escolas é o transtorno que essas crianças causam pelas condutas comportamentais que costumam ter. A medicação é sempre bem vista, inclusive, por conseguir atenuar tais problemas de conduta. Em outras palavras, o foco não é o sujeito, mas sim a adaptação da criança ao ambiente escolar.

De posse desse entendimento, a pesquisadora focou a prática equoterápica na criação de situações de conflito para o praticante como, por exemplo, competições entre ele e o equitador que o acompanhava, nas quais, por vezes o equitador ganhava de Téo, para que se pudesse trabalhar com a criança as melhores maneiras de lidar com a frustração e o fracasso. Novamente, a criança respondeu bem a essa etapa do atendimento e teve alta por ter atingido o tempo máximo de permanência como praticante vinculado à instituição.

Uma análise do caso sugere que os impasses subjetivos da criança decorriam da sua relação com a mãe. Legnani (2003), levanta a hipótese de uma mãe ‘abandônica’ nos casos de crianças com TDA/H. Essa hipótese aponta para dificuldades de uma função materna em seu papel de mediação do mundo social junto a criança, a qual compromete o campo cognitivo e também para uma dificuldade que algumas mães demonstram ter de se separarem subjetivamente de seus filhos, em função de vê-los como uma “criança-problema”. Essa posição indiferenciada em relação ao filho provoca-lhes uma espécie de cansaço subjetivo por terem seus filhos como ‘pesos’ que terão que carregar. Por isso, nesses casos, são abandônicas também, pois carregam o fardo do filho como um objeto, mas os abandonam por não considerarem suas posições de sujeito.

Como aponta Winnicott, a criança necessita de ser situada no mundo. As intervenções e investimentos por parte da mãe ocorrem em função da esperança e expectativa que sentem em relação ao filho, quando isto se quebra a função materna se esvazia. No entanto, nesses casos, enfatiza a autora, a culpabilização da figura materna ou mesmo paterna,

apenas exacerba as dificuldades subjetivas da criança. Por isso, a necessidade de se abrir um espaço de escuta para os pais, para que eles possam se responsabilizar pela criança e acharem por meio dos seus recursos subjetivos um caminho próprio para cumprirem as funções parentais, da melhor maneira possível. (LEGNANI, 2003)

Nessa linha de pensamento, as queixas acusativas da escola dificultaram ainda mais esse problema relacional familiar e parental. Em outras palavras, o rótulo da patologia propagado pelas instituições escolares vem carregado de conhecimento técnico da medicina e não se considera a importância de se escutar os pais para ajudá-los em suas relações com a criança. Para esta, o efeito pode ser ainda mais devastador, pois pode gerar um processo de identificação com o diagnóstico, e tal como uma profecia autorrealizável, ser uma marca de desajuste marcando toda a trajetória da sua vida.

Considerando a teoria de Winnicott, no que tange à construção do eu não-eu e subsequente criação de relações objetais no desenvolvimento da criança percebeu-se que o cavalo se constituiu inicialmente para Téo como um objeto transicional até chegar a se constituir como fonte de um brincar.

A confiança e continência do animal criou-lhe um espaço seguro, onde a criança percebeu-se como sujeito, declinando aos poucos seus comportamentos impulsivos e conseguiu desenvolver-se subjetivamente. De uma criança indiferenciada, confusa, sem saber ao certo como agir no setting, aos poucos, pelo holding dos mediadores, passou a confiar e se auto-organizar até chegar ao brincar com o animal. Winnicott coloca ser essa a função do objeto transicional: possibilitar apoio em momentos de crise para que o sujeito ganhe confiança e possa reconstruir relações objetais. Embora os fenômenos transicionais tenham origem nos primórdios da vida, mesmo os adultos em momentos de crise retornam a esses fenômenos e objetos para acalmam diante da dispersão subjetiva decorrente de algum evento ou crise.

O suporte do cavalo e dos mediadores conduziu para que a criança pudesse se reconhecer em um lugar subjetivo para além do fracasso ou de ser ‘uma criança problema’. Em suma, os impasses subjetivos da criança existiam, mas as posturas de queixa da escola ou de enfado materno operavam por acentua-los. A função da equoterapia foi oferecer um meio

propício ao desenvolvimento de Téo, trazendo novas marcas em seu contorno subjetivo, intervindo na sua postura na escola, na família e para a própria percepção de si pela criança.

5.3. Caso Luna

Luna, (nome fictício utilizado para a descrição deste caso) iniciou o atendimento equoterápico em abril de 2012 e concluiu em novembro de 2014. Ressalta-se que o centro estava iniciando estudos sobre o impacto da equoterapia em pessoas com sintomas depressivos.

Luna, 42 anos, com diagnóstico de Transtorno Depressivo. Apresentava sintomas de depressão, tais como: rebaixamento do humor, queixa de falta de energia e interesse, dificuldades com o sono, baixa autoestima e autoconfiança, ideias de culpabilidade, lentidão psicomotora, dentre outros. Foi inserida em um grupo com mais duas praticantes: Mariana (57 anos, diagnóstico de Transtorno Depressivo) e Adriana (18 anos, graduanda, com diagnóstico de Transtorno Bipolar de Humor).

Segundo relato de Luna, em entrevista inicial individual, ela havia tido dois abortos, em 1997 e em 2005, “entrei em depressão quando perdi meu segundo filho”. Ela disse ter fobia, depressão, medos como de atravessar pontes e de pessoas. Relatou com tristeza a impassibilidade do médico no episódio do segundo aborto - “ele me disse: seu filho está morto. Assim friamente”. Quando voltou para casa apresentava sudorese e taquicardia.

Sua primeira gravidez foi um ano depois de estar casada. Relatou que tinha anemia e cisto no ovário, o que a levou ao aborto com três meses de gestação - “Não sabia que estava grávida”. Sua relação com a mãe, segundo ela, era “difícil”. Sua mãe apresentava-se, em sua visão, como controladora e sempre cobrava de Luna sobre suas escolhas, mostrando-se invasiva. Esta postura materna devastadora, afeta Luna e ter um filho, faria com que pudesse se sentir em uma posição simétrica com sua ‘poderosa’ mãe. Foi o que se pode deduzir das escutas feitas pela mediadora ao longo do atendimento.

Fez terapia por três meses no ano de 2005, mas interrompeu por falta de recursos financeiros. Não fazia uso de remédios para depressão por considerar que estes causavam dependência química. Usava por conta própria fitoterápicos. Disse que montou cavalos apenas na infância quando levou uma queda e adquiriu medo de montar.

Profissionalmente, era gestora de recursos humanos de uma pequena empresa que tinha com o marido. Esta função também lhe angustiava. Luna não gostava da função, mas seu marido pedia-lhe muita dedicação para que o negócio familiar prosperasse. Relata que se inscreveu na Vara da Infância e da Juventude para adoção de uma criança. Em 2007 buscou tratamento para engravidar, mas não obteve sucesso.

A proposta do atendimento era de fazer um acolhimento inicial, seguido da prática equoterápica de 30 minutos e compartilhamento da sessão em solo no grupo, totalizando 60 minutos. Vale ressaltar que o grupo ficou com apenas dois praticantes, posto que Adriana ficou impossibilitada devido a orientação médica por não se adaptar a medicação. As sessões tinham propostas diferenciadas, às vezes coletivas, às vezes individuais, mas sempre escolhidas pelas praticantes.

As praticantes escolheram também seus cavalos. Luna optou pelo Vento, um cavalo extremamente dócil, de grande porte, que segundo ela era seu amigo. Houve uma empatia imediata entre eles. As sessões eram pensadas de forma que o praticante se envolvesse cada vez mais com o cavalo. Na segunda sessão, diz o registro literal de seu prontuário:

Luna chegou cedo e ficou conversando com Dona Mariana. Subimos juntos às baias e elas tiveram um pouco de dificuldade para reconhecer seus cavalos. Nos separamos em duplas. Luna passou longo tempo acariciando seu cavalo, escovando-o. Durante o processo disse que seu marido achava que ela chora por frescura., que chorou muito esta semana por tristeza. Encilhamos o cavalo e perguntei se ela queria levar ou ser levada pelo cavalo. Ela disse que queria levar, pegou a rédea, pediu para descermos porque gostava da natureza; disse que queria dar comida para o cavalo, perguntei se ela queria dar ou deixá-lo comer e ela disse que queria dar. Entregou a guia e foi arrancar o capim, deu a comida na boca do cavalo, abraçou o pescoço do Vento e chorou muito. Perguntei se ela não queria deixar ele levá-la um pouco, insisti diante de seu silêncio: ‘podemos ser levados, ser cuidados...’ Ela montou e fomos rumo ao picadeiro. No caminho ela foi se soltando, acariciando seu cavalo e disse: ‘é diferente as coisas aqui de cima’. Entramos no picadeiro e o Eduardo (equitador chefe) estava montado no Presidente. Perguntei se ela queria que o Eduardo mostrasse algo e ela disse que queria ver ele correndo, sorriu e disse que era estranho a força que ele (o cavalo) tinha e eu disse que ela também pode ter esta força. Apeamos e fomos nos encontrar com Dona Mariana que perguntou se ela não tinha medo de montar e Luna disse que tinha sim, mas que foi bom ver por cima e sorriu. Nos despedimos e ela perguntou se eu estaria com ela sempre e eu expliquei que iria me revezar nos atendimentos com o outro mediador que também era profissional de psicologia (Prontuário18/04/2012).

Em solo, ao partilhar suas vivências, Luna era costumeiramente invadida pela fala da parceira Mariana, que sempre julgava e condenava as atitudes da parceira. Nessas ocasiões, apresentava-lhe algumas “certezas e verdades” acerca dos dilemas apresentados por Luna. Assim, o tempo, ritmo e capacidades das praticantes causavam situações conflitantes. Durante o início do processo Luna tinha faltas justificadas. A pesquisadora tomava essas faltas como um sinal e que deveria ser alvo de atenção ao longo da relação terapêutica.

Aos poucos, Luna lentamente passou a fazer contraposições às falas de sua parceira, colocando seu desejo na escolha das atividades e suportando o fato de que suas escolhas, por vezes não agradavam aos outros. Os desafios que o cavalo impunha e a relação estabelecida no grupo foram sendo modificados com a mudança de sua postura.

No primeiro ano, Luna pediu para falar com a mediadora em particular, disse que a Vara da Infância e da Juventude havia ligado e convocado para que comparecesse no local porque havia uma criança com o perfil que ela desejava para adoção. Tentando disfarçar sua contrariedade e medo Luna relatou a questão e chorou. Ao ser questionada sobre o que isso representava para ela, Luna disse com resistência que estava com medo e que não sabia se queria a adoção. Saiu do atendimento com a determinação de que iria postergar a adoção.

Na sessão seguinte chegou apresentando seu filho adotivo e seu marido, buscando esboçar alegria. Foi recriminada pela parceira do grupo, que se colocava como a grande entendedora do assunto e sempre desqualificava a fala de Luna. Não houve reação quanto à postura de dona Mariana, mesmo sendo notória a agressividade verbal que dirigida a Luna.

Luna sempre apresentava muita necessidade de falar com o cavalo, trazia suas vivências diárias, suas angústias e passou a relacionar suas vivências externas com a relação que mantinha com o cavalo, por vezes, tal processo só era percebido mediante a pontuação da pesquisadora.

Em certo encontro, Luna chegou atrasada com sua mãe e seu filho. Relatou estar insegura e menstruada, era fértil, feminina, mas que não era mulher porque não reproduziu, foi sua fala. Com o andamento do atendimento percebeu-se uma ampliação da vinculação com o cavalo, da melhoria de percepção e colocação de seus desejos e pensamentos e

diminuição das queixas de ansiedade e depressão. Luna falou em retornar os estudos na faculdade que estava trancada.

O atendimento no centro de equoterapia seguia o calendário escolar da SEDF, portanto tinha constantes interrupções por feriados, recessos e férias. O distanciamento do atendimento equoterápico por um período de quase 3 meses do primeiro para o segundo ano trouxe um significativo retrocesso nas habilidades de Luna com o cavalo. A mesma retornou com uma queixa mais severa dos sintomas de ansiedade e depressão, bruxismo e dores no braço. Sua frequência e pontualidade também foram afetadas. Havia retornado os estudos na faculdade. Trazia relatos alternados entre o estudo e o trabalho, sempre com uma visão crítica e pessimista de si, vendo-se como fracassada e incapaz.

Neste ponto, Adriana, a terceira integrante, retornou ao grupo, porém, não buscava interagir e nunca ficava no momento final em solo. Em certo momento do segundo ano, o grupo ficou restrito a Luna e a Adriana. Isso fez com que Luna se implicasse em ensinar a parceira tudo que tinha aprendido na equitação. As duas se aproximaram bastante.

O segundo ano foi marcado pelo recorrente tema de insatisfação no trabalho, como mãe e como aluna. Luna a princípio não conseguiu cumprir a função materna, sendo seu marido o principal cuidador de seu filho. Trazia sempre relatos angustiados de não dar conta, de que a criança era muito difícil, que seu marido cobrava muito já que ela sempre quis ter um filho.

Seus atrasos e faltas acentuaram-se. Reclamava de muita dor e sempre se lamuriava da sua vida. Não realizava as recomendações da equipe como procurar ajuda psiquiátrica e manter atividade física. Abandonou novamente a graduação sentindo-se fracassada com a reprovação em algumas matérias e um sentimento de culpa por não ser capaz de realizar nada, referindo-se ao trabalho, faculdade, maternidade e matrimônio.

Os quadros depressivos ainda apresentavam demandas significativas ao final de dois anos. No terceiro ano o atendimento passou a ser individual, nos mesmos moldes do atendimento em grupo, devido à desistência das demais praticantes.

Em certa sessão, Luna chegou muito angustiada e pediu para sairmos do picadeiro, alegando que não queria conduzir. O auxiliar guia foi levando o cavalo para um espaço com muitas árvores altas, a maior parte eucaliptos, e Luna foi demonstrando contrariedade e ansiedade. Pediu para sair dali, disse estar tonta e sem ar. Perguntei para onde poderíamos ir e ela indicou o campo de grama. Lá contou sobre suas vivências com o marido, filho, mãe, trabalho e quando apeamos e fomos para o trabalho em solo ela relatou que no trabalho ficou pressionada por muitas pessoas, que não sabia como lidar com aquilo e tinha a sensação física de que iria morrer sem ar. Perguntei o que ela sentiu quando estávamos no bosque e ela silenciou chorou e disse que foi como as pessoas sufocando ela.

Conforme sua condução foi melhorando Luna recebia menos intervenções e auxílio com o cavalo. Os desafios eram gradativamente aumentados, mas a oscilação emocional representada em dores, bruxismo, falta de ar e insônia impediram que Luna chegasse com destreza a conduzir no galope.

No entanto, nos três anos de atendimento ela participou do torneio de equoterapia que é realizado pelos centros e recebeu o troféu de primeira colocada em sua categoria. Cada prêmio por condução do cavalo representou para ela uma conquista, um sinal de sua capacidade de superação. Também começou a fazer uso da escrita para fazer reflexões sobre o processo terapêutico que vivenciava. Em 04/05/2012 escreveu:

“Aceitação”,

Aceitar a ação, aceitar-se como pessoa, aceitar o outro. Palavra simples, justaposta, forte, mas de difícil prática. Aceitar o erro, aceitar a perda, aceitar a distância às vezes pode ser muito doloroso, principalmente quando não se tem controle do que e quando acontece, mas aceitar-se como pessoa e aceitar que o outro não é exatamente aquilo que sempre esperamos, pode ser muito mais sofrível.

Não aprendemos na escola a nos aceitar, passamos a maior parte do tempo nos culpando pelos erros dos outros, acreditando que se não falássemos aquilo que pensamos ou se não falássemos aquilo que temos vontade, o outro não ficaria chateado ou não teria desencadeado tantas coisas supostamente erradas.

Sempre esperamos que nossos filhos sejam o exemplo de educação, sempre esperamos que o outro reconheça o nosso esforço e nos recompense com carinho ou palavras de incentivo, e aprendemos desde criança a sonhar

com o príncipe encantado e não aceitamos quando encaramos a dura realidade de que ele não passa de ilusão. Não aceitamos uma desilusão amorosa, não aceitamos quando alguém nos ofende, não aceitamos o não. Trabalhar a aceitação é tarefa árdua, principalmente porque cremos que a nossa falta de ação nos leva a cometer erros que geram frustrações e que viram uma bola de neve e, de repente, nos vimos com medo de realizar simples coisas ou de aceitá-las como algo que não temos controle.

Aprendemos erroneamente que quando não temos controle ou choramos, somos fracos e por isso mesmo nada dará certo em nossas vidas até que sejamos fortes e determinados a mudar. Sim, podemos mudar. A cada dia que nos olhamos no espelho podemos falar: sim, eu posso! Podemos nos sentir gigantes e confiáveis quando olhamos os problemas como sendo pequenos grãos de areia. Incomodam, fazem doer, mas não permanecem a vida inteira em nós. Aceitar o fato de estarmos vivos e que precisamos de ajuda já é um grande começo. Devemos aprender a nos tocar e nos admirar, afinal, quem precisa de uma segunda opinião quando temos em nosso caminho a pessoa mais importante para nós na vida: nós mesmos? Temos ar em nossos pulmões e vontade de virar o jogo, isso já basta para começar a viver.

Sejamos como os bratáquios surdos que não medem esforços e alcançam o que tanto almejavam, pois não se deixaram abater pela força de quem os quer ver desanimados e se anima com isso. Sejamos vivos, sejamos únicos e eternos”.

Luna - 04/05/2012

Em 06/06/2014 Luna escreveu o seguinte texto:

“Importância da equoterapia para mim”

Carinho, respeito, conhecimento, superação, gratidão.

Carinho especial pelos cavalos – mediadores / terapeutas das minhas angustias e medos, mostrando com doçura como se portar diante da vida, diante da instabilidade e, mesmo assim, achar o ponto de equilíbrio, conseguir me manter de pé e mostrar que eu sou a única responsável por tomar as rédeas da minha vida em minhas mãos e que se eu deixar o medo tomar conta, se eu não mostrar com firmeza o que eu quero, eles – o cavalo e a vida- podem me derrubar.

Respeito que adquiri dos profissionais que me atendem no que se refere aos meus sentimentos e fraquezas, mostrando como agir, como dizer o que eu sinto de verdade, me expressar com clareza e, acima de tudo, saber me proteger, não deixando que outras pessoas decidam por mim.

Conhecimento de quem eu sou, quais são meus limites e como fazer a mudança acontecer. Apesar de dolorida, a mudança acontece aos poucos e a

equoterapia me mostra que devo respeitar este tempo e ver que, de forma lenta, mas sempre constante, o crescimento acontece.

Superação. Uma incrível superação dos meus medos – que não são poucos – que gradativamente vou aprendendo a substituir por bons sentimentos e pensamentos. Estou buscando essa superação a cada dia, da melhor forma. Ainda tenho muito a aprender, mas com a ajuda dos profissionais e o carinho que me passam, sei que vou conseguir.

Gratidão pela oportunidade de vivenciar com pessoas tão especiais tudo que estou passando.

Luna, 06/06/2014

Os textos exprimem mudanças significativas no olhar sobre si e sobre a vida. Retratam claramente os contornos subjetivos que a equoterapia imprimiu na praticante. O cavalo era visto por ela como uma figura impetuosa, forte, de alta ascendência social, exigindo muitas qualidades para ser montado, como: força, equilíbrio, vitalidade. Algo que inicialmente era impensado por Luna. Assim, houve resistência na vinculação inicial por não se sentir capaz.

Na trajetória terapêutica, o trabalho em conjunto foi muito promissor porque a relação com o par na dificuldade e nas conquistas ofereceram apoio. E pode se concluir que o brincar, dentro da experiência cultural, mesmo na vida adulta, tal como postula a teoria de Winnicott, perpassado pela liberdade e confiança na relação com o animal e com os mediadores possibilitou a vivência de uma série de questões subjetivas de Luna que redimensionaram suas possibilidades de lidar consigo e com o mundo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que a equoterapia é uma prática terapêutica onde, por meio da intervenção psicomotora lúdica, o corpo, enquanto expressão de linguagem, se reconfigura ampliando as possibilidades do sujeito de se exprimir em seu campo relacional. Por meio do movimento tridimensional, cinesioterapêutico e de sua representação social o cavalo toca o praticante em seu real, simbólico e imaginário, permitindo um espaço terapêutico em que esses registros podem ser reconfigurados.

Consideramos que a relação com o cavalo e com o mediador oferece o *holding* necessário para o desenvolvimento do praticante. A dinâmica terapêutica oferece acolhimento e segurança, bem como força e contorno.

Trabalhar com pessoas exige compreensão do seu momento de vida e da sua configuração subjetiva, pois os sujeitos vivenciam as questões internas e externas por meio da relação que travam com os objetos, criando jogos e relações sociais onde seu mundo interno e a realidade coexistem. Estar atento a esse processo e possibilitar os meios para suas reorganizações é o que podemos pensar como uma intervenção eficaz na prática equoterápica, ou seja, pensá-la como um processo lúdico que permite ao próprio sujeito criar soluções para seus conflitos (WINNICOTT, 1975).

O mediador deve estar preparado para estabelecer esta relação. Winnicott (2012) ao falar das crianças delinquentes institucionalizadas devido à guerra afirma, por exemplo, diz que a principal intervenção junto a estes sujeitos era que fossem cuidados por pessoas capazes de suportar todas as provas de agressividade, quando tais crianças mostravam seu pior. Seria o mesmo, como esclarece o autor, de a criança morder o seio materno e a mãe, apesar da dor, permanecer oferecendo o acolhimento e o alimento.

Assim, o cavalo mostra essa disponibilidade radical ao ser humano, cabendo ao mediador ter uma formação que lhe possibilite estar à altura dessa mesma posição, sem se pautar em uma postura caridosa, assistencialista, mas sim no conhecimento teórico e em um trabalho pessoal de reflexão permanente sobre sua prática.

O cavalo permite que o praticante assuma direitos sobre ele, dá conta da ambivalência afetiva. Inicialmente pode ser pensado e vivido como um prolongamento do corpo do praticante, mas está aberto à outras possibilidades de relação, sendo gradativamente descatexizado por meio da atuação do mediador.

Desse modo, a atuação do terapeuta deve ser a de perceber as relações estabelecidas entre o praticante e o cavalo. Seu atuar deve ancorar-se em um posicionamento que permite um espaço espontâneo e criativo, ao mesmo tempo, seguro e interessante. Neste *setting* e nesta proposta terapêutica o mediador é imprescindível para que o praticante consiga acessar com mais autenticidade seu *self* e possa achar novos caminhos para superar suas dificuldades.

As contingências que o sujeito vivencia atuam em seu corpo real. Assim, a pura leitura do corpo biológico é muito empobrecedora por descartar o sujeito em sua dimensão subjetiva e não perceber as diferenças. Ou seja, o sintoma é algo que diz sobre o sujeito, por isso é valorizado na leitura psicanalítica, não sendo um incômodo a ser retirado, tal como a psiquiatria postula.

As relações estabelecidas com o cavalo apresentadas nos três casos mostram diferentes posicionamentos em relação ao objeto. Percebeu-se no caso Caio uma diferenciação na relação estabelecida com o objeto ao longo do processo. A criança conseguiu, mesmo com suas dificuldades, entrar na linguagem, conseguindo confiar e se vincular aos mediadores. Essa confiança, trouxe-lhe alguns recursos simbólicos para apaziguar seus temores e sua agonia impensável advinda de suas dificuldades subjetivas.

No caso Téó, vimos que a criança tinha uma acentuada dificuldade para situar-se nas relações sociais. O corpo era usado de forma excessiva, compensando seus impasses simbólicos. Ele apresentava-se inicialmente incapaz de brincar, de estabelecer uma relação com o cavalo que auxiliasse no seu desenvolvimento. Com mediação, o terapeuta conseguiu acessar essas dificuldades e na brincadeira ‘ensinou’ o praticante a brincar. Esse jogo lúdico com o cavalo ofereceu a Téó um novo contorno subjetivo.

Com Luna, na idade adulta, a representação social do cavalo, visto como forte, potente, herói em guerras, belo foi importante para construir um espaço terapêutico. Luna apropriou-se do cavalo mediante a constituição social que este apresenta, isto é, a arte da

equitação foi vista como um espaço de afirmação para sua subjetividade com contornos depressivos. Assim, a ideia de conquista, de empoderamento que o cavalo oferece permitiram à Luna uma travessia de sua posição desvitalizada. Sentia-se incapaz de lidar com a demanda dos familiares que recebia. A postura do animal visto como forte, mas que nada lhe cobrava, foi fundamental para a construção de sua nova posição subjetiva. O cavalo ludicamente lhe mostrou que apesar de serem incontroláveis as contingências da vida é possível leva-la em frente.

Quando falamos do humano, falamos da subjetividade, do paradigma da complexidade e da constante vivência de regulação de ambivalências afetivas. A equoterapia pode ser vista como um trabalho de clínica psicomotora onde o real, o imaginário e o simbólico são vistos a partir da transferência. O lugar do sujeito deve ser garantido no campo transferencial, não sendo seu corpo uma máquina em mau funcionamento necessitando de conserto.

Observamos que a equoterapia se expande para além do cavalo, sendo todo o espaço equoterápico constituído pelo sujeito como recurso para vivências, elaborações e reelaborações de conteúdos internos e externos, conforme se explicitou com a teoria de D. Winnicott. Estes conteúdos, também chamados de conflitos, ocorrem ao longo do desenvolvimento, sendo elementos constitutivos na formação da subjetividade.

Percebeu-se, portanto, que as relações estabelecidas na equoterapia apresentavam configurações diferenciadas conforme a relação que o sujeito mantém com o objeto, ou seja, com o cavalo. Nessa perspectiva, os conceitos apresentados por Winnicott: objeto transicional, brincar, fenômeno cultural foram fundamentais para refletir sobre essa prática à luz da teoria psicanalítica. Em outras palavras, a partir das dificuldades subjetivas de cada um estabelece-se uma conexão com a equoterapia, podendo ser este espaço um meio intermediário, seguro, em que o sujeito pode ressignificar seus conflitos. Este processo auxilia o sujeito a atuar de forma mais segura e criativa em sua vida.

Deste modo, ao receber um praticante, a equipe interdisciplinar precisa planejar e discutir os objetivos de cada caso. O caso Téo, com sua problemática em torno do TDA/H nos levou a pensar sobre a importância da conexão entre todos os atendimentos da criança. Como vimos, o praticante passou a brincar terapêuticamente, chegando ao estágio de valorização da

equoterapia pelo fato cultural da equitação, participando de torneios e mostrando-se satisfeito por socialmente estar inserido em um meio de competições de equitação, dando conta disso. Esses fatos foram importantes porque colocaram em xeque os rótulos que a escola havia lhe construído.

No entanto, o não estabelecimento de uma comunicação efetiva com a escola de Téo dificultou que a criança pudesse obter ganhos terapêuticos mais rápidos. A escola continuou sendo-lhe um espaço aversivo, onde o sujeito corria risco de ser novamente marcado pelos estigmas do laudo médico e de seu histórico escolar. Vimos também, que não foi oferecida uma mediação na escola que possibilitasse ao praticante organizar seus conflitos escolares.

Uma equipe interdisciplinar, na qual vários profissionais de diferentes formações atuam conjuntamente, deve promover reuniões permanentes para constatação de reações e ganhos do sujeito a cada atendimento, sejam estes clínicos ou escolares. Devem construir um trabalho não perpassado por posturas competitivas e com julgamentos estanques de certo ou errado, sendo colaborativo para proporcionar ganhos terapêuticos mais significativos para os sujeitos.

Em outras palavras, a postura ética da qual a psicanálise fala aponta para o reconhecimento do sujeito que existe atrás das siglas diagnósticas. A atuação do mediador com uma formação nessa linha teórica permite sustentar e zelar para que essa posição seja respeitada e garantida durante as discussões com a equipe, respeitando a lógica interdisciplinar que a cada área cabe um saber e um fazer.

Assim, consideramos ser importante que os profissionais psiquiatras, psicólogos, neurologistas, pedagogos, fisioterapeutas, etc. tenham uma formação que lhes proporcione uma conduta terapêutica ética, sabendo ultrapassar os conceitos de “certo” e “errado” do saber fazer do outro profissional, pois essa visão e a dificuldade em escutar constituem-se como grandes obstáculos à interdisciplinariedade voltada para sujeitos com sofrimento psíquico.

Portanto, a nosso ver, entendemos que em pesquisas futuras seja importante investigar como construir, de fato, um trabalho interdisciplinar amplo para garantir a posição de sujeito da criança em todos os seus espaços sociais em todas as redes de apoio que integram suas vidas e de seus familiares nos momentos que atravessam por dificuldades.

Outro ponto, que identificamos ao longo das reflexões dessa dissertação foi que os conflitos devem ser objeto de observação e o foco de mediação na dinâmica terapêutica. Na hipótese do praticante não conseguir usar o espaço de forma a construir tal dinâmica, cabe ao mediador ensiná-lo a brincar, independente da idade que tenha. No caso dos grupos de participantes, as eventuais desavenças entre praticantes devem contar com a necessária mediação para se transformarem em excelentes oportunidades de reflexão com cunho terapêutico.

Após a realização desse trabalho, chegou-se a conclusão de que a inexistência de técnicas equoterápicas pré-determinadas, com protocolos de atendimento rígidos para quadros clínicos específicos é de fundamental importância, tendo em vista as reações e formas de relacionamento de cada um serem ímpares e imprevisíveis. A solução que parece ser mais adequada é proporcionar circunstâncias e nuances para que o praticante sinta-se apto a aumentar seu vínculo com o cavalo, criando-se, ao mesmo tempo, espaços para escuta da fala do praticante para favorecer situações transferenciais dentro do espaço equoterápico. Quando se tem atividades planejadas com direcionamento excessivo também se impõe um grau exacerbado de dificuldade para a criação de dinâmicas que englobem o brincar, a capacidade criadora e a espontaneidade.

As alterações das atividades na prática equoterápica configuram também fontes geradoras de espaços terapêuticos significativos. Para isso faz-se necessária uma sensibilidade do mediador no brincar terapêutico, para que suas propostas verifiquem, a priori, e de forma constante o singular de cada praticante em sua relação com o animal. Em outras palavras, é necessária também a criatividade desse profissional no fazer terapêutico, conforme nos diz Winnicott, pautando essa atuação em leituras teóricas e em uma postura ética.

É importante ressaltar que de alguma forma há resultados positivos na equoterapia, independente da formação profissional do mediador. Ocorre que nessa prática o contato com o cavalo, a constituição simbólica social que este representa provocam um efeito psicomotor no corpo e na linguagem do sujeito. Também, por si só, é uma terapêutica pautada no brincar e, como vimos em Winnicott, isso potencializa a autoconfiança e a abertura para o novo no mundo. No entanto, com a necessária mediação, este brincar torna-se, sem dúvida, um espaço terapêutico ainda mais produtivo.

Sugere-se, por fim, para futuras pesquisas que se investigue sobre a alta do tratamento na equoterapia, tendo em vista que a maioria dos centros tem seu esteio financeiro em convênios celebrados com o governo, e este, por sua vez, empreende políticas que valorizam cada vez mais o quantitativo de atendimentos prestados do que a qualidade dos mesmos, tornando assim administrativamente necessário um rodízio de pacientes com a finalidade de que mais pessoas possam ter acesso a equoterapia. Atualmente, os centros de equoterapia se veem forçados a estipular um determinado quantitativo de atendimentos, geralmente fixo, sem, contudo, levar em consideração os conteúdos subjetivos e a resposta ao tratamento de cada praticante.

REFERENCIAS

ARAÚJO, C. A. S. **Winnicott e a Etiologia do Autismo:** considerações acerca da condição emocional da mãe. Estilos da Clínica, 2003, Vol. VIII, n. 14. p. 146-163. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v8n14/v8n14a11.pdf>>. Acesso em: 12/10/2014.

ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHOLOGICAL. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V.** Porto Alegre: ARTMED, 2014.

BARCKLEY, R. A; COLS. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento.** São Paulo, Artmed, 2006.

BUSSOTTIL, E. A.; LEÃO, E. R.; CHIMENTÃO, D. M. N.; SILVA, C. P. R. S. **Assistência individualizada:** “Posso trazer meu cachorro?”. Revista da Escola de Enfermagem. USP, 2005; 39(2):195-201. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/10.pdf>>. Acesso em: 20/10/2014.

BRAZELTON, T. B.; STANLEY, I. G. **As Necessidades Essenciais das Crianças.** Porto Alegre: ARTMED, 2002.

CALAZANS, R.; MARTINS, C. R. (2007). **Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo.** Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas, 12. p. 142-157.

DEUS, A. N. et al. **Estudo de caso na pesquisa qualitativa em educação:** uma metodologia. VI Encontro, 2010. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_14.pdf>. Acesso em: 10/10/2014

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DOLTO, F. **L'image inconsciente du corps**. Paris: Seuil, 1984.

GIL, A. C. **Estudo de caso: fundamentação científica**: subsídio para coleta e análise de dados; como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2009.

GUARIDO, R. **A medicalização do sofrimento psíquico**: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, jan./abr. 2007. p. 151-161.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Educação. **Estratégia de matrícula 2014**. Disponível em: <www.cre.se.df.gov.br/ascom/documentos/orientações_pedagogicas.pdf>. Acesso em: 10/10/2014

_____. Portaria 39, de 09 de março de 2012. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2012/03_Mar%C3%A7o/DODF%20N%C2%BA%20050%2012-03-2012/Se%C3%A7%C3%A3o01%20-%20050.pdf>. Acesso em: 10/10/2014.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. **Definições**. 2015. Disponível em: <<http://www.equoterapia.org.br/site/equoterapia.php>>. Acesso em: 08/06/2014.

FLECKA et al. **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003. p.114-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a13>>. Acesso em: 08/10/2014.

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

FIGUEIREDO, A. C. **A construção do caso clínico**: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Revista Latinoamericana Psicopatologia. Fundam, 2004. p.175-86.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. Jornal de Psicanálise. 18, 1985. p. 27-45.

GOMES, A. A. **Estudo de Caso: planejamento e método.** Revista Nuances: estudos sobre Educação. Presidente Prudente, SP, ano XIV, v. 15, n. 16, jan./dez. 2008. p. 215-221. Disponível em: <<http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/74446505/PLANEJAMENTO%20E%20M%C3%89TODOS.pdf>>. Acesso em: 10/08/2014.

GORETTI, A. C. S. et al. **A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico.** Estilos clínica, vol.19 n. 3. São Paulo dez. 2014.

GRAÑA, C. G. **A aquisição da linguagem nas crianças surdas e suas peculiaridades no uso do objeto transicional: um estudo de caso.** Contemporânea: Psicanálise e transdisciplinaridade, n.5, jan./mar. 2008. p. 143-153.

KINGER, E. F. **O brincar e as estereotípias em crianças do espectro autista diante da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

KUPFER, Maria Cristina M.; BERNARDINO, Leda M. F.; MARIOTTO, Rosa Maria M. (orgs.). **Psicanálise e Ações de Prevenção na Primeira Infância.** São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.

LAZZARINI, E. **Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea: novos rumos, reiteradas questões.** Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, 2006.

LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. C. **Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea.** Aná. Psicológica, Lisboa, v. 28, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10/08/2014.

LEGNANI, V. N. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo psicanalítico.** Tese de doutorado. Universidade de Brasília, 2003.

LEGNANI, V. N. **Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança.** Fractal: Revista de Psicologia, 24, set. 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/470/689>>. Acesso em: 10/08/2014.

LEGNANI, V. N. **Psicanálise e Inclusão Escolar:** um redimensionamento do ideário do déficit. Revista Inter Ação, v. 35, n. 1, fev. 2011. p. 151-174. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/view/13140/8535>>. Acesso em: 08/26/2014.

LEGNANI, V. N; ALMEIDA, S. F. C. **Hiperatividade:** o "não-decidido" da estrutura ou o "infantil" ainda no tempo da infância. Estilos da Clinica, v. 14, n. 26, jan. 2008. p. 14-35. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46046/49671>>. Acesso em: 10/06/2014.

LEVIN, E. **A clínica psicomotora:** o corpo na linguagem. RJ: Vozes, 2011.

LEVIN, E. **A infância em cena:** constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. RJ: Vozes, 1997.

LEVIN, E. **A função do filho:** espelhos e labirintos da infância. RJ: Vozes, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986. Disponível em: <<http://www.lite.fae.unicamp.br/papet/2003/ep145/pesq.htm>>. Acesso em: 08/10/2014.

MAGALI, et al. **Sexualidade e educação:** ação e linguagem na constituição subjetiva do sujeito na psicanálise de Françoise Dolto. Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Niterói RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 3 a 6 de Setembro de 2012.

MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe.** São Paulo: Martins Fontes, 1985.

MONTEIRO, K. C. C. & LAGE, A. M. V. **Depressão:** Uma 'Psicopatologia' Classificada nos Manuais de Psiquiatria. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2007, 27 (1), 106-119. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a09>>. Acesso em: 06/07/2014.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. São Paulo: Editora Cultrix, 1997.

NEVES, B. R. da C.; VORCARO, Â. M. R. **A intervenção do psicanalista na clínica com bebês:** Rosine Lefort e o caso Nádia. *Estilos da Clínica*. São Paulo, v. 15, n. 2, dez/2010. p. 380-399.

NETO, O. F. **As principais contribuições de Winnicott à prática clínica**. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.42, n.1, São Paulo: mar. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-41X2008000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 06/08/2014.

NEVES, B. R. da C.; VORCARO, Â. M. R. **A intervenção do psicanalista na clínica com bebês:** Rosine Lefort e o caso Nádia. *Estilos da Clínica*. São Paulo, v. 15, n. 2, dez/2010. p. 380-399.

PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. **Autismo infantil, estudos de validação, questionários**. Rio de Janeiro: *Jornal de Pediatria*, 2008. p. 487-494. Disponível em <http://www.jped.com.br/conteudo/08-84-06-487/port.asp?cod=1884>>. Acesso em: 06/08/2014.

OLIVEIRA, A. P. G. **O ambiente de abrigo como *holding* para adolescentes**. *Anais do 1º Congresso Internacional de Pedagogia Social*, mar. 2006. <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000092006000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 06/08/2014.

ONU. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Organização Mundial de Saúde (coord). Dorgival Caetano (trad). Porto Seguro: Artmed, 1993.

SEVERO, J. T. (org). **Equoterapia: equitação, saúde e educação**. São Paulo: Editora Senac, 2010.

SILVA, D. Q. **A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico**. Estud. psicanal., Belo Horizonte , n. 39, jul. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2014.

STAKE, R. E. **Investigación com estúdio de casos**. Madri: Morata, 1998.

TEXEIRA, M. A. R. **Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria**. Revista de Psicologia da UNESP, 4, 2005. p. 52. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/31/57>>. Acesso em: 08/06/2014.

THEVENOT, A.; METZ, C. **Instabilidade psicomotora ou hiperatividade: riscos dos deslizamentos dos discursos sobre a psicopatologia infantil**. Epistemo-somática, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08/08/2014.

TRIVIÑOS, N. A. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

TURATO, R. E. **Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Definição e Principais Características**. Revista Portuguesa de psicossomática, vol. 2, n. 1, jan/jun, 2000, p. 93-98. Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>>. Acesso em: 10/11/2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Ana Thorell (trad.). Porto Alegre: Bookman, 2010.

WINNICOTT, D. W. **Privação e Delinquência**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **Holding e interpretação**. Rio de Janeiro: WMF Martins Fontes, 2010.

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso. *In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **CORPO E LINGUAGEM NA EQUOTERAPIA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA**, sob a responsabilidade do pesquisador Hellen Munique Alves, a qual pretende discutir a relação estabelecida na equoterapia entre o praticante, o mediador e o cavalo, analisando, a partir da perspectiva psicanalítica, essa prática com sujeitos que apresentam dificuldades subjetivas que interferem nas suas vidas, em particular, nos processos de escolarização e que apresentam diferentes tipos de estabelecimento de relações com o cavalo. Sua participação é voluntária e se dará por meio de análise de prontuário/anotações dos atendimentos realizados na prática de equoterapia. Se você aceitar participar, estará contribuindo para ampliar o conhecimento a cerca da prática equoterápica. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço eletrônico: xxxxxxxx, pelo telefone (xx) (xxxx-xxxx).

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ___/ ___/ ____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – INFORMAÇÃO SOBRE A ANDE



ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA ANDE-BRASIL

UM CENTRO DE EQUOTERAPIA

CONCEITO

Um Centro de Equoterapia (CE) é uma entidade jurídica, que deve dispor de instalações físicas e equipamentos adequados, contar com uma equipe técnica habilitada, cavalos treinados e, ainda, com pessoal para serviços gerais, com a finalidade de prestar um atendimento de qualidade, em Equoterapia, às pessoas que buscam este método de tratamento.

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe técnica multidisciplinar e de atuação interdisciplinar é constituída por profissionais das áreas da saúde, educação e equitação, sendo que, para as duas primeiras, é exigido o diploma de nível superior para a realização de curso de habilitação em Equoterapia, o Curso Básico.

A ANDE-BRASIL preconiza que a equipe seja a mais diversificada possível. É indispensável que a equipe mínima de atendimento esteja habilitada com o Curso Básico de Equoterapia, realizado pela ANDE-BRASIL ou por ela reconhecido. O profissional de equitação deverá habilitar-se com o Curso de Profissional de Equitação para Equoterapia, na sede da ANDE-BRASIL, onde o mesmo é realizado.

A equipe mínima, para fins de filiação à ANDE-BRASIL, deverá ser composta obrigatoriamente, por: fisioterapeuta, psicólogo e instrutor de equitação (todos com habilitação em curso específico de Equoterapia realizado ou reconhecido pela ANDE-BRASIL).

A EQUIPE DE APOIO

Essa equipe é constituída basicamente por auxiliares guias e tratadores. Necessita receber treinamento específico e periódico das equipes constituídas nos CE, com relação aos praticantes, patologias e cavalos de Equoterapia. É conveniente que ocorram reavaliações e reciclagens periódicas com toda a equipe do CE.

O DIRETOR DO CE

É a pessoa que tem a responsabilidade administrativa e legal sobre o Centro e pelas atividades que ali se desenvolvem.

Pode ser um profissional da área de saúde, educação, administrativa ou outra.

A AVALIAÇÃO MÉDICA

O CE deverá ter um médico que venha a atuar como orientador ou consultor da equipe local. Para tanto, ele não precisa integrar fisicamente a equipe que realiza as atividades equoterápicas rotineiras.

Ele será o responsável pela avaliação inicial dos praticantes, fornecendo o diagnóstico clínico, a existência de fatores de risco orgânicos, físicos e/ou medicamentosos, o encaminhamento dos praticantes para o atendimento equoterápico, quer sejam com ou sem restrições.

Esta avaliação poderá ser feita pelo médico do praticante, em seu consultório, por escrito, desde que exiba o carimbo com o número do CRM e assinatura do profissional que a elaborou.

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA RELATIVA AOS PRATICANTES

O CE deve ter um arquivo sobre cada um de seus praticantes, contendo no mínimo:

- Ficha Cadastral do Praticante.
- Termo de Compromisso
- Avaliação Médica.
- Avaliação Fisioterápica e Psicológica.
- Questionário com dados sócio - familiares.
- Registro de avaliação em vídeo (opcional)

RECONHECIMENTO DO CE PELA ANDE-BRASIL

A ANDE-BRASIL é a entidade responsável pela criação, institucionalização, divulgação, reconhecimento e certificação dos CE de acordo com a documentação apresentada, segundo as classificações:

- Centros Filiados
- Centros Agregados

É, ainda, detentora da palavra Equoterapia (registro no INPI 819392329).

Centros de Equoterapia Filiados

São pessoas jurídicas de direito público ou privado (CNPJ) que, aplicam o Método Equoterápico, dentro de princípios técnico-científicos e éticos, prescritos no Estatuto da ANDE-BRASIL e atenda todas as exigências para sua Filiação.

Após homologação da documentação requerida pela ANDE-BRASIL, o CE receberá o Certificado de Filiação.

Esta documentação está disponível no site da ANDE-BRASIL.

Centros de Equoterapia Agregados

São aqueles que, de acordo com o Estatuto da ANDE-BRASIL, ainda necessitam de prazo para o cumprimento das exigências para a sua Filiação definitiva.

A Agregação tem caráter temporário, sendo um período para a adequação aos critérios de filiação a ANDE-BRASIL.

O prazo definido pelo Estatuto é de doze meses, findo o qual o CE poderá requerer, justificando, a prorrogação deste prazo, por mais 12 meses.

DIREITOS DOS CENTROS FILIADOS

- Ser apoiado pela ANDE-BRASIL na solução de problemas técnicos ligados à prática da equoterapia, a qual poderá acionar seu Conselho Técnico-Científico.
- Renovar, anualmente, o Certificado de Filiação.
- Gozar de desconto especial nas taxas de inscrição em cursos e eventos didáticos elaborados pela ANDE-BRASIL.
- Propor a ANDE-BRASIL ideias, sugestões, temas para discussões, teses e assuntos de interesse comum.
- Publicar, nos órgãos oficiais de divulgação da ANDE-BRASIL – inclusive no “site” da Associação, artigos, notícias e informações, de acordo com critérios estabelecidos.
- Usar o nome Equoterapia no designativo oficial do centro, bem como a logomarca e a sigla da ANDE-BRASIL.
- Beneficiar-se da Lei nº 9.249, de 26 de Dezembro 1995, utilizando-se do título de utilidade pública da ANDE-BRASIL, para fins de recebimento de doações por parte de pessoa jurídica, obedecendo às normas e a legislação em vigor relativas ao assunto.
- Beneficiar-se da apólice de seguro de vida e acidentes pessoais, em favor de praticantes de Equoterapia, nos termos estabelecidos por normas da ANDE- BRASIL.
- Receber orientação para o desenvolvimento de pesquisas sobre Equoterapia, quando solicitado e for julgado pertinente.
- Fazer uso da palavra e da logomarca da ANDE-BRASIL, de acordo com as normas estabelecidas para eventos didáticos. Em função da palavra Equoterapia ser registrada no INPI, o que determina que o seu uso só possa ser feito por pessoal autorizado pela ANDE e com autorização expressa desta.

DEVERES DOS CENTROS FILIADOS

- Respeitar e fazer respeitar o Estatuto da ANDE-BRASIL e demais normas reguladoras, particularmente as que dizem respeito aos fundamentos doutrinários da Equoterapia no Brasil.
- Manter o padrão ético e de desempenho das atividades equoterápicas, conforme seus fundamentos.
- Não permitir a prática da Equoterapia sem obediência aos princípios básicos preconizados pela ANDE-BRASIL, a fim de evitar que ela se realize sem o devido controle, ou que seja ministrada por pessoas não habilitadas pela ANDE-BRASIL para tal atividade específica.
- Saldar seus compromissos financeiros com a ANDE-BRASIL, quando for o caso.
- Empenhar-se na execução das solicitações que forem encaminhadas ao CE pela ANDE-BRASIL.
- Dispor de cavalos com boas condições de saúde, mansos, alimentados, trabalhados e selecionados especialmente para a Equoterapia.
- Ter o acompanhamento permanente de membros da sua equipe técnica durante as sessões equoterápicas, para fins de elaboração de registros sobre os praticantes e manutenção de dossiê individual detalhado.
- Receber visitação e orientação técnica de representantes da ANDE-BRASIL.
- Dar especial atenção às normas de segurança física da equipe e dos praticantes.
- Iniciar o atendimento equoterápico, somente após a indicação médica e no mínimo, com avaliações fisioterápica e psicológica favoráveis.
- Dispor de planejamento individualizado da terapia para cada praticante e providenciar a reavaliação de cada um deles, quanto aos aspectos clínico, psicológico e fisioterápico, no mínimo uma vez por semestre. Manter os arquivos sempre atualizados.
- Manter quando a prática da Equoterapia for remunerada, um percentual mínimo de 20% (vinte por cento) das vagas para atendimento filantrópico.
- Estimular o trabalho voluntário, desde que de acordo com a documentação pertinente e atualizada.
- Incluir o nome “Equoterapia” no título do Centro, sendo que, em casos especiais, poderá fazê-lo no nome “fantasia”, que aparecerá no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

Os CE filiados ou agregados que infringirem o Estatuto e as demais normas da ANDE-BRASIL estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- advertência;
- suspensão temporária dos direitos estatutários;
- exclusão dos quadros da ANDE-BRASIL.

A penalidade de exclusão será aplicada pelo Presidente da ANDE-BRASIL, ouvida a sua Diretoria e após aprovada pelo Conselho Deliberativo.

A Diretoria da ANDE-BRASIL, conforme a gravidade de cada caso, para salvaguardar a sua responsabilidade, poderá adotar outras providências que julgar necessárias, junto aos poderes constituídos, entidades institucionais, tais como, os conselhos federais e regionais das diversas áreas profissionais envolvidas e outros.

ANUIDADES

A ANDE-BRASIL, para cumprir com suas obrigações estatutárias, tais como: remessa de revista e informativo, emissão de Certificado, estabelece o valor de meio salário mínimo vigente por ocasião da renovação da Filiação anual.

Para a solicitação inicial de Filiação, os CE ficarão dispensados da contribuição da anuidade.

SISTEMÁTICA PARA FILIAÇÃO

Primeira Filiação ou Agregação

Os documentos poderão ser obtidos no site: www.equoterapia.org.br, no link “Centros”. Estes documentos deverão ser impressos, preenchidos, assinados e enviados os originais, via correio, para a ANDE-BRASIL. Pede-se que seja preservada a forma original dos mesmos, conforme sua apresentação no site. (*fichas em anexo*)

Documentos para solicitação de Filiação ou Agregação do Centro de Equoterapia a ANDE-BRASIL:

- Ficha de Solicitação* (Anexo I)
- Ficha de Composição da Equipe* (Anexo II) e (Anexo III)
- Ficha de Informações Gerais* (Anexo IV)
- Termo de Aceitação* (Anexo V)
- Cópia do CNPJ*
- Cópia do Estatuto ou Contrato Social, conforme o tipo de empresa*
(*deverá constar a autorização de prática da Equoterapia*).
- 10 fotos Coloridas das Instalações do CE*
- Cópia do Alvará de Inscrição na Prefeitura Municipal (opcional)
- Cópia do Alvará de Inscrição na Vigilância Sanitária Municipal (opcional)

*documentação obrigatória

Procedimentos para o envio da documentação na primeira Filiação ou Agregação

A documentação deverá ser enviada, devidamente identificada com o nome do Centro de Equoterapia e do seu Responsável Técnico, em letra legível, via correio normal ou SEDEX, para o seguinte endereço:

Associação Nacional de Equoterapia

Granja do Torto S/Nº - Brasília/DF - CEP 70636-000

Após o recebimento do e-mail em que se confirmará o recebimento da documentação e no qual estará sendo discriminado o valor da taxa administrativa a ser paga pelo Centro de Equoterapia, enviá-lo, via fax, para (61) 3468 8486.

Para solicitar a Prorrogação da Agregação do Centro, após o 1º período anual como Centro Agregado, o seu Responsável Técnico deverá preencher e enviar as fichas/correspondentes.

Renovação de Filiação ou Agregação

Para solicitar a Renovação de Filiação ou Agregação do Centro de Equoterapia, o seu Responsável Técnico deverá preencher e enviar as fichas devidamente atualizadas por correio eletrônico anualmente.

É importante salientar que a ficha de composição da equipe tem de ser assinada e escaneada para que as assinaturas e carimbos possam ser observados.

Pagamento das Taxas Administrativas

A partir do segundo ano de Filiação ou Agregação do Centro, são cobrados os seguintes valores anuais, referentes às taxas de administração da ANDE-BRASIL.

- Renovação de Filiação: meio (1/2) salário mínimo oficial
- Renovação de Agregação: um quarto (1/4) do salário mínimo oficial

Os dados bancários da ANDE-BRASIL são:

- Banco do Brasil-Agência: 1004-9 - Conta Corrente: 40.373-3.

Utilização do Seguro de Vida

Somente os Centros Filiados tem direito de utilizar o seguro de vida em grupo feito para a ANDE-BRASIL pela PROSEG seguradora.

Poderão ser segurados:

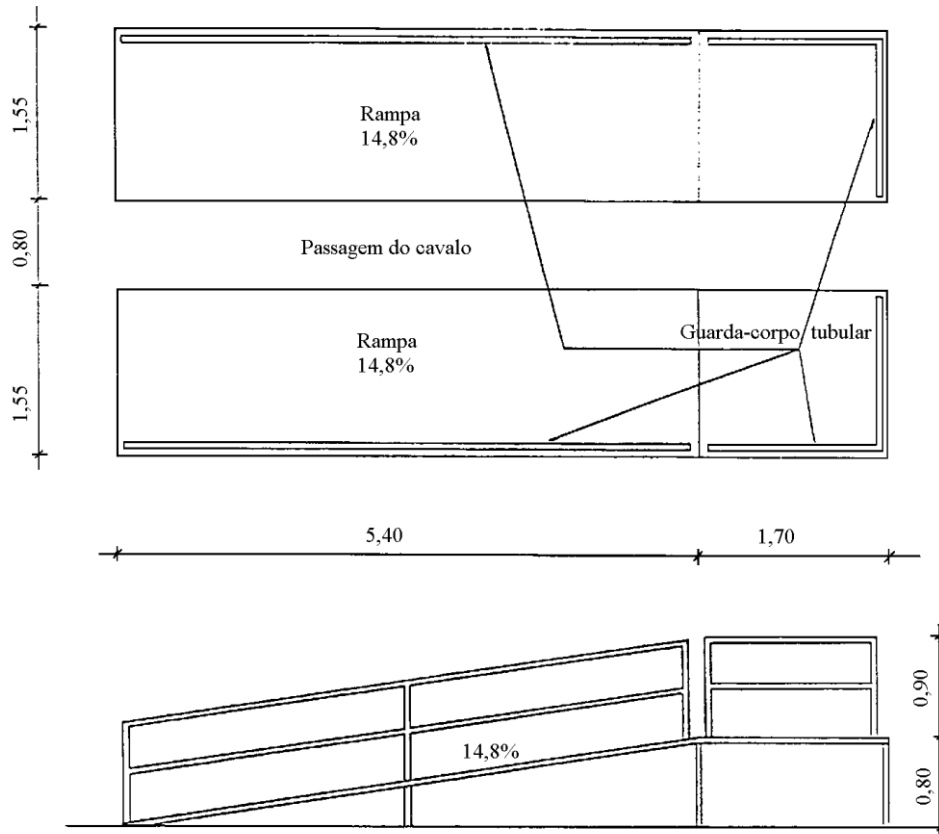
- Praticantes, pessoal de apoio e terapeutas
- Preço: R\$ 4,15 por pessoa/mês
- Enviar lista com os nomes dos segurados até o dia 22 de cada mês.

A lista deverá ser enviada para o Sr. Paulo Braga por intermédio do e-mail paulobraga@proseg.com.br

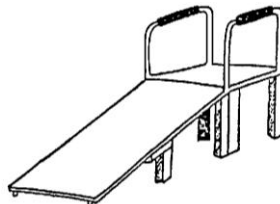
O telefone da Central de informações da PROSEG é: 0800-6446767

APÊNDICE C - INSTALAÇÕES FÍSICAS DE UM CENTRO DE EQUOTERAPIA: SUGESTÕES

RAMPA FIXA

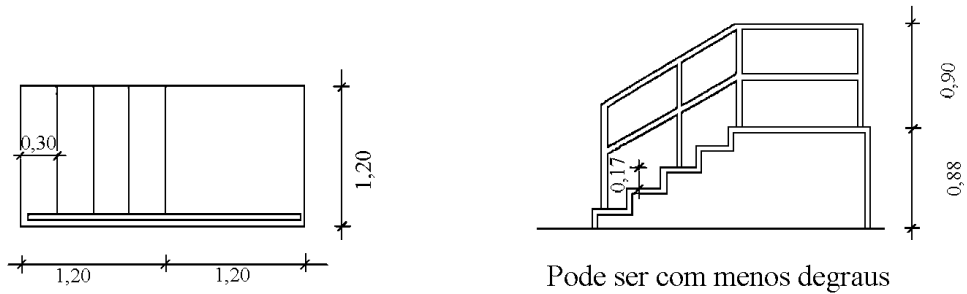


RAMPA MOVEL

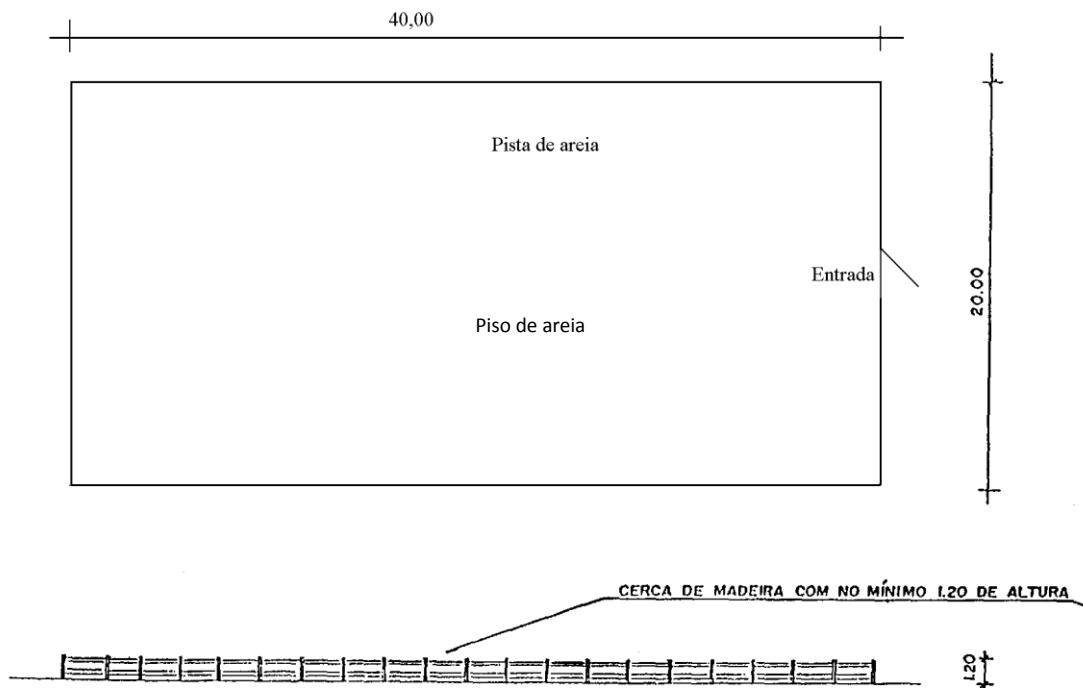


Pode ser fixa aproveitando-se um desnível

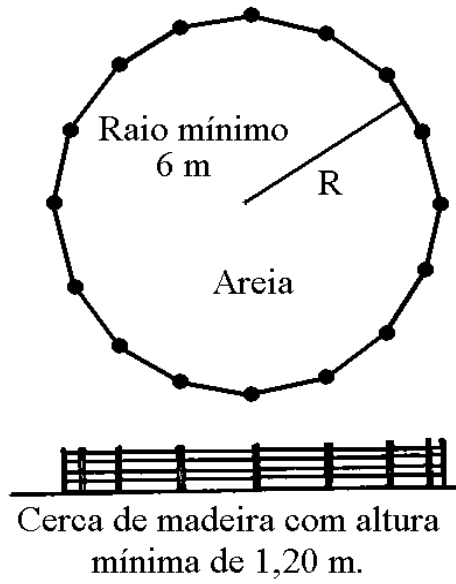
ESCADA DE MADEIRA



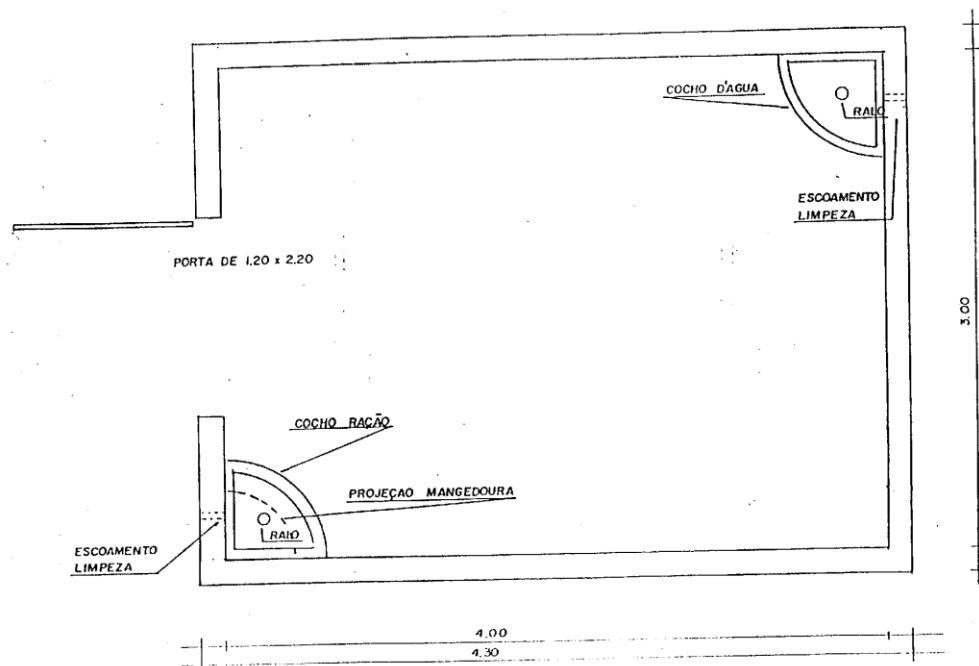
PICADEIRO PARA A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA (de preferência coberto)



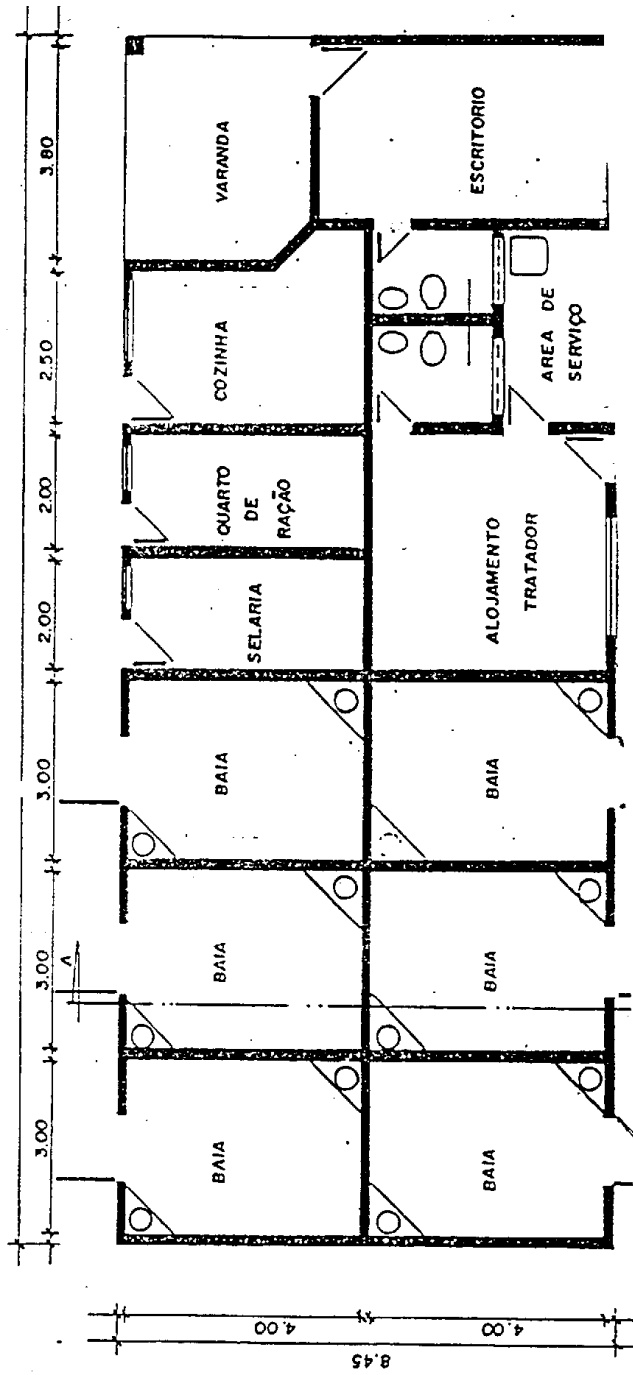
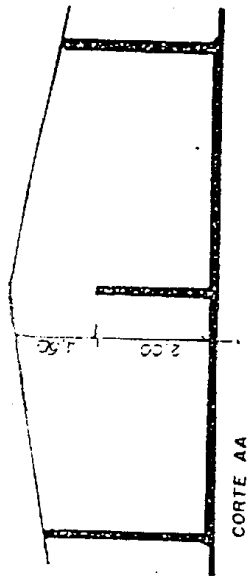
REDONDEL



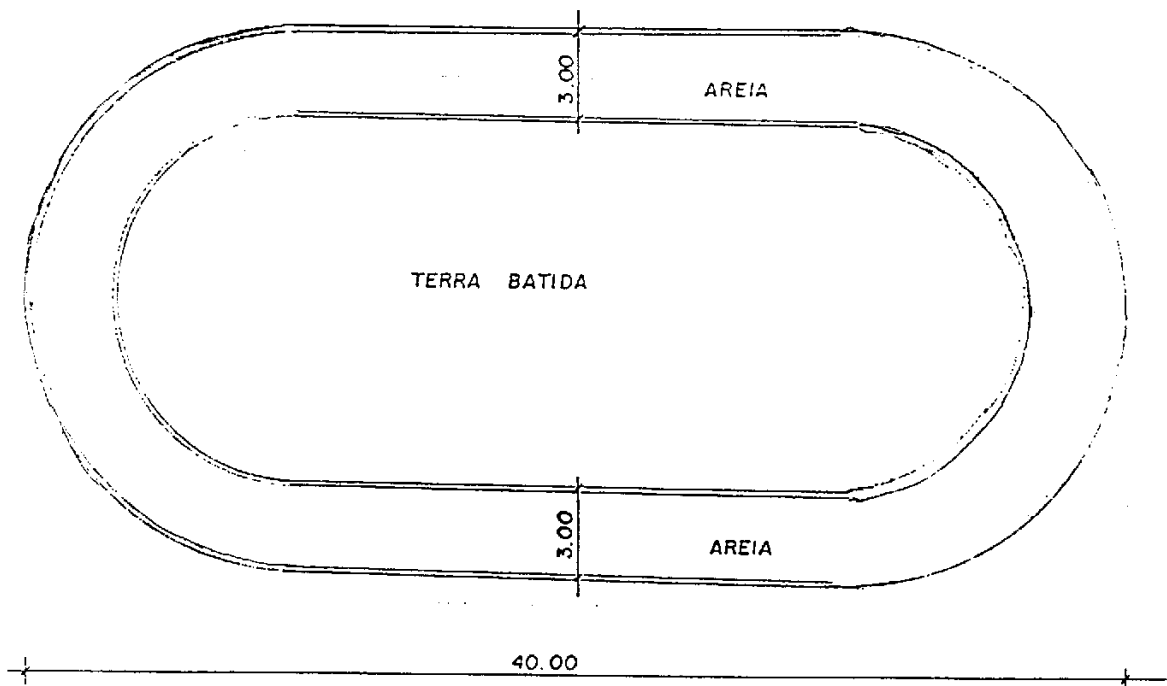
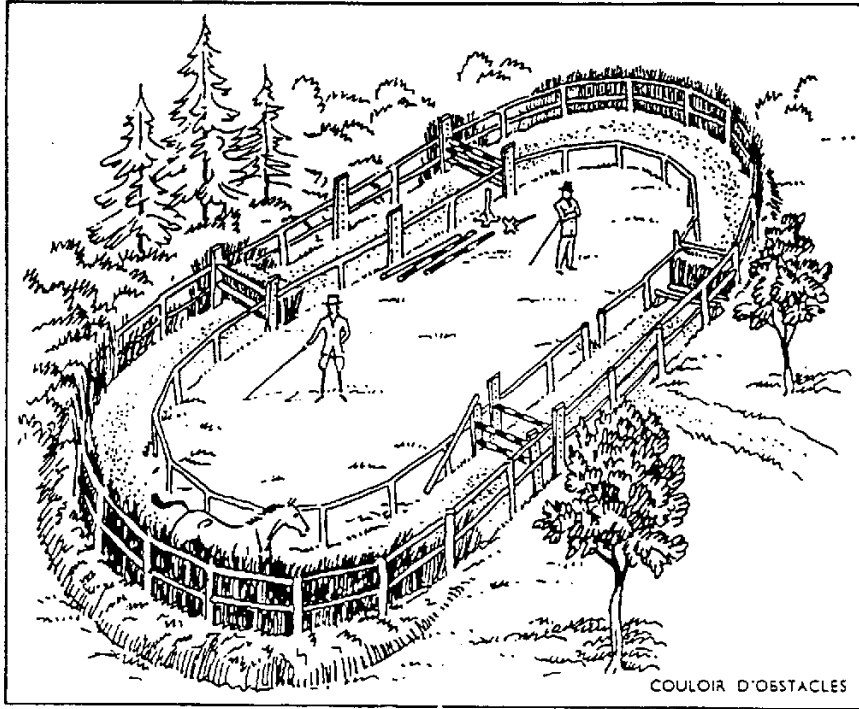
BAIA INDIVIDUAL



PAVILHÃO DE BAIAS



COLISEU



APÊNDICE D- FICHA DE COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA

Nome do Centro: _____

FISIOTERAPEUTA

Nome: _____

CREFITO: _____

Tem certificado de Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL?

Sim Não

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

PSICÓLOGO

Nome: _____

CRP: _____

Tem certificado de Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL?

Sim Não

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

PROFISSIONAL DE EQUITAÇÃO PARA EQUOTERAPIA

Nome: _____

Tem certificado do Curso de Equitação para Equoterapia da ANDE-BRASIL?

Sim Não Ano: _____

Assinatura: _____

MÉDICO (consultor/orientador)

Nome: _____

CRM: _____

Especialidade: _____

Assinatura: _____

Tem certificado de Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL?

Sim Não (*opcional*)

Local do curso/ Ano: _____

APÊNDICE E - FICHA DE COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**FONOAUDIÓLOGO**

Nome: _____

CRFa: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL?

 Sim Não

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

PEDAGOGO

Nome: _____

Registro: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL?

 Sim Não

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

EDUCADOR FÍSICO

Nome: _____

CONFEF/CREFs: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? Sim Não

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

OUTRO PROFISSIONAL:

Formação: _____

Registro: _____

Nome: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? Sim Não

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____