



doi: 10.7213/psicol.argum.34.086.A006

Amiotrofia Muscular Espinal, terminalidade e desligamento do programa de equoterapia: reflexão sobre o rompimento de vínculos

Spinal muscular amyotrophy, termination and shutdown of the equine therapy program: reflection on the breaking of bonds

Myrthes Maria Matos Dantas ^[a]

^[a] Mestranda em Educação pela Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, São Paulo, SP – Brasil, email: myrthes-mmdantas@gmail.com

Resumo

Refletir sobre os aspectos que envolvem o desligamento de um praticante portador de Amiotrofia Muscular Espinhal do programa de equoterapia, quando se vê confrontado com prognóstico desfavorável à sua permanência no mesmo, especialmente se este prognóstico indica terminalidade com previsão de morte próxima, é o objetivo do presente estudo, de caráter bibliográfico, que descreve aspectos do tratamento fisioterápico, psicológico e de cuidados de responsabilidade do equitador que podem beneficiar o portador; apresenta sucintamente a Teoria do Apego de John Bowlby que versa sobre vínculos psicológicos e afetivos; demonstra a importância da formação desses vínculos na equoterapia e possíveis implicações de seu rompimento com foco nos aspectos bioéticos envolvidos, especialmente quanto à autonomia do sujeito em relação à própria morte. Conclui-se pela indicação de que equipe interdisciplinar de equoterapia e família considerem a possibilidade de buscar alternativas para a manutenção do convívio do praticante com o cavalo e com o ambiente equoterápico, ainda que sem a montaria, pelo maior tempo possível, se assim for o seu desejo e, também, pela indicação de que se invista em pesquisas sobre o tema, que, por sua incipiência e importância carece do olhar atento dos pesquisadores da área.

Palavras-chave: Amiotrofia Muscular Espinhal; Terminalidade; Equoterapia; Formação e rompimento de vínculos; Bioética.

Abstract

Reflecting on the aspects that involve the detachment of a practitioner of Spinal Muscular Amyotrophy from the equine therapy program, when confronted with a prognosis unfavorable to its permanence in the same, especially if this prognosis indicates terminality with near death prediction, is the objective of the Present study, of bibliographical character, that describes aspects of the physiotherapeutic, psychological and care treatment of the equitador that can benefit the bearer; Presents succinctly John Bowlby's Theory of Attachment that deals with psychological and affective bonds; Demonstrates the importance of forming these links in equine therapy and the possible implications of their disruption with a focus on the bioethical aspects involved, especially regarding the autonomy of the subject in relation to death itself. The conclusion is that the interdisciplinary equine and family team consider the possibility of seeking alternatives for the maintenance of the practitioner's life with the horse and the equo-therapeutic environment, even if without riding, for as long as possible, if this is the case. His desire and joint decision of the family and team and also by the indication that he is investing in research on the subject, which, due to his incipience and importance, needs the close attention of researchers in the area.

Keywords: *Amyotrophy Spinal Muscular. Terminally. Hippotherapy. Formation and breaking of links. Bioethics.*

Introdução

A Amiotrofia Muscular Espinhal é uma doença neuromuscular degenerativa, que apresenta atualmente, pelas afecções neuromusculares que envolve, limitações terapêuticas para sua cura. Entre os cuidados paliativos e de prevenção de agravos dos quais se pode lançar mão para promover uma melhor qualidade de vida para seus portadores encontra-se a equoterapia, como opção de tratamento auxiliar.

A equoterapia, utilizando o cavalo como agente cinesioterapêutico, beneficia o praticante através do movimento tridimensional do animal, do ambiente lúdico e ao ar livre onde se desenvolve, e dos vínculos afetivos que estabelece como condição para sua prática.

Quando, entretanto, pela evolução do quadro clínico do praticante, surge a necessidade de cessação do tratamento, coloca-se a questão do cuidado a ser dispensado aos vínculos afetivos construídos no seu decorrer, aspecto sobre o qual constatou-se, por meio de pesquisa em bases de dados acadêmicas e em materiais bibliográficos produzidos pela ANDE-BRASIL, haver pouca produção científica a respeito.

Dada a importância da equoterapia no tratamento de pessoas com deficiência e considerando sua institucionalização relativamente recente, especialmente no Brasil, entende-se que este estudo pode contribuir para o preenchimento de eventual lacuna sobre o rompimento de vínculos entre praticante, cavalo e equipe interdisciplinar. Nesse sentido, vislumbra-se a possibilidade de, refletindo-se sobre o tema, contribuir para a construção de um processo onde tal rompimento se dê da forma menos abrupta e danosa possível para todos os envolvidos.

Método

Os dados coletados foram compreendidos e interpretados dentro de uma metodologia de abordagem qualitativa e o instrumento metodológico utilizado foi o levantamento bibliográfico seguido de análise crítica de conteúdo. Foram utilizados os descritores: “equoterapia”, “vínculo afetivo”, “amiotrofia muscular espinhal”, “rompimento de vínculos” de forma isolada e em combinações que permitissem o acesso ao maior número possível de trabalhos sobre o tema estudado. Foram consultadas as bases de dados Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), Scientific Electronic Library Online SCIELO, resumos disponíveis na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES e Literatura Internacional em Ciências da Saúde MEDLINE, artigos em português, com os descritores “equoterapia”, “vínculo” e “vínculo afetivo”, “amiotrofia”, “rompimento de vínculos”. Pesquisou-se os anais do XII Congresso Internacional de Equoterapia, documento no qual foram encontradas várias ocorrências do descritor “vínculo” em trabalhos de diferentes áreas de conhecimento, em geral citando a formação de vínculos afetivos na equoterapia como condição para o tratamento e ressaltando sua importância. A pesquisa neste documento com os descritores “rompimento de vínculo” e “amiotrofia” não retornou dados.

Amiotrofia Muscular Espinhal: uma breve abordagem

A Atrofia Muscular Espinhal-AME, também conhecida como doença de Werdnig-Hoffmann, é uma doença neuromuscular degenerativa que se caracteriza pela atrofia, fraqueza muscular, hipotonia e arreflexia, que se seguem à degeneração dos neurônios motores localizados no corno anterior da medula espinhal. É a segunda forma mais frequente de doença neuromuscular infantil, incidindo em uma criança a cada 20.000 nascidas vivas, e cuja ocorrência é uma das mais frequentes causas de mortalidade infantil (LIMA *et al.*, 2010).

A AME pode ocorrer em três formas clínicas, dependendo sua classificação da idade de início dos sintomas e do grau de desenvolvimento motor da criança: o Tipo I - AME Infantil ou Síndrome de Werdnig-Hoffmann que se manifesta precocemente e é a forma mais grave; o Tipo II - AME Intermediária e o Tipo III - AME Juvenil ou doença de Kugelberg-Welander são compatíveis com sobrevida mais longa; existe ainda a forma adulta classificada como tipo IV, conforme afirmam Ferreira *et al.* (1993). Uma das principais características da doença são os tremores finos e rítmicos dos dedos e fasciculações da língua, sendo a sensibilidade cutânea, esfíncteres e o aparato cognitivo normais na maioria dos pacientes (SOARES; SILVA; PARISI, 2006). A Associação Médica Brasileira, através do Projeto Diretrizes (2011, p. 3), que busca conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas, apresenta a seguinte descrição sobre os principais achados da anamnese e sinais clínicos sugestivos da Amiotrofia Espinhal:

A manifestação de sinais clínicos característicos na criança, como hipotonia, paresia, arreflexia e miofasciculações, deve ser investigada com cautela, uma vez que esses sinais clínicos podem estar presentes em outras neuropatologias. Pacientes com AE apresentam atrofia e fraqueza muscular preferencialmente nos membros inferiores, músculos respiratórios e bulbares. Os músculos das porções proximais dos membros são preferencialmente afetados. Há ausência dos reflexos profundos, fasciculações e tremor fino das extremidades. Não há evidência de comprometimento cerebral, e o nível de inteligência é normal ou

acima da média. O exame da sensibilidade é normal, não havendo comprometimento da coordenação motora. (AMB, Projeto Diretrizes AME, 2011, p. 3).

A progressividade da doença, devido à natureza degenerativa das afecções neuromusculares que envolvem impede, até o presente momento, a efetividade de tratamentos que não se limitem ao caráter paliativo e preventivo. Inúmeras pesquisas nas áreas de farmacologia e genética vêm sendo desenvolvidas no mundo todo, entretanto a terapêutica adotada tem limitações quanto a seus resultados de cura (FERRAZ, 2004).

Tratamentos que têm sido disponibilizados aos portadores preveem atuação de equipe multidisciplinar composta de médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais cujo foco seja a prevenção de comorbidades e o tratamento dos sinais e sintomas da doença – o objetivo é promover maior e melhor sobrevivência dos pacientes. A progressividade inerente à doença costuma provocar complicações que vão se agravando ao longo do tempo, especialmente a incapacidade motora:

Devido ao comprometimento progressivo da musculatura torácica e o surgimento de dificuldades respiratórias, a evolução e a progressão da doença são desfavoráveis. Apesar da maioria dos pacientes apresentar pouco tempo de vida, quando eles sobrevivem por um período mais longo, apresentam uma elevada incidência de complicações, além de necessitarem de sonda nasogástrica, gastrostomia e traqueostomia. (JORGE; CARRAPATOSO; FERNANDES-BRASIL, 2013, p. 56).

Assim, pode-se compreender que o tratamento para portadores de AME deve ter como objetivo retardar o máximo possível, se não impedir, o aparecimento precoce das complicações inerentes à doença.

Equoterapia: histórico, conceitos, generalidades

Pode-se compreender a equoterapia, em termos gerais, como a prática equestre com fins terapêuticos, praticada desde a antiguidade para o tratamento da insônia, por exemplo, conforme recomendava Hipócrates de Loo 400 anos A.C. Diversos registros, ao longo do tempo, permitem constatar que o uso dos exercícios equestres com fins terapêuticos estendeu-se por toda a história da humanidade: a recomendação de Asclepíades da Prússia (124 – 40 a.C.) para que pacientes gotosos, epiléticos, paralíticos, entre outros, utilizassem os movimentos do cavalo em benefício de seu bem estar; a recomendação de Galeno (130-199 a.C.) para que o imperador Marco Aurélio praticasse equitação com o propósito de agilizar seu processo de decisão, considerado lento; a ciência árabe que, na idade Média, registrava os benefícios da atividade equestre; passando por Mercuriaris (1569), Thomas Sydenham (1624-1689), John Pringle (1707-1782) e Liz Hartel (1956) que atestaram, recomendaram, praticaram e difundiram a atividade equestre como excelente opção de saúde, educação, socialização, etc., até a segunda Guerra mundial, quando os efeitos do uso da equitação na recuperação de soldados com sequelas de ferimentos se revelou bastante efetivo (BEZERRA, 2011).

No Brasil a técnica vem sendo difundida e incentivada pela ANDE-BRASIL, que em 1988 buscou o aprofundamento do conhecimento sobre equoterapia em viagem à Europa, criando a associação em 1989 e realizando a primeira sessão de equoterapia em 1990 (ANDE-BRASIL, 2015). A Equoterapia, tal como preconizada pela ANDE-BRASIL, tem

como princípios e normas fundamentais que toda a atividade equoterápica baseia-se em fundamentos técnico-científicos; que o atendimento equoterápico somente pode ser feito mediante avaliação favorável de médico, psicólogo e fisioterapeuta; que as atividades devem ser desenvolvidas por equipe multiprofissional que atue de forma interdisciplinar, com envolvimento do maior número possível de áreas profissionais; que o planejamento e acompanhamento do atendimento ao praticante seja individualizado, embora as sessões possam se realizar em grupos; e que as atividades desenvolvidas sejam registradas sistêmica e periodicamente. A pessoa que pratica equoterapia é denominada praticante. É primordial zelar pela segurança física do praticante através de cuidados relativos ao comportamento e atitudes habituais dos animais; ao uso dos equipamentos apropriados e vestimenta adequada pelo praticante e ao local onde se desenvolvem as sessões (ANDE-BRASIL, 2015).

O tratamento equoterápico é indicado para a busca do bem estar biopsicossocial de pessoas com deficiências físicas ou mentais, tais como “[...] lesões neuromotoras de origem encefálica ou medular; patologias ortopédicas congênitas ou adquiridas; disfunções sensorio-motoras; distúrbios evolutivos, comportamentais, de aprendizagem, emocionais”, podendo ser aplicado nas áreas da saúde, educação e na socialização, pois o cavalo “[...] mexe com o emocional, explora os bons sentimentos de alegria, autoconfiança, iniciativa, paciência, humildade, etc.” (ANDE BRASIL, 2015, p.10). Devido à ampla gama de indicações e também às condições em que pode não ser indicado, o tratamento equoterápico exige, além da indicação médica, uma avaliação inicial e indicação de um profissional da fisioterapia e um profissional da psicologia, sendo o plano de tratamento individualizado e definido pela equipe interdisciplinar, conforme as necessidades de cada praticante. São previstas reavaliações periódicas para eventuais alterações ou propositura de novos procedimentos e atividades, daí a necessidade de se registrar, regularmente, as atividades desenvolvidas, observações sobre o desenvolvimento do praticante, eventuais ocorrências imprevistas, entre outras informações que contribuam para o melhor resultado possível (ANDE BRASIL, 2015).

Cavalo - o agente cinesioterapêutico

Cinesioterapia é uma palavra que vem do grego “*kínesis, -eos*, movimento + *terapia*”, conforme aponta o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2013) e significa o tratamento feito através de movimentos, ativos ou passivos, que se aplicam ao corpo. O cavalo se revela um excelente *meio* cinesioterapêutico por proporcionar ao praticante a geração de movimentos que este, por si só, seria incapaz de gerar. Ao usufruir dos movimentos do cavalo o corpo do praticante desencadeia um movimento de resposta, cuja rapidez não impede seu cérebro de processá-lo e entendê-lo, conforme ensina Wickert (1999). A primeira reação do corpo humano ao se colocar sobre o cavalo é o ajuste tônico, pelo fato que o cavalo, mesmo parado, jamais está completamente imóvel. Ao andar, os movimentos emitidos pelo cavalo praticamente obrigam o praticante a ajustar todos os seus músculos, por incluírem flexões da coluna, troca de apoio das patas, deslocamento da cabeça para um lado e outro, levantar e abaixar a cabeça, entre outros. Tal movimentação advém do que se denomina movimento tridimensional do cavalo, conforme descrevem Medeiros e Dias (2002) citados por Dantas (2014, p. 10):

[...] o conjunto de movimentos que engloba o movimento em eixo vertical, para cima e para baixo; no plano frontal, em movimento para a direita e para a esquerda; e no plano sagital do cavalo, em movimento para frente e para trás, complementa-se uma torção da pelve do cavaleiro, provocada pelas inflexões laterais do dorso do animal, [...]. Esse movimento tridimensional proporciona a estimulação infra-superior, quando um dos membros posteriores impulsiona o animal para frente, gerando uma perda de equilíbrio, e deslocando o corpo do cavalo para frente e para o lado. Promove-se, neste momento, um movimento de flexão da coluna vertebral do cavalo. Sequencialmente ocorre um avanço da pata dianteira diagonal, de forma a escorar o corpo do animal. Neste momento, ao frear o movimento para retomar o equilíbrio, é gerada uma extensão em sua coluna vertebral, podendo-se observar, [...] que durante o movimento de flexão da coluna vertebral do cavalo, o praticante é impulsionado para cima, e, quando ocorre a extensão, retorna à posição inicial. (DANTAS, 2014, p.10).

A formação e atuação das equipes de equoterapia deve incluir minimamente, um fisioterapeuta, um equitador e um psicólogo, conforme preconiza a ANDE-BRASIL (2015), embora a atuação de outros profissionais das mais diversas áreas da saúde, educação e socialização seja bem vinda e estimulada, considerando-se ideal o trabalho interdisciplinar para que se obtenham os melhores resultados possíveis.

Vínculos – teoria do apego

Edward John Mostyn Bowlby, psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico que viveu entre 1907 e 1990 e interessou-se pelo desenvolvimento infantil, destacou-se por desenvolver o que hoje se conhece por Teoria do Apego. Tal teoria apresenta a visão de Bowlby sobre as relações da criança com seu cuidador primário, que o autor entende ser essencial para que seu desenvolvimento psíquico e social se dê de forma normal. A teoria, interdisciplinar, inclui conhecimentos psicológicos, etológicos e evolutivos, entre outros. Segundo Waters, Hamilton e Weinfield (2000) apud Dalbem e Dell`Aglia (2005), Bowlby enfatizou os mecanismos de adaptação ao mundo real, as competências humanas e a ação do sujeito em seu ambiente. Segundo Bowlby (1977/1990) apud Ramires e Schneider (2010, *on-line*):

Apego é um tipo de vínculo no qual o senso de segurança de alguém está estreitamente ligado à figura de apego. No relacionamento com a figura de apego, a segurança e o conforto experimentados na sua presença permitem que seja usado como uma “base segura”, a partir da qual poderá se explorar o resto do mundo. (BOWLBY, 1977/1990 apud RAMIRES; SCNEIDER, 2010, *on-line*).

Para Pontes *et al.* (2007, p. 69), a teoria do apego construída por Bowlby propõe que

[...] a busca de proximidade física da mãe e a exploração do ambiente surgem no decorrer do primeiro ano de vida e permanecem intensas durante a primeira infância. Aos três ou quatro anos, esses comportamentos vão diminuindo e sua forma de expressão se modifica (Ainsworth & cols., 1978). Em um primeiro momento, as crianças são predispostas a formar vínculos afetivos com um pequeno número de cuidadores, procurando-os como uma fonte de conforto quando as condições são ótimas, e como fonte de segurança em momentos estressantes. Posteriormente, os modelos internos de funcionamento e os estilos de regulação de emoções, desenvolvidos com as relações iniciais, darão base para o estabelecimento de relações com outras pessoas, inclusive com parceiros de brincadeiras (Ainsworth & Bowlby, 1991). (PONTES *et al.*, 2007, p. 69).

Tem-se, ainda, que para Bowlby (1989), as relações podem ser de apego seguro, quando contribuem para a construção de modelos internos que se caracterizam por proporcionarem valorização e apoio, ou de apego inseguro, que apresentam o predomínio de sentimentos de insegurança e desvalorização. Nas primeiras são desenvolvidas expectativas sociais positivas, enquanto na segunda as expectativas que surgem podem ser negativas, mais predominantemente no que se refere aos momentos de estresse e de necessidades, gerando raiva, falta de empatia e agressão em relações estabelecidas posteriormente. O autor entende que os padrões de resposta afetiva apresentados na primeira infância fariam parte do indivíduo e, portanto, seriam identificados ao longo da vida. Ao citar a contribuição dos *filósofos da mente* em sua obra, sem, entretanto, identificá-los, Bowlby (1999) define padrões de comportamento que, a seu ver, serviriam de base para internalização de uma emoção, fantasia, ou sentimento. Segundo ele, o apego infantil retorna na vida adulta em situações de doença, perigo ou sofrimento (1977). Ainda, Milkulincer e Shaver (2007) apud Barstad e Sollero-de-Campos (2013, *on-line*), afirmam:

A busca de proximidade é uma estratégia primária do sistema comportamental de apego, uma vez que o indivíduo precisa de proteção e suporte e, assim, escolhe um comportamento de seu repertório (criado a partir da experiência com o outro) mais adequado à situação vivida. Isso quer dizer que ao longo do desenvolvimento os comportamentos se tornam mais flexíveis, sensíveis ao contexto e mais complexos, expressando emoções apropriadamente e comunicando necessidades de forma coerente. (MILKULINCER; SHAVER, 2007 apud BARSTAD; SOLLERO-DE-CAMPOS, 2013, *on-line*).

A proximidade do cuidador permite à criança explorar o ambiente à sua volta por desativar o comportamento de apego, já em sua ausência a criança pode se sentir com medo e insegura – o cuidador faz o papel de base segura e permite à criança exercer o papel exploratório – sua disponibilidade e responsividade fará com que esta criança, mais tarde o procure, em situações de perigo e medo (BOWLBY, 1977). Nesse sentido o cuidador deve encorajar a criança a explorar o ambiente e prover os limites necessários, que lhe permitam ser capaz de ajudar e também de ser ajudada quando necessário, estando apta a transitar por ambientes desconhecidos sem a presença constante do cuidador, ressaltando, entretanto, que sua segurança dependerá de saber que pode retomar o contato com o cuidador a qualquer momento e que não esteja assustada (BOWLBY, 1990).

São quatro os tipos de apego, segundo Bowlby: o apego seguro (ansiedade na separação, seguido de alívio no reencontro); o apego ansioso-evitativo (pouca ansiedade na separação e claro desinteresse no reencontro); o apego ansioso-ambivalente (ansiedade importante na separação e sem alívio no reencontro) e o apego desorganizado (o reencontro provoca reações estranhas e desorganizadas). Importante destacar que o temperamento da criança poderá potencializar estímulos inadequados do cuidador, o que exige que este tenha características como ser decisivo, sensível, acessível à proximidade física e não invasivo. Os tipos de apego acima descritos tiveram origem no modelo desenvolvido em laboratório por Ainsworth, conhecido por “situação estranha” (GONZÁLEZ, 2015, *on-line*).

Outro aspecto da Teoria do Apego, de capital importância para este estudo, é o trazido por Ainsworth (1989) apud Ramires e Schneider (2010), que define vínculo afetivo como laço relativamente durável, cuja unicidade do parceiro é imprescindível e, por isso, não se pode trocá-lo por nenhum outro – existe desejo de se manter a proximidade do

parceiro com quem se estabeleceu vínculo. O apego surge, então, como “[...] uma subvariedade do vínculo afetivo, no qual o senso de segurança de alguém está estreitamente ligado ao relacionamento” (AINSWORTH, 1989 apud RAMIRES; SCHNEIDER, 2010, p. 27).

Embora a Teoria do Apego tenha priorizado o estudo do vínculo mãe-bebê, atualmente são vários os estudos que a relacionam a outros temas de pesquisa, como por exemplo, o papel do pai, vínculos conjugais, apego após a morte, relação entre aluno-professor, conforme Gomes (2012). Nesse sentido, entende-se de grande interesse analisar a construção e o rompimento dos vínculos em equoterapia à luz dessa teoria. Considera-se essencial a reflexão sobre a forma como os vínculos inerentes ao processo equoterápicos são construídos e como se dá seu rompimento quando necessário, porque entende-se que

Afetar e ser afetado são efeitos inerentes aos encontros entre as pessoas. Esses encontros podem favorecer a expansão da vida, o sentimento de valorização, estimular a ação para mudanças; ou podem gerar subordinação, desqualificação, redução de vida, desumanização. Assim, sentimento e capacidade para agir são, nessa matriz de pensamento, inseparáveis. Poder-se-ia dizer que sentimentos de valorização e de potência estão para fortalecimento de vínculos, assim como os sentimentos de subordinação e impotência estão para o isolamento social e fragilização de vínculos. (MDS, 2013, p. 18).

Diante do exposto, entende-se que analisar as possibilidades de manutenção do tratamento equoterápico ou a imperiosidade de sua interrupção nos casos de agravamento da saúde do portador de AME exige considerar as inúmeras variáveis relativas à vinculação afetiva do praticante, família e equipe. Os motivos que sustentam esta afirmação relacionam-se ao fato de que em um vínculo afetivo, ainda que haja aceitação para a separação pelo tempo ou pela distância, existe o desejo de que a proximidade seja restabelecida e alegria e prazer pela reunião, conforme afirmam Berthoud, Bromberg e Coelho (1998). Na equoterapia isto não é diferente, conforme se demonstra a seguir.

Formação de vínculos na equoterapia

Pode-se perceber ao longo do estudo, que desde o início do desenvolvimento humano é necessário o estabelecimento de vínculos que se constituam referencial de segurança e de confiança e permitam o exercício pleno de ser, conforme aponta Bowlby (1990). Nesse sentido importa observar que o cavalo aceita vínculos e torna-se coautor do desenvolvimento psicomotor do praticante, proporcionando-lhe “[...] experiências verdadeiras de afeto, aceitação e descoberta um do outro” (NASCIMENTO, 2012, p.71).

As atividades que possibilitam o estabelecimento e posterior manutenção do vínculo afetivo entre cavalo e praticante, conforme indica Nascimento (2012), incluem a chegada do praticante com a família, o encontro com o mediador e encaminhamento às baias; a aproximação do cavalo, participação direta em sua limpeza e encilhamento; a estimulação ao toque e contato; montaria, percurso e variação de andadura conforme planejamento prévio; apear e cuidados finais, oferecimento de alimento ou de um “agrado” (cenoura, torrão de açúcar, etc.) e a despedida. As sessões de equoterapia devem se desenvolver de forma a facilitar a expressão de suas emoções pelo praticante, com estimulação para progressão qualitativa de suas respostas, conforme afirma a mesma autora. Deve-se

proporcionar a oportunidade de trabalhos em grupos que propiciarão ao praticante a ampliação de vínculos e socialização, facilitando a elaboração de novos comportamentos, autocontrole, descoberta do outro, aceitação de limites e regras, entre outras aquisições. Para a autora é importante ressaltar o momento da despedida do animal como oportunidade para o “ritual de separação [...] prática de vital importância para o tratamento” (NASCIMENTO, 2012, p.74).

De acordo com Panizza (2014, *cd-room*), os vários momentos da sessão de equoterapia sustentarão a formação e manutenção dos vínculos afetivos: a aproximação, a montaria propriamente dita e a despedida. A autora destaca, ainda, que:

Segundo estudos e abordagem de atuação de Kether Arruda, o cavalo, por ser uma espécie absolutamente distinta do ser humano, propicia ao praticante uma melhor diferenciação entre o seu eu (self) e o outro, funcionando assim como um objeto intermediário de contato com a realidade. Também por tratar-se de outro ser animal, com vontade própria, esta relação propicia um vínculo entre os dois animais; lembrando que, apesar de todas as diferenças evolutivas, trata-se de uma relação entre dois animais. (PANIZZA, 2014, s.p.).

Panizza (2014, *cd-room*) afirma que a relação entre cavalo e praticante “[...] se dá na medida em que o praticante começa a se vincular com o animal, o que propicia a sensação de superação e, por consequência, um aumento na sua autoestima.” E, ainda, que “[...] a formação do vínculo é fator primário, essencial à progressão do processo terapêutico”. O vínculo a ser formado na equoterapia assume o papel de uma tríade (cavalo x praticante x mediador), visto que é essencial o estabelecimento de “[...] um vínculo de respeito, confiança recíproca e afeto entre o mediador e o praticante, mesmo porque, se o cavalo é o agente facilitador do processo de desenvolvimento biopsicossocial do praticante, o terapeuta é o agente facilitador do contato praticante-cavalo”.

Diante das considerações acima e levando-se em conta que os vínculos afetivos estabelecidos entre o praticante, o cavalo e a equipe de equoterapia são essenciais para o desenvolvimento do tratamento, questiona-se, no caso do praticante com AME com prognóstico de morte próxima, se o rompimento desses vínculos não teria efeitos nocivos ao seu bem estar psicossocial, embora pudesse ser indicado para preservação de seu estado físico. A progressividade da doença e prognóstico desfavorável seriam, em si mesmos, motivos para a cessação do tratamento e consequente separação entre praticante, cavalo e equipe? Essa é a reflexão que se segue, à luz de preceitos bioéticos, especialmente sobre a autonomia do sujeito para decidir como morrer.

Resultados

Para análise dos dados obtidos entende-se necessária a abordagem sobre bioética, que é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética) e cuja análise de sua evolução ao longo do tempo pode complementar sua definição, conforme sugere José Roberto Goldim em seu artigo “A Evolução da Definição de Bioética na Visão de Van Rensselaer Potter 1970 a 1988” incluído no sítio eletrônico www.ufrgs.br em 1999 e atualizado em 2003. O autor cita Potter (1998), para quem a Bioética estaria em seu terceiro estágio, o da Bioética Profunda, sendo o primeiro o da Bioética Ponte e o segundo o da

Bioética Global, tendo a interação do problema ambiental às questões de saúde se dado nos anos 70 e caracterizado seu caráter interdisciplinar.

Na prática, o agir humano não é apenas percebido, constatado e descrito, sendo também comparado, apreciado e avaliado continuamente em seus aspectos positivos ou negativos, tanto por quem age como pelas pessoas à sua volta e essa dinâmica sugere o resgate da vulnerabilidade humana ou, inúmeras vezes, se engaja no protecionismo a grupos oprimidos, a minorias, a indivíduos desamparados, etc. O uso cotidiano dos princípios do bem-viver, os modos corretos do agir moralmente em relação aos outros, a garantia de critérios mínimos de razoabilidade no dia-a-dia ético das pessoas, são desafios que exigem maior transparência e responsabilidade pública das várias entidades envolvidas na problemática ética e que vêm alimentando amplas discussões e debates nos mais diversos círculos sociais (GOLDIM, 1998).

A Bioética é, por excelência, um campo de ação e de interação de profissionais e de estudiosos das mais diversificadas áreas do conhecimento humano e deve se alicerçar em princípios de autonomia, beneficência e de justiça, especialmente no que se refere ao relacionamento entre pessoas, conforme destaca Goldim (1998).

Os princípios da Bioética, usualmente mais aceitos na atualidade, incluem, segundo Goldim (2014, *on-line*) a justiça “[...] no sentido de 'distribuição justa' ou 'o que é merecido'. Uma injustiça ocorre quando um benefício que uma pessoa merece é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo lhe é imposto indevidamente.”); a beneficência e a não-maleficência “[...] que estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não” e “não fazer o mal”; e a autonomia, princípio que interessa mais diretamente a esse estudo.

O Centro de Bioética do CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2015, *on-line*) afirma que o princípio da autonomia requer que sejam tratadas com respeito as escolhas de indivíduos capacitados que exerçam seu poder de decisão; que é direito das pessoas decidirem sobre seu corpo e sua vida, e que no caso de pessoas intelectualmente deficientes ou crianças o princípio da autonomia seja exercido pela família ou representante legal. Por outro lado, registra que os quatro princípios não estão hierarquizados entre si, portanto, se houver conflito entre eles dever-se-á definir como, quando e porque haverá predominância de um sobre o outro. No caso da prorrogação do tratamento equoterápico quando a montaria se torna contraindicada para o praticante, parece que se estabelece tal situação, contrapondo os princípios de autonomia e não-maleficência.

Entende-se que a autonomia que deve sustentar a escolha da forma como se quer vivenciar a própria terminalidade requer profunda reflexão e respeito à decisão, quer pessoal do sujeito adoecido, quer familiar no caso de crianças. Para reflexão sobre a autonomia do sujeito diante do findar de sua vida, propõe-se a seguinte afirmação de Goldim (2014, *on-line*)¹:

O Princípio do Respeito à Pessoa é central na Bioética. Tem algumas características que o compõe, tais como a privacidade, a veracidade e a autonomia. Este princípio recebeu diferentes denominações, tais como Princípio do Respeito às Pessoas; Princípio do Consentimento ou Princípio da Autonomia, de acordo com diferentes autores em diferentes épocas. A utilização deste conceito básico assume diferentes perspectivas, desde as mais individualistas até as que inserem o indivíduo no grupo social. Uma das bases teóricas utilizadas para o princípio da Autonomia é o pensamento de John Stuart Mill (1806-1883).

Este autor propôs que *sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano*. (GOLDIM, 2014, *on-line*).

Com relação à Amiotrofia Muscular Espinhal, entende-se, segundo Batista (2006), que, por sua gravidade, progressividade e prognóstico desfavorável, é essencial que portadores e/ou responsáveis sejam esclarecidos sobre aspectos como o que é a doença, sua evolução, quais são as possibilidades atuais de tratamento e, especialmente, sobre possíveis consequências de tratamentos a serem adotados. A autora discute aspectos bioéticos relacionados à prolongação da vida nos casos em que procedimentos adotados pela medicina possam trazer sofrimento adicional ao paciente. Paradoxalmente, neste estudo, propõe-se tratar o rompimento dos vínculos formados durante o tratamento equoterápico como um sofrimento adicional a ser considerado, nos casos em que a interrupção deste tratamento seja uma opção provável devido ao avanço da doença.

Discussões

Considera-se importante esclarecer que na Amiotrofia Muscular Espinhal o avanço progressivo da doença exige adoção de posturas preventivas da família, conforme se pode identificar, por exemplo, na orientação do Guia das Famílias para o Consenso Sobre os Cuidados Básicos na Amiotrofia Muscular Espinhal (2007, *on-line*), documento que propõe cuidados básicos a serem por ela observados:

Nos casos mais graves de AME, os pais podem se deparar com decisões angustiantes em relação a terapias que podem ser consideradas como prolongamento do sofrimento em vez de alívio de problemas causados pela doença. Quando possível, as opções para o tratamento na fase terminal precisam ser definidas e discutidas abertamente entre você e sua família, para que qualquer decisão tomada possa refletir os seus pensamentos, cultura e religião. (Guia das Famílias para o Consenso Sobre os Cuidados Básicos na Amiotrofia Muscular Espinhal, 2007, *on-line*).

No que concerne à equoterapia, segundo Zamo e Zamo (2006, *on-line*):

[...] a autonomia é respeitada na medida em que os responsáveis e o próprio praticante são informados das modalidades e do programa de atendimento. Sabemos que a família e/ou responsável já estiveram em outros serviços de saúde, trazendo bagagens de expectativas e de frustrações em relação a tratamentos, contudo, não se pode assumir atitude paternalista. (ZAMO; ZAMO, 2006, *on-line*).

Importante destacar, ainda, que a situação estudada pode suscitar o estabelecimento de conflito, sobre o que apontam Zamo & Zamo (2006, *on-line*):

Quando há uma situação conflitante, ou que desconcerta aos envolvidos, é preciso se refletir sobre as justificativas para a decisão tomada. A fala dos profissionais nestas ocasiões deve ser de esclarecimento e não de imposição aos demais, apontando com realismo e pesando as consequências na circunstância concreta. Não pode haver um padrão de comportamento rígido, há que se ver a diversidade e multiplicidade de opções e escolher a de menor risco, de maior benefício para o praticante. (ZAMO; ZAMO, 2006, *on-line*).

No caso da AME, considera-se que a família, em muitos casos, já possa ter vivenciado a experiência do luto pela perda do “filho perfeito” idealizado na gestação, quando do diagnóstico da doença, sofrendo todas as consequências que um fato desses pode acar-

retar, entre elas, frustração, angústia, desespero, tanto quanto esperança, aceitação, entre outros sentimentos presentes em situações dessa natureza (NASCIMENTO, 2012) e, assim, possa ter suas próprias convicções e expectativas sobre o desenrolar da vida e da morte do praticante com AME. Respeitar a autonomia da família no que se refere à forma como pretende vivenciar os momentos finais de convivência com o praticante é, em última instância, permitir-lhe vivenciar o luto antecipatório de forma digna, tal como decidir fazê-lo. O conceito de luto antecipatório, na visão de Kovács (2002) apud Caterina (2007, p. 17) evidencia que:

No caso das enfermidades graves em que há um envolvimento com os cuidados do enlutado, há uma concepção do processo antecipatório, ocorrendo o luto quando o ser ainda vive em virtude da debilidade física e psíquica. O sentimento ambíguo, de temor e vontade de que a morte venha aliviar o sofrimento é comum neste estado. Em alguns casos, a energia psíquica é voltada para o doente durante longo período que pode causar um vazio para seus familiares quando surge sua ausência. Parte destes sentimentos é consciente, outros, mais dolorosos, permanecem inconscientes. (KOVÁCS, 2002 apud CATERINA, 2007, p.17).

Parece, entretanto, que a complexidade de se vivenciar o luto antecipatório pode influenciar nas decisões a serem tomadas pela família e pela equipe técnica da equoterapia, em casos como o descrito. Embora o objetivo da medicina seja a promoção da saúde e da vida, em algumas situações pode ocorrer que determinado tratamento, além de trazer sofrimento adicional, não seja capaz de reverter o quadro clínico, como em alguns casos de AME, em que apenas é possível tentar prolongar a vida. Conforme Batista (2006), nesses casos chega-se ao conceito de cuidados paliativos, cuja origem se esclarece²:

A medicina paliativa surgiu com a criação do *hospice*, em que a morte é reconhecida como inevitável e o foco é torná-la mais humana. Nesse tipo de conduta, o objetivo é cuidar e não mais curar, já que a morte é reconhecidamente inevitável; nele visa-se a três principais objetivos, a saber, aliviar a dor, aliviar o sofrimento, não só físico, mas também o psicológico e o religioso, e ajudar na tomada de decisão do paciente ou da família, no caso de aquele já não ter condições de decidir. (BATISTA, 2006, p. 71).

Entende-se que a situação descrita na apresentação deste trabalho, cujos questionamentos retomam-se agora, encaixa-se na condição em que os cuidados paliativos se apresentam como uma opção a ser considerada. Entende-se, ainda, que tais cuidados paliativos, no que se refere à equoterapia, poderiam incluir a continuidade do contato do praticante com o cavalo e com a equipe técnica no ambiente equoterápico, sem que ocorresse a montaria. Assim, o praticante poderia continuar a usufruir das benesses que a relação terapêutica e os vínculos construídos proporcionam, o que evitaria que sofresse com o rompimento total desses vínculos. Para tanto, entende-se, seria necessária anuência de todas as partes envolvidas e a busca de alternativas de atendimento que viabilizassem sua permanência no tratamento. Compreende-se que tal proposição possa se apresentar à equipe de equoterapia como um caso típico de dilema ético, tal como define Goldim (2014, *online*):

A ocorrência de dilemas na atividade dos profissionais de saúde ao atenderem pacientes, tem provocado inúmeras reflexões na área da Bioética Clínica. Estas situações reais ocorrem quando duas abordagens são possíveis e defensáveis tecnicamente, existindo dúvidas

quanto à adequação moral de cada escolha. Muitas vezes ocorrem falsos dilemas, pois as situações propostas não são equivalentes ou por que existem outras possibilidades, além das duas colocadas em discussão. Muitas vezes uma solução criativa afasta a ocorrência do dilema. (GOLDIM, 2014, *on-line*).

Para contribuir com a discussão que se quer empreender nesse estudo, considera-se importante destacar um trecho da apostila *Psicologia na equoterapia* do Curso Básico de Equoterapia (ANDE BRASIL, 2014, *cd-room*), relativos à montaria propriamente dita, pelos motivos que se verão adiante³.

A chegada do atendimento em pista deve ter obedecido uma progressão terapêutica que passa no mínimo por três fases: 1- avaliação, 2- aproximação e 3- sessão propriamente dita (montada ou não, porém com o cavalo, na maior parte do tempo). Vencidas essas fases, deve-se trabalhar a fase de ruptura, ou despedida. (PANIZZA, 2014 in Curso Básico de Equoterapia, *cd-room*).

E ainda, do mesmo documento:

Vale ressaltar que um atendimento equoterapêutico não se limita à montaria, mas pode usar outras técnicas da lida com o cavalo, sendo importante colocar nesse momento, o uso de técnicas de *Horsemanship* e de cabrestamento. (PANIZZA, 2014 in Curso Básico de Equoterapia, *cd-room*).

Justifica-se tal proposta apontando-se, na apostila do Curso Básico de Equoterapia (ANDE BRASIL, 2015, p. 8), no item relativo ao histórico da equoterapia, tratar-se de “[...] práticas terapêuticas feitas com o cavalo e a cavalo [...]”. Vislumbra-se que o dilema entre manter o tratamento a despeito de danos corporais que possam advir, desde que se avalie que os ganhos psicológicos e sociais possam compensá-los deve ser decidido pela equipe técnica com o indispensável envolvimento da família, visto que:

O desafio ético para os profissionais de saúde, tradicionalmente treinados para sobrepor seu conhecimento técnico às escolhas éticas de seus pacientes, é o de reconhecer que as pessoas doentes possuem diferentes concepções sobre o significado da morte e sobre como desejam conduzir sua vida. (DINIZ, 2006, p. 1742).

É possível que a família entenda que frequentar o ambiente terapêutico e conviver com a equipe técnica e com o cavalo “até o fim” seja a expressão máxima da vida que se esvai e queira proporcionar a esse praticante, momentos positivos e prazerosos como os vividos até então, no tratamento. Nesse caso, seria possível à equipe propiciar ao praticante as atividades relacionadas ao contato com o cavalo, tais como escovar, tratar, acariciar para sentir-lhe o calor, aproximar-se e sentir o cheiro do animal, deitar-se sobre o animal parado para sentir-lhe, sem efetivamente montá-lo, devido ao potencial malefício que o movimento tridimensional antes benéfico, poderia causar-lhe. Sugere-se, para esses casos, buscar-se o menor sofrimento possível com o menor malefício possível. Não se pode perder de vista que diferentes percepções e múltiplas representações se ligam ao conceito do que seja uma *boa morte*. Na cultura vigente uma *boa morte* é aquela “[...] preparada, con-

³ grifo nosso

trolada e anunciada [...]” (CATERINA, 2007, p. 23) e a intervenção de profissionais habilitados e integrados, que tenham convivência harmoniosa com o praticante pode ser um alento, assim como o não rompimento do vínculo uma escolha natural para a família.

Considerações finais

Pode-se identificar a importância de que se reveste a prática da equoterapia como opção de tratamento auxiliar dos praticantes com Amiotrofia Muscular Espinhal, por se tratar de método que utiliza o cavalo como instrumento cinesioterapêutico e pode proporcionar melhorias nos aspectos de saúde, de educação e de socialização.

Constatada a progressividade da doença e o prognóstico desfavorável à sua cura, pode-se avaliar que, sob o aspecto de formação de vínculos afetivos durante a prática equoterapêutica, é essencial que seu eventual rompimento seja objeto de decisão conjunta da equipe técnica e família, considerando-se os aspectos bioéticos envolvidos.

Propôs-se a busca de alternativas para continuidade do contato entre praticante, equipe técnica e cavalo como cuidado paliativo capaz de evitar sofrimento adicional com o rompimento definitivo do vínculo cultivado como condição para o tratamento.

Conclui-se pela indicação de que se invista em pesquisas sobre o tema, ainda incipiente, e que equipe interdisciplinar de equoterapia e família busquem alternativas para a manutenção do convívio do praticante com o cavalo e com o ambiente equoterápico, ainda que sem a montaria, se assim for seu desejo, sendo a decisão pela manutenção ou não do tratamento nessa condição tomada conjuntamente.

Referências

ADAMS, R. C., *et al.* (1985) *Jogos, esporte e exercícios para o deficiente físico*. 3. ed. São Paulo: Manole.

Amigos da Atrofia Muscular Espinhal. *Guia das Famílias para o Consenso Sobre os Cuidados Básicos na Amiotrofia Muscular Espinhal*. Disponível em http://www.treatmentmd.eu/downloads/file/standardsofcare/sma/portuguese/sma_soc_pg.pdf Acesso em 03 jul 2015.

Associação Nacional de Equoterapia – ANDE-BRASIL. *CXXVII Curso básico de Equoterapia* (apostilado). Brasília: 09 a 13 de março de 2015.

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Projeto Diretrizes. Amiotrofia Espinhal: Diagnóstico e Aconselhamento Genético*. 2011. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/amiotrofia_espinhal_diagnostico_e_acoeselhamento_genetico.pdf Acesso em 20 jun 2015.

BARSTAD, M. G.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F. *Do Berço ao Túmulo: a Teoria do Apego e os estudos de apego em adultos*. Rio de Janeiro, 2013. 110f. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

BATISTA, L.I.V. (2006). Quando tratar significa sofrimento. In: Costa, S.; FONTES, M.; SQUINCA, F. (Org.). *Tópicos em Bioética*. Brasília: Letras Livres.

BERTHOUD, C.M.E.; BROMBERG, M.H.P.F.; COELHO, M.R.M. (1998). *Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. 2 ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária.

- BEZERRA, M. L. (2011). *Equoterapia: tratamento terapêutico na reabilitação de pessoas com necessidades especiais*. 2011, 33f. Monografia (Especialização em Educação Física para grupos especiais), Faculdade do Nordeste, Fortaleza.
- BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds. I: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory, II: Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 1977, 130, 201-10 and 421-31.
- _____. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____. (1990). *Apego*. V. 1. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- _____. (1990). *Apego e perda*, Vol 1. *Apego: a natureza do vínculo*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- CATERINA, M. C. *O luto: perdas e rompimentos de vínculos. Manejo clínico*. Disponível em http://www.apvp.com.br/v1/Artigos/Apostila_Luto_Perda.pdf acesso em 23 jun 2015.
- CAVALCANTI, R. B. CALIXTO, P. RIBEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. In: *Inf. & Soc.:Est.*, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014
- CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – CREFITO 4ª Região. Disponível em http://www.crefito4.org/fisio_definicao.php Acesso em 26 jun. 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP. Princípios bioéticos. Disponível em https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53
- DALBEM, J.X.; DELL'AGLIO, D.D. *Teoria do Apego: bases conceituais e desenvolvimentos dos modelos internos de funcionamento*. Arquivos Brasileiros de Psicologia. v. 57, n.1.
- DANTAS, C. A. (2014). *Equoterapia e a formação do médico veterinário: uma reflexão*. 2014, 18f. Artigo (Graduação em Medicina Veterinária), PUC Minas, Poços de Caldas.
- DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, Aug. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2015.
- FERRAZ, M. E. M. de R *et al.* (2004). Atrofia muscular progressiva. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 62, n. 1, p. 119-126.
- FERREIRA, L. M. F. *et al.* Amiotrofia espinhal infantil com evolução atípica relato de dois casos: report of two cases. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 51, n. 3, set. 1993. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1993000300020&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 30 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1993000300020>.
- FREUD, S. *Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco anos*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (1977). Vol.X. Rio de Janeiro: IMAGO, 1909.
- GOLDIM, J.R.; FRANCISCONI, C.F. (1998). *Os comitês de ética hospitalar*. Bioética.

_____. *Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia*. Atualizado em 14 mar. 2014. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>. Acesso em 02 jul. 2015.

GOMES, A.; MELCHIORI, L.E. (2012). *A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea*. São Paulo: Cultura Acadêmica.

GONZÁLEZ, L. C. M. *Introducción a La teoría Del apego afectivo*. Disponível em http://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10_apego.pdf. Acesso em 22 jun. 2015.

HECK, J. N. (2005). *Bioética: Contexto Histórico, Desafios e Responsabilidade*.

JORGE, M. G. A. V.; CARRAPATOSO, B. C.; FERNANDES-BRASIL, A. B. S. A Fisioterapia na Amiotrofia Espinhal Progressiva Tipo I: Uma Revisão de Literatura. *Rev Neurocienc.* 2013; 21(3): 402-407.

JUNG, C. G. (1987). *O Homem e Seus Símbolos*. 6 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

LERMONTOV, T. (2004). *A psicomotricidade na equoterapia*. Aparecida, SP: Ideias e Letras.

LEVITT, S. (2001). *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*. São Paulo: Manóel.

LIMA, M. B.; OURICO, K. F.; MORAES, A. P. F.; RIBEIRO, C. S. M. S. Atuação da fisioterapia na doença de Werdnig-Hoffmann: relato de Caso. *Rev Neurocienc.* 2010; 18 (1):50-4.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, L. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos nas construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. In: *Rev. Katál. Florianópolis* v. 10 n. esp. p. 37-45.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – Secretaria Nacional de Assistência Social. *Concepção e Fortalecimento de Vínculos*. 2013.

NASCIMENTO, Y. O.; MADUREIRA, N. M. (2012). *A equoterapia como intervenção na formação e manutenção de vínculos: Autismo e Asperger*. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA. Jaguariúna, SP.

NASCIMENTO, Y. O. Psicologia na equoterapia. (2015). In: Associação Nacional de Equoterapia – ANDE-BRASIL. *CXXVII Curso básico de Equoterapia* (apostilado). Brasília: 09 a 13 de mar.

OLIVEIRA, D.C., Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 out/ dez; 16(4): 569-76.

OLIVEIRA, M. M. (2010). *Como fazer pesquisa qualitativa*. 3 ed. revista e ampliada - Petrópolis, RJ: Vozes.

PANIZZA, A. P. G. (2014). *VII Curso Básico De Equoterapia Pegasus – Conexão – Viverde* CD-ROOM. Bragança Paulista: 14 a 18 julho.

PIEROBON, J. C. M.; GALETTI, F. C. *Estímulos sensório-motores proporcionados ao praticante de equoterapia pelo cavalo ao passo durante a montaria*, Revista Ensaio e Ciência: Vol. XII, nº2, ano 2008, Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencs/article/viewFile/427/422>>, Acesso em: 25 abr 2015.

PONTES, F. A. R. *et al.* Teoria do apego: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. *Aletheia*, Canoas, n. 26, dez. 2007. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 jun. 2015.

RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, M. S. Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação?. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 25-33, mar. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 23 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>.

RIBEIRO, S. L. L. (2015). In Associação Nacional de Equoterapia – ANDE-BRASIL BRASIL. CXXVII *Curso básico de Equoterapia* (apostilado). Brasília: 09 a 13 de março.

SOARES J. A.; SILVA N. L. S.; LEITE S. O.; PARISI, M. T. (2006). Fisioterapia e qualidade de vida de paciente com amiotrofia espinhal progressiva tipo I – Relato de Caso. *Arq Ciênc Saúde*. 13:44-7.

XII Congresso Internacional de Equoterapia – Encontro entre dois amigos. (2006) Trabalhos completos. Brasília, DF.

ZAMO, G. C. S.; ZAMO, R.S. *Bioética, Ética e Equoterapia*. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006. Artigo Científico

WICKERT, H. (1999). *O cavalo como instrumento cinesioterapêutico*. Revista Equoterapia, Brasília, [S.l.], n.3. p. 3-7, dez.

WINNICOTT, D. W. (1985). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Recebido / Received: 21/03/2016

Aprovado / Approved: 30/10/2016