



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

O CAVALO ENQUANTO CO-TERAPEUTA  
ESTUDO EXPLORATÓRIO COM ADOLESCENTES  
PIEF (PLANO INTEGRADO DE EDUCAÇÃO E  
FORMAÇÃO)

SUSANA PAULA DO CARMO ANTUNES – Nº 15147

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR EMÍLIO SALGUEIRO

**Coordenador de Seminário de Dissertação**

PROFESSOR DOUTOR EMÍLIO SALGUEIRO

**Relatório submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de  
Professor Doutor Emílio Salgueiro,  
apresentada no ISPA – Instituto Universitário para  
obtenção de grau de Mestre na especialidade de  
Psicologia Clínica.

## AGRADECIMENTOS

A frequência do mestrado integrado em Psicologia Clínica, cursado no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, foi um marco no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante este período foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e sentires. Primeiramente, agradeço ao Professor Doutor Emílio Salgueiro, professor de Seminário de Dissertação, por toda a disponibilidade, pelo profissionalismo exemplar, pelas orientações e pela partilha de saberes, que foram para mim uma inspiração, sendo a sua orientação crucial para que esta experiência tivesse sido realmente produtiva e gratificante.

Agradeço também às equipas pedagógicas das turmas PIEF dos Olivais e da Quinta da Fonte – Apelação, tal como aos respetivos técnicos de inserção local (TIL), Dra. Sofia Marques, Dra. Ana Raquel, Dr. Hugo Almeida e Dra. Teresa Mota, pela disponibilidade, apoio, conselhos, informação e esclarecimentos nas escolas e com os respetivos alunos.

Aqui exponho o meu agradecimento ao Centro de Equitação da Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa, em especial aos profissionais: Patrícia Pinote Martins, Terapeuta Ocupacional; Patrícia Mendonça Sá, Técnica Superior de Educação Especial; Paula Caniça, Terapeuta Ocupacional; e Rita Quaresma, Fisioterapeuta, pela forma como me receberam e permitiram a realização das sessões de equitação terapêutica que desenvolvi com três adolescentes das turmas PIEF, nas suas instalações, com um dos seus cavalos e todos os utensílios que necessitei. Ao treinador de Grau 2, José Manuel Guerra, agradeço a disponibilidade e apoio no trato do cavalo.

Aos meus colegas de curso que partilharam as suas experiências e dúvidas e escutam as minhas durante este percurso comum e a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

Por fim, agradeço ao meu pai que fez florescer em mim, o gosto pelos cavalos, que muito me incentivou a seguir os meus sonhos e muito desejava ver-me concluir este percurso, mas que, infelizmente, um percalço da vida não permitiu, à minha mãe que muito lutou para que conseguisse concluir este caminho e ao meu namorado que quando mais ninguém tinha forças para me ajudar a levantar e seguir em frente, esteve sempre comigo.

## RESUMO

A equitação terapêutica consiste numa prática que tem como base o uso do cavalo como instrumento terapêutico, promovendo o desenvolvimento global de quem o utiliza, tem apresentado bons resultados em vários países, contudo não existem estudos no que diz respeito aos possíveis benefícios da equitação terapêutica em adolescentes sem perturbações mentais graves nem problemas/dificuldades físicas.

A presente investigação tem como objetivo geral o estudo da influência da equitação terapêutica nos adolescentes sem necessidades educativas especiais nem deficiência física. Pretendemos averiguar se a equitação terapêutica beneficia os adolescentes ao nível da ansiedade, da agressividade e do isolamento social, segundo a perspectiva dos professores, dos pais e dos próprios adolescentes.

Participaram neste estudo seis adolescentes pertencentes a turmas do Plano Integrado de Educação e Formação (PIEF), sendo três do grupo experimental e três do grupo de controlo e existindo dois indivíduos do género masculino e um do género feminino em cada grupo. Utilizámos a Figura Complexa de Rey e as Matrizes Progressivas de Raven para emparelhar as amostras e o Inventário do Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.), o Inventário do Comportamento da Criança para Professores (T.R.F.) e o Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (Y.S.R.) para a avaliação de comportamento dos adolescentes. O I.C.C.P, T.R.F. e Y.S.R. foram aplicados relativamente aos seis participantes, antes e depois do programa de equitação terapêutica composto por doze sessões de trinta minutos, no Hipódromo do Campo Grande e aplicado ao grupo experimental.

Os resultados obtidos apontam para uma melhoria ao nível da ansiedade, da agressividade e do isolamento social, segundo a perspectiva dos professores, dos pais e dos próprios adolescentes do grupo experimental em comparação ao grupo de controlo.

## ABSTRACT

The equine therapy is a practice that is based on the use of the horse as a therapeutic tool, promoting the overall development of the user, has shown good results in several countries, although there are no studies regarding the potential benefits of equine therapy in adolescents without severe mental disorders or physical difficulties or problems.

This research general aim is to analyze the influence of the equine therapy in adolescents without special educational needs or physical disabilities. We intend to investigate whether or not equine therapy benefits teens at the level of anxiety, aggression and social isolation, according to the perspective of teachers, parents and adolescents themselves.

Participating in this study were six teenagers belonging to the classes Integrated Plan for Education and Training (PIEF), being three in the experimental group and three in the control group and there were two individuals of the masculine and feminine gender in each group.

We used the Rey Complex Figure and the Raven's Progressive Matrices to pair samples and the Child Behavior Inventory for Parents (ICCP), the Child Behavior Inventory for Teachers (FFT) and the Self-Assessment Questionnaire for Youth (YSR) for evaluating the behavior of adolescents. The I.C.C.P., T.R.F. and Y.S.R. were applied for the six participants before and after the Equine Therapy program composed of twelve sessions of thirty minutes, in Hipódromo Campo Grande, and applied to the experimental group.

The results point to an improvement in anxiety, aggression and social isolation, according to the perspective of teachers, parents and adolescents themselves in the experimental group in comparison with the control group.

Keywords: equine therapy, teens

## ÍNDICE

1. Introdução	Pag. 1
2. Enquadramento Teórico	Pag. 2
2.1. Pief – Programa Integrado de Educação e Formação	Pag. 2
2.2. Adolescência	Pag. 3
2.3. Agressividade	Pag. 5
2.4. Ansiedade	Pag. 7
2.5. Isolamento Social	Pag. 7
2.6. Utilização de Animais como Recurso Terapêutico	Pag. 9
2.7. O Cavalo	Pag. 11
2.8. Equitação Terapêutica	Pag. 12
2.8.1. Benefícios da Equitação Terapêutica	Pag. 13
2.8.2. Indicações e Contra-Indicações da Equitação Terapêutica	Pag. 16
3. Objetivos, Hipóteses e Variáveis de Estudo Empírico	Pag. 17
3.1. Objetivos	Pag. 17
3.2. Problema	Pag. 17
3.3. Hipóteses	Pag. 18
3.4. Variáveis de Estudo	Pag. 18
4. Procedimentos Metodológicos	Pag. 18
4.1. População e Critérios de Seleção da Amostra	Pag. 18
5. Instrumentos	Pag. 19
6. Procedimento	Pag. 28
6.1. Procedimento de Recolha de Dados	Pag. 28
6.2. Procedimento de Análise de Dados	Pag. 29
7. Resultados	Pag. 30
8. Discussão	Pag. 43

8.1. Isolamento Social	Pag. 43
8.2. Ansiedade	Pag. 45
8.3. Agressividade	Pag. 46
9. Conclusão	Pag. 49
10. Referências Bibliográficas	Pag. 50
11. Anexos	Pag. 53
Anexo A - Questionário de Auto-Avaliação para Jovens YSR 11-18	I
Anexo B - Questionário de Comportamento da Criança CBCL 6-18	VII
Anexo C - Questionário de Comportamento da Criança - Relatório do Professor TRF 6-18	XIV

## 1. INTRODUÇÃO

A equitação terapêutica consiste numa prática que tem como base fundamental o uso do cavalo como instrumento cinesioterapêutico, promovendo o desenvolvimento global de quem o utiliza, porque favorece o acesso a estímulos senso-perceptivos, além de toda a relação envolvida no processo, tanto com o animal quanto com os profissionais da equipa (Neves e Malta, 2002, citado por Motti, 2007).

A equitação terapêutica tem apresentado bons resultados no Brasil, França, entre outros países. Em Portugal, ainda não existem muitos estudos na área, nem bibliografia especializada, principalmente no que diz respeito aos possíveis benefícios da equitação terapêutica em adolescentes sem perturbações mentais graves nem problemas/dificuldades físicas.

No presente trabalho pretende-se aprofundar os conhecimentos sobre a influência da equitação terapêutica em adolescentes pertencentes a turmas PIEF, sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar os possíveis benefícios da equitação terapêutica em adolescentes ao nível da ansiedade, isolamento social e agressividade.

Numa parte inicial desta dissertação é apresentado um breve enquadramento teórico, em que são abordados os conceitos de turmas PIEF, adolescência, ansiedade, o isolamento social e a agressividade. Seguindo-se a utilização de animais como recurso terapêutico, o cavalo, a equitação terapêutica e seus benefícios, indicações e contra-indicações.

Seguidamente são apresentados os objetivos, as hipóteses e as variáveis de estudo, sucedendo-se os procedimentos metodológicos e os instrumentos utilizados.

Por fim são apresentados os resultados obtidos na investigação, seguindo-se a discussão de resultados e a conclusão.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. PIEF – PROGRAMA INTEGRADO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

O PIEF – Programa Integrado de Educação e Formação, consiste numa medida pertencente ao PIEC – Programa para a Inclusão e Cidadania, que em parceria com o Ministério da Educação (ME), com o Instituto de Segurança Social (ISS) e o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, com representantes integrados em cinco Estruturas de Coordenação Regional (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) pretende favorecer o cumprimento da escolaridade obrigatória de crianças e jovens e também a certificação escolar e profissional de jovens que estejam em situação ou em risco de exclusão social (Roldão, M., 2008). As respostas têm um carácter social, educativo e formativo e são sempre feitas numa lógica de proximidade, considerando as características de cada menor, para que seja possível fazer ajustes e ter os melhores resultados em cada situação (Roldão, M., 2008).

A criação de uma turma PIEF resulta da sinalização prévia de um conjunto de jovens com percursos de abandono escolar e/ou trabalho infantil. Estabelecido um PIEF (Plano Integrado de Educação e Formação), agregam-se por proximidade geográfica e procura-se uma escola que se disponha a acolhê-los e a trabalhar com eles segundo os pressupostos legais que o equacionam, criando o que se designa por uma turma PIEF (Roldão, M., 2008).

O objetivo consiste em recuperar estes jovens que abandonaram a escola – e que por ela também foram abandonados – para a aprendizagem e o estudo, ao mesmo tempo que se trabalha na sua reintegração socializadora no interior de uma comunidade da qual, por razões várias, estão objetivamente excluídos ou auto-excluídos. Procura-se, para isso, adaptar o currículo e integrar nele uma vertente vocacional prática, desejavelmente profissionalizante no médio termo, e garantir a certificação escolar correspondente à escolaridade básica nos termos legais vigentes nesta data (Roldão, M., 2008).

Numa equipa, de natureza técnico-pedagógica que integra os professores de todas as áreas e disciplinas, em articulação com técnicos de apoio, trabalha-se numa base de

regularidade como grupo, reunindo semanalmente para gerir o desenvolvimento das aprendizagens, para acertar estratégias, para avaliar resultados, para regular através de balanços críticos frequentes, a progressão ou regressão dos percursos dos alunos. As Equipas Técnico-Pedagógicas (ETP) usam também da liberdade de adaptar a estrutura curricular do ensino básico, mantendo todavia a fidelidade ao cumprimento do Currículo Nacional do Ensino Básico (2001) no que se reporta às competências essenciais, quer gerais, quer específicas, das diferentes áreas e disciplinas (Roldão, M., 2008).

Os alunos PIEF são adolescentes que, por diversos motivos, abandonaram a escola sem obterem sucesso e estão simultaneamente ainda fora do mundo do trabalho, sem certificações e sem dispositivos de integração social, tornando-se populações de risco ou efetiva exclusão. Para além disso, a realidade prévia da sua pertença social caracteriza-se quase sempre por cenários de desfavorecimento económico, cultural e afetivo (Roldão, 2008).

O desinteresse pela escola é uma das características mais evidentes dos alunos PIEF, o que se poderá associar a vertentes afetivas pesadas, ligadas a rejeição, pouco à vontade nos hábitos, códigos e regras da escola e dos colegas, humilhação, não pertencer, não ser valorizado nem desejado nos grupos, ser mal visto pelos professores, pelos empregados, etc. (Roldão, 2008).

## 2.2. ADOLESCÊNCIA

Adolescência, do latim *adolescere*, significa crescer em direção à maturidade, a condição ou o processo de crescimento.

A adolescência é considerada uma idade de mudança, de passagem da infância para a idade adulta, existindo um momento de negação da infância e de procura dum estatuto adulto que constitui a essência da “crise” que o adolescente atravessa (Marcelli & Braconnier, 2005). É um período caracterizado por mudanças físicas, nas capacidades cognitivas e no ajustamento emocional e social, em que os adolescentes experimentam diferentes níveis de stress face às mudanças e desafios característicos destes períodos (Hussong e Chassin, 2004, citado por Borges et al., 2008). Alguns adolescentes não conseguem atingir um ajustamento psicossocial saudável, podendo apresentar diferentes

perturbações ou sintomatologias, que podem influenciar o seu desenvolvimento e funcionamento a nível individual, familiar, escolar e social (Wilson, Pritchard e Revalee, 2005, citado por Borges, 2008).

São características desta etapa da vida: a maturação dos órgãos reprodutores; alterações no corpo, que o aproximam da forma que terá na vida adulta; a emergência do pensamento formal; uma maior autonomia face aos pais, comparativamente ao que acontecia na infância; o alargamento das relações sociais com os pares; alterações no relacionamento com o sexo oposto; a construção de projetos de carreira e de valores; e, finalmente, a construção de uma identidade positiva (Martins, 2005).

Na fase da adolescência, o adolescente tem de convencer não só os seus pais como também uma parte de si próprio de que o seu vínculo com os seus pais é diferente do que quando era criança. Na evolução dessa relação intervêm dos diferentes aspetos do processo da adolescência, tais como, a transformação corporal pubertário, acesso à maturidade sexual, despertar do conflito edipiano e exacerbação dos desejos-receios das relações incestuosas, recusa em aderir à imagem da criança que outrora os pais haviam proposto, procura da identificação através do grupo ou da admiração de um estranho (Marcelli & Braconnier 2005).

Esta etapa constitui um grande desafio, impondo mudanças e necessidades, que obrigam a reordenações e composições, colocando à prova a vivência de processos anteriores. É uma fase marcada por uma instabilidade extensiva a todos os aspetos do indivíduo, que se vê impelido a cumprir determinadas “tarefas”: a maturação biológica, bem como a formação e solidificação da identidade, entendida nos âmbitos sexual, pessoal e profissional (Aberastury, 1983, citado por Guimarães e Pasian, 2006). Tantas exigências favorecem a vulnerabilidade e podem levar à concretização dos chamados “riscos de desenvolvimento” (Marturano, Elias, & Campos, 2004; Yunes & Szymanski, 2001, citado por Guimarães e Pasian, 2006).

Na busca da identidade adolescente, o indivíduo recorre, então como comportamento defensivo à busca de uniformidade, que pode proporcionar segurança e estima pessoal, sendo que, o fenómeno grupal adquire grande importância, transferindo

para este grande parte da dependência que anteriormente mantinha como estrutura familiar (Blos, 1965, citado por Martins, 2005).

Segundo Erickson (1976, citado por Martins, 2005), para passar da infância à adolescência é elementar atravessar um período designado de moratória psicosexual, em que os sujeitos estão voltados para a sociedade, tratando-se de um período em que o adolescente vive antes de assumir os compromissos do mundo adulto, e em que a sociedade deverá ser tolerante e aberta para que o adolescente possa experimentar diferentes papéis e descobrir o sentimento básico de que eu sou. Há ocasiões em que a única solução será procurar uma identidade negativa, isto porque é necessário ser alguém mesmo perverso ou indesejado, do que não ser nada.

Para Braconnier e Marcelli (2000, citado por Benavente, 2002), a reorganização da ligação com os pais, denominada por duplo desafio, conduz o adolescente à procura de limites, que tantas vezes leva à transgressão, sem expressão patológica.

A relação entre a adolescência e a transgressão pode ser vista como obrigatória, sendo a transgressão necessária para o desenvolvimento, para o crescimento e para o processo de aquisição de novas formas de socialização, é uma estratégia na procura de solução de um conflito, no sentido da adaptação (Benavente, 2002).

As infrações podem surgir como estratégias de organizar o caos interior, vivido com medo. Este perigo interno é projetado em objetos externos precisos: os pais, os professores, os polícias, ou outros vividos como representantes da autoridade (Laranjeira, 2007).

### 2.3. AGRESSIVIDADE

A agressividade é definida por Parke e Slady (1983, citado por Coie e Dodge, 1998, citado por Raimundo e Pinto, 2007), como um “comportamento que tem como objetivo fazer mal ou causar dano a outra pessoa ou pessoas”.

A agressividade é conceituada como uma conduta mediante a qual a potencialidade agressiva se faz acto. Pode ser uma atividade motora, verbal, gestual, postural, entre outras. Tem uma origem (agressor) e um destino (agredido). Pode-se

afirmar, portanto, que a direccionalidade e a intencionalidade são características da agressividade (CORSI, 1994, citado por Guimarães & Pasian, 2006).

O comportamento agressivo tem sido apontado por diferentes autores, entre eles Casullo (1998), Chiapetti (2001), Werner e Nixon (2005), Barnow, Lucht e Freyberger (2005, citado por Guimarães & Pasian, 2006), entre outros, como um comportamento de risco. Na visão de Kaplan, Sadock e Grebb (1997, citado por Guimarães & Pasian, 2006), o comportamento agressivo estaria relacionado a conflitos despertados pelo ambiente interpessoal, que, associados ou não a um comprometimento orgânico ou neurológico, agem de forma a fortalecer os impulsos agressivos. Tais impulsos, quando não regulados devido a uma baixa capacidade de autocontrole (fragilidade intrapsíquica), podem dar origem a comportamentos de risco psicossocial, sobretudo com manifestações de violência.

Lindeman, Harakka e Keltikangas-Jarvinen (1997, citado por Guimarães & Pasian, 2006) encontraram, em seu estudo, mostras de que a agressão se desenvolve de forma curvilínea e que as formas de resolução de problemas do tipo pró-social (agir de forma a respeitar as normas sociais, compartilhar elementos sociais) e retraimento declinam com o aumento da idade na adolescência. Além disso, a agressão direta e a indireta, assim como o retraimento, foram relatadas como mais típicas nas reações masculinas, embora na fase final da adolescência a tendência pró-social tenha ocorrido mais entre as meninas

As formas de enfrentamento de situações de conflito passam pela maneira como os indivíduos vivenciam e experienciam um dos componentes da agressividade, a raiva, pelo seu caráter motivador da expressão desta parte da vivência impulsiva humana (Guimarães & Pasian, 2006). Esta, por sua vez, pode ser experienciada como estado emocional momentâneo ou como traço de personalidade, dependendo de tendências individuais a interpretar diferentes estímulos como mais ou menos frustradores ou provocadores, ou ainda de uma maior ou menor capacidade de controlar estes impulsos de raiva, que podem ser reprimidos ou expressos em direção a outras pessoas e/ou objetos do meio (Spielberger & Biaggio, 1992, citado por Guimarães & Pasian, 2006).

## 2.4. ANSIEDADE

As profundas transformações vividas pelo adolescente provocam nele um sentimento de inquietação, de estranheza em relação a si próprio, sentindo-se desajeitado, sem controlo sobre o seu corpo e a sua sexualidade (Brito, 2011). Torna-se crítico, revolta-se à mínima contrariedade, afastando-se, sendo que agir pode ser considerado uma forma de descarregar a ansiedade: discutir, ter maus resultados escolares, fugir (Brito, 2011). A ansiedade é uma emoção frequente, um sinal de alerta determinado pela presença de um conflito interno, cuja função é avisar sobre um perigo iminente para que se tome medidas para lidar com a ameaça (Ferreira et al., 2009). O adolescente sente-se ameaçado pelas grandes alterações que lhe estão a acontecer: no seu corpo, que não controla, na relação com os pais, em que os conflitos de dependência/autonomia são constantes, nos receios que sente em relação às suas competências sociais, escolares e na relação com os pares (Brito, 2011).

Os sintomas físicos são frequentes, tais como: dores abdominais, musculares, nos membros, nas costas, cefaleias, fadiga, podendo apresentar uma sudação excessiva, tremer, sentir tonturas e «desmaios» (Brito, 2011).

A ansiedade pode interferir com a aprendizagem e com a inserção escolar, pondo em causa a relação com o grupo de pares, acentuando os conflitos com a família e conduzindo ao isolamento do adolescente, sendo que este poderá desenvolver ataques de pânico ou fobias, ou apresentar comportamentos de risco, consumindo álcool e drogas ou ter um comportamento sexual impulsivo, como tentativas para negar os seus medos (Brito, 2011).

## 2.5. ISOLAMENTO

O isolamento social refere-se à inibição comportamental, à timidez e ao isolamento passivo (Ladd & Burgess, 1999, citado por Marques, 2010) e é descrito como um fenómeno complexo, e com múltiplos significados psicológicos. O isolamento social nas crianças é entendido como um possível fator de risco no desenvolvimento social e emocional mal-adaptado (Rubin, Hymel, Mills & Rose-Krasnor, 1991, citado por Marques, 2010).

De acordo com esta distinção Harrist, Zaia, Bates, Dodge e Petit (1997, citado por Marques, 2010), existem três manifestações de isolamento social infantil: o tipo passivo ansioso, em que as crianças evitam brincar com os pares e receiam o envolvimento social, existindo uma reduzida abordagem social e comportamentos de evitamento que limitam as relações e as oportunidades para a interação social e que pode levar à rejeição; o tipo não social, em que as crianças preferem brincar com objetos ou sozinhas, parecendo ter pouca capacidade de motivação para a aproximação social, embora possuam competências sociais que lhe permitem estabelecer essas interações; e o tipo activo-isolado, em que as crianças não se envolvem em interações sociais porque os seus pares não o permitem, embora desejem brincar com outras crianças não são aceites pelos pares, ou seja, a rejeição já existe e é mais uma consequência do que uma causa porque resulta do esforço dos pares em excluir a criança das interações sociais. Assim, diferentes tipos podem conduzir a diferentes percursos desenvolvimentais.

No Isolamento Passivo existe frequentemente características de ansiedade em crianças que têm predisposição para preferir estar sozinhas e que vivem muitas vezes o conflito da aproximação-evitamento, por outro lado, no Isolamento Ativo, os pares não aceitam a criança ou porque esta é imatura, agressiva ou apresenta comportamentos pouco aceites, mas a criança vítima de rejeição apresenta vontade de aproximação aos pares (Harrist, Zaia, Bates, Dodge e Pettit, 1997, citado por Marques, 2010)

Estudos longitudinais apontam para que o isolamento social resulte em baixa autoestima, insegurança, solidão, desajustamento escolar e ansiedade (Sandstrom, & Zabriski, 1994, citado por Marques, 2010). Por outro lado é muito frequente observar-se em crianças com isolamento social défices sócio-cognitivos e de competências sociais; auto-percepções mais negativas; a vivência da solidão e depressão e são com mais frequência rejeitadas e vitimizadas pelos seus pares (Booth-LaForce, & Oxford, 2008, citado por Marques, 2010). Neste âmbito parece existir evidências de que as crianças tímidas, inibidas e isolados são mais facilmente alvo de vitimização uma vez que as suas características pessoais coloca-as numa situação de “presas fáceis” porque não se espera delas uma reação de retaliação (Rubin et. al. 2000, citado por Marques, 2010).

No âmbito da aceitação-rejeição social, Coie e Kupersmidt (1983, citado por Marques, 2010) propuseram inicialmente uma distinção entre Crianças Negligenciadas,

normalmente com características de timidez e que são ignoradas pelos pares mas que não apresentam necessariamente défices nas competências sociais, e Crianças Rejeitadas, estas sim a apresentarem défices de competências sociais e problemas de controlo do comportamento o que dificulta a iniciação e manutenção de relações sociais ajustadas. As crianças negligenciadas perdem ou têm poucos amigos mas não são discriminadas (Asher, & Dodge, 1986, citado por Marques, 2010). Pelo contrário as crianças rejeitadas são-no porque apresentam comportamentos agressivos ou pelo contrário evidenciam isolamento social, pouca responsabilidade ou submissão aos outros (Coie, Dodge & Kupersmidt, 1990, citado por Marques, 2010).

## 2.6. UTILIZAÇÃO DE ANIMAIS COMO RECURSO TERAPÊUTICO

A terapia assistida por animais ou zooterapia, consiste numa metodologia que inclui animais como co-terapeutas no tratamento de patologias humanas, tanto físicas quanto psíquicas (Turner, 2006, citado por Motti, 2007), tendo como finalidade melhorar aspetos como a função física, social, emocional, e/ ou cognitiva de pacientes humanos.

Desde 1700, que se tem notícia do emprego terapêutico dos animais para várias patologias do comportamento humano. Observa-se que a aproximação do animal de companhia faz com que a pessoa renove seu contexto de vida, uma antiga ligação desejada essencialmente em nível inconsciente (Chieppa, 2002, citado por Motti, 2007).

Os campos de aplicação da terapia com animais vão da terapia de reabilitação de pacientes com distúrbios físicos ou comportamentais à prevenção de estados depressivos e de enfermidades cardiovasculares, ou à formação e educação de crianças em idade evolutiva (Chieppa, 2002, citado por Motti, 2007).

Em 1977, Gorson, Gwinne e Arnold, fizeram um estudo com adolescentes que apresentam distúrbios emocionais, no qual utilizavam cães com o objetivo de melhorar a capacidade de socialização e comunicação dos seus pacientes, do que concluíram que estes aumentaram os níveis de auto-estima e o seu bem-estar mental tornando-se mais vulneráveis e sociáveis (Lobo, 2003). Gorson (1977, citado por Lobo, 2003) atribui o sucesso do uso de animais como recurso terapêutico ao facto de a capacidade de relacionamento com os animais ser independente da capacidade de relacionamento com

o ser humano e os animais terem um estatuto submisso que fornece segurança, mesmo para alguém que apresente uma baixa auto-estima e auto-conceito.

Katcher e Friedman (1980, citado por Lobo, 2003) afirmam que o uso de animais como recurso terapêutico é uma terapia efetiva para crianças com distúrbios emocionais e mentais severas, e no caso de adultos e adolescentes acreditam ser benéfico pois oferecem companheirismo, sentido de responsabilidade, carinho, afeto exercício, confiança e segurança.

Segundo Meen (1987, citado por Lobo, 2003), os animais podem ser vistos como “veículos” para se adquirirem ganhos em áreas como a comunicação, a confiança, o respeito e a independência.

Para Chiappa (2002, citado por Lobo, 2003), a utilização de animais como auxiliar terapêutico para várias patologias, tem como benefícios a melhoria da coordenação de movimentos; controlo de stress com diminuição da pressão arterial e riscos de problemas cardíacos; diminuição da percepção da dor e da ansiedade, principalmente em casos de doenças; pacientes que cuidam de animais podem utilizar 16% menos medicamentos; o contacto com animais ajuda a minimizar os efeitos de depressão; diminui a solidão e a inibição dos pacientes, melhorando consideravelmente o comportamento social; melhora as relações interpessoais; o animal facilita e nutre a comunicação entre os humanos.

San Joaquín (2002, citado por Machado, Rocha, Santos & Passinin 2008) defende que a terapia com animais proporciona oportunidade de melhorar a qualidade de vida através da motivação, educação, recreação e/ou benefícios terapêuticos e pode ser utilizada em áreas relacionadas ao desenvolvimento psicomotor e sensorial, no tratamento de distúrbios físicos, mentais e emocionais, em programas destinados a melhorar a capacidade de socialização ou na recuperação da auto-estima.

A presença de um animal ajuda a obter resultados mais eficazes e rápidos na terapia de pessoas com necessidades educativas especiais, que apresentam uma baixa auto-estima e auto-conceito, tendo sido utilizados diversas espécies de animais desde cães, gatos, pássaros, macacos e cavalos (Lobo, 2003). Os cavalos oferecem um

benefício adicional devido ao seu tamanho, características de personalidade e aos fatores de risco que apresentam (Tedeschi, 1990, citado por Lobo, 2003).

## 2.7. O CAVALO

A descrição do cavalo, segundo Michaelis (1998, citado por Dotti, 2005) é formulada da seguinte forma: cavalo – quadrupede, perissodátilo, solípede, da família dos equinos, tem pescoço e cauda providos de cerdas longas e abundantes, domestica-se facilmente e é dos animais mais uteis ao homem desde épocas muito remotas, servindo para montar, na tração de carruagens, e nos trabalhos agrícolas. Dotti (2005) acrescenta que este animal simboliza força, altivez, soberania, paixão e trabalho.

O cavalo é um animal vivo que tem existência própria, independente dos desejos do paciente; reage aos afetos do paciente, o que permite descobrir os estados de espírito do mesmo. Do que se deduz, que, mais do que uma atividade lúdica, a equitação psicoterápica facilita uma melhor compreensão do paciente, necessária preliminarmente a uma terapia benéfica (Herzog, 1989, citado por Chiaramonte, 2004).

Lermontov (2004, citado por Queiroz, 2004) defende que o cavalo tem seu sistema nervoso e acuidade dos sentidos bem desenvolvidos, superior à do Homem, o que permite uma rápida coordenação sensório-motora. A sua conduta é modificada pelas sensações e também por processos de memória, associação de ideias e de raciocínio sumário. Hontang (1988, citado por Freire, 1999, citado por Queiroz, 2004), afirma que a inteligência do cavalo permite-lhe ser educado e adaptar-se aos diversos usos a que o Homem lhe destina, submete-se muito naturalmente aos comandos e através do desenvolvimento da sua memória, o homem consegue criar uma linguagem inteligível para o animal.

O cavalo ideal para a equitação terapêutica é dócil e de fácil manejo; com aprumos simétricos (sem alterações estruturais, pois estas interferem na estimulação que chega ao paciente); os três andamentos regulares (passo, trote e galope), e um segmento dorso-lombar pouco saliente, de forma a ser mais confortável ao cavaleiro; deve ser equilibrado (com o centro de gravidade abaixo do garrote, para que o praticante fique mais perto do centro de gravidade do cavalo e assim mantenha uma postura correta); e com os flancos a descrever ao discreta circunferência de modo a evitar um grande

afastamento das pernas do cavaleiro; macho, castrado por não sofrer de influências hormonais ou se for fêmea, deve-se observar as suas oscilações emocionais na fase do cio; a altura não deve ser superior ao 1,50 m (um metro e cinquenta centímetros), nem demasiado inferior, pois os passos curtos em excesso não beneficiam o praticante (Dias e Medeiros, 2002, citado por Chiaramonte, 2004).

De acordo com Dias e Medeiros (2002, citado por Marcelino & Melo, 2006), o cavalo possui três andaduras naturais: passo, trote e galope. Dentre essas, a mais utilizada na equitação terapêutica é o passo, sua andadura natural que se caracteriza por ser ritmada, cadenciada em quatro tempos, ou seja, ouvem-se quatro batidas distintas, nítidas e compassadas que correspondem ao pousar do animal. É a andadura mais frequente por conta da riqueza dos movimentos tridimensionais. Para Spink (1993, citado por Marcelino e Melo, 2006), o movimento causado pelo passo assemelha-se ao da marcha humana, pois o dorso do cavalo realiza um movimento tridimensional: para a frente e para trás, para cima e para baixo, para um lado e para o outro, o que requer ao praticante reações de equilíbrio e de retificação postural para que se possa se manter sobre ele.

## 2.8. EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA

A equitação terapêutica é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo sob uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou de necessidades especiais (Ande, 1999, citado por Queiroz, 2004).

Para Cirillo (1992, citado por Silva, 2006), a equitação terapêutica consiste num tratamento de reeducação e reabilitação motora e mental, através da prática de atividades equestres e técnicas de equitação. É um método terapêutico que utiliza o cavalo como motivador para proporcionar ganhos físicos e psicológicos ao praticante.

Wickert (1999, citado por Ferreira, 2008), defende que a equitação terapêutica é um processo de reabilitação que se utiliza do cavalo e de profissionais especializadas para oferecer melhora aos portadores de necessidades especiais, tanto físico, quanto psíquica.

Segundo Cittério (1991, citado por Motti, 2007), as terapias utilizando cavalo podem ser consideradas como um conjunto de técnicas reeducativas que agem para superar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais, através de uma atividade lúdico-desportiva, que tem como o meio o cavalo.

Gavarini (1995, citado por Silva, 2006) afirma que a equitação terapêutica pode ser uma terapia principal ou complementar, dependendo da sua patologia, sendo o que tratamento equoterápico pode proporcionar uma reabilitação global, uma vez que o indivíduo tem acesso a uma ajuda psicológica e psicossomática, assim como a fisioterapia sobre o cavalo.

A equitação terapêutica tem como objetivos principais estimular a auto-estima, a autoconfiança, desenvolver a orientação espacial, o equilíbrio, a lateralidade, a comunicação, além de proporcionar ganhos físicos, favorecer a sensibilidade, a percepção do esquema corporal, a diminuição da ansiedade, fobias de modo geral, entre outros (Freire, 1999, citado por Ferreira, 2008).

As sessões de equitação terapêutica geralmente duram entre 20 a 60 minutos e ocorrem dentro de um picadeiro fechado ou ao ar livre, mas a média destes é de 30 minutos (Rolandelli e Dunst, 2003, citado por Silva, 2006). Esse tempo deve ser respeitado devido à enorme quantidade de estímulos recebidos durante esse período (Uzun, 2005, citado por Silva, 2006).

A equitação terapêutica desenvolve a sensibilidade física e psíquica, na medida em que exige a constante percepção e reação frente a diversos estímulos. Segundo Gomes (2004, citado por Motti, 2007), cada manobra executada na sessão de equitação terapêutica é uma experiência que envolve ação e emoção, acarretando um comportamento diferente, em que podemos observar cada reação igual ou inversa ao que se propõe ao paciente.

### 2.8.1. BENEFÍCIOS DA EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA

As primeiras investigações com o objetivo de demonstrar o valor terapêutico da equitação foram realizadas em 1875, por Chassaignac (citado por Bain, 1965, citado por Lobo, 2003), que demonstrou que o cavalo em ação melhorava o equilíbrio, o

movimento articular e o controlo muscular dos seus pacientes, tal como o estado de ânimo/espírito.

Em 1976 (citado por Vermelhudo, 2011), Horster e os colegas realizaram um estudo, do qual apuraram benefícios ao nível psicológico e melhorias notáveis ao nível da coordenação, tónus muscular e reações.

Tauffkirchen, em 1977 (citado por Lobo, 2003), apurou uma melhoria ao nível da postura, harmonia, inibição de movimentos patológicos, facilitação de reações automáticas normais e promoção de perceções sensório-motoras, realçando a sua importância ao nível da motivação.

Em 1978 (citado por Lobo, 2003), Salter demonstrou, através de um estudo com crianças com paralisia cerebral, que a hipoterapia é uma atividade que controla o tónus muscular, melhora o controlo da postura, a coordenação de movimentos e a orientação espacial, o equilíbrio, e corrige posições, salientando também os efeitos positivos ao nível motivacional.

O relatório de Bertoti (1988, citado por Lobo, 2003) demonstra uma diminuição da espasticidade, melhorias no equilíbrio, e nas habilidades de rotação e controlo postural, tal como melhorias ao nível da autoconfiança, auto-estima e diminuição do medo, em crianças portadoras de paralisia cerebral. Em contraste, Lacey (1993, citado por Lobo, 2003) não encontrou qualquer efeito benéfico, na postura em crianças de três e quatro anos que realizaram esta terapia durante seis semanas.

Em 1992 (citado por Lobo, 2003), Emory realizou um estudo com o objetivo de estudar o impacto de um programa de Equitação terapêutica no auto-conceito e comportamento dos adolescentes com necessidades educativas especiais, concluindo que a equitação terapêutica é uma intervenção efetiva em adolescentes com dificuldades de socialização, baixos níveis de auto-conceito e problemas/ distúrbios de comportamento. Contudo, um estudo de Carlson (1983, citado por Lobo, 2003) testou a eficácia de um programa de equitação terapêutica em jovens com dificuldades de aprendizagem ao nível do auto conceito e locus de controlo, do que não identificou melhorias significativas ao nível do auto-conceito, registando-se, no entanto, um aumento significativo ao nível do locus de controlo.

Tedeschi (1990, citado por Lobo, 2003) afirma que o uso do cavalo como instrumento terapêutico tem-se traduzido em resultados estatisticamente significativos no tratamento de recuperação de traumas, redução da agressão, depressão, baixa auto-estima e auto-conceito, falta de controlo e problemas de ordem emocional.

Segundo Tolmach (1985, citado por Lobo, 2003) aprender a controlar um cavalo ajuda os jovens a controlarem-se a si próprios e antecipa as consequências do seu comportamento.

Leitão (2004), realizou um estudo com cinco crianças, com idades compreendidas entre os cinco e os dez anos, diagnosticadas com autismo, e verificou que a utilização do cavalo como instrumento terapêutico (uma vez por semana, durante dezasseis semanas) oferece melhorias ao nível do desenvolvimento e do comportamento, podendo confirmar a eficácia do tratamento.

De forma mais geral, e de acordo com Buchene e Savine (1996 citado por Motti, 1999), a equitação terapêutica tem ganhos que vão do aspeto físico ao mental, pois melhora o equilíbrio e a postura; promove a consciência corporal; aumenta a capacidade de decisão; desenvolve a coordenação motora fina; trabalha a coordenação motora global; motiva o aprendizado, encorajando a leitura e a fala; desenvolve a coordenação motora óculo-manual (mãos e olhos); propicia a organização das sequências de ações; estimula os cinco sentidos através das atividades e do meio; ajuda a superar fobias; aumenta a autoconfiança e a autoestima, facilitando a integração social; melhora aspetos cognitivos (memória, concentração, raciocínio lógico); desenvolve a linguagem e a comunicação; ensina a importância de regras como segurança e disciplina; ensina o paciente a encarar situações de risco controlado; e promove a sensação de bem-estar.

Walter e Vendramini (2000, citado por Favaro, 2007) enfatizam que a equitação terapêutica propicia o movimento do corpo todo, favorecendo o desenvolvimento do tônus e da força muscular, o relaxamento, a consciencialização do próprio corpo, o equilíbrio, a coordenação motora, a autoconfiança e auto-estima, sendo um método de reabilitação e educação que desenvolve o paciente de forma global.

Leitão (2010) afirma que a utilização do cavalo enquanto instrumento terapêutico propicia benefícios ao nível das competências relacionais e comunicacionais, da

organização do comportamento, dos comportamentos desejados, do desenvolvimento, do bem-estar, da auto-estima, da construção de um sentimento de confiança, da atenção e da concentração, da tolerância à frustração, da mobilização de recursos, da iniciativa, do auto-controle, da construção de amizades, do respeito pelo outro e da autonomia.

Segundo Garrigue (1999, citado por Silva & Grubits, 2004), os efeitos terapêuticos desse recurso podem ser classificados em quatro categorias, sendo estas: a melhora da relação que consiste na valorização plena do indivíduo a cavalo, a comunicação, o autocontrole, a autoconfiança, a vigilância da relação, a atenção e o tempo de atenção; a melhora da psicomotricidade que abrange a melhora do tônus, a mobilização das articulações da coluna e da bacia, promove o equilíbrio e a postura do tronco ereto, propicia a lateralidade, melhora a percepção do esquema corporal, favorece a referência de espaço e de tempo, desenvolve a coordenação ou a dissociação de movimentos, facilita a precisão do gesto, proporciona ao paciente um melhor conhecimento de posições de seu corpo e do cavalo, permite, enfim, a integração do gesto para compreensão de uma ordem recebida ou por imitação; a melhora da natureza técnica, que gera as diferentes aprendizagens referentes aos cuidados com os cavalos (alimentação, limpeza, etc.) e as técnicas de equitação que permitem conduzir o cavalo. Para consolidar esses diferentes tipos de aprendizagem, é necessário, muitas vezes, usar linguagem apropriada e ritmo adequado, para que a clientela assimile a informação e assim evite transformar esse recurso em fonte suplementar de fracasso em vidas que já sofrem de limitações; e a melhora da socialização que promove a integração de pessoas com déficits cognitivos ou corporais com os demais pacientes ou cavaleiros saudáveis e com equipe interdisciplinar os quais trabalham nos locais de atendimento.

A confiança obtida na equitação terapêutica permite acelerar o processo de desenvolvimento de potencialidades, responsável pela integração pessoal e social da pessoa com dificuldades e/ou deficiências, integra o paciente, o cavalo, e os profissionais envolvidos, favorecendo assim uma sadia sociabilidade (Lobo, 2003).

## 2.8.2. INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

A equitação terapêutica é um método terapêutico indicado em diversas situações tais como: deficiências motoras causadas por lesões neuromotoras, tais como: lesões

cerebrais, traumas encefálicos, sequelas de processos inflamatórios do SNC, deficit de produção de movimento; distúrbios de coordenação e da regulação do tónus muscular, como: plasticidade, distonias, distúrbios de equilíbrio e deficit neuromotores por lesão da medula espinhal; lesões de nervos periféricos, distúrbios evolutivos e comportamentais; distúrbios auditivos; distúrbios visuais; psicoses infantis; distúrbios sensoriais; patologias ortopédicas; alterações do comportamento; dificuldades de aprendizagem; autismo; acidente vascular cerebral; demência em geral e para casos de ansiedade (Dias & Medeiros, 2002, citado por Marcelino & Melo, 2006).

Apesar de inúmeras indicações, há contra-indicações que têm de ser tidas em conta, para não se prejudicar o individuo. As contra-Indicações são as seguintes: alergia do pelo do cavalo; hiperlordose; subluxação do quadril; hipertensão não controlada; atividade reflexa intensa; cardiopatia grave; hemofilia pelos microtraumas vasculares; osteoporose e osteogénese imperfeita, pelo risco de microfraturas; graves afeções da coluna vertebral como hérnia de disco, esclerose em evolução, epifises de crescimento em estágio evolutivo e geralmente todas as afeções em fase aguda; cardiopatias agudas; excessiva lassidão ligamentosa das primeiras vertebra cervicais devido à síndrome de Down (Dias e Medeiros, 2002, citado por Padilha, 2005).

### 3. OBJETIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DO ESTUDO EMPÍRICO

#### 3.1. OBJETIVO

O objetivo deste estudo consiste em avaliar a influência de um programa de Equitação terapêutica no comportamento de adolescentes pertencentes a turmas PIEF, num curto espaço de tempo.

Tem como objetivos específicos, determinar se o programa de equitação aplicado diminui os comportamentos agressivos, o isolamento social e a ansiedade na população estudada.

#### 3.2. PROBLEMA

Qual o impacto da equitação terapêutica no comportamento dos adolescentes pertencentes a turmas PIEF?

### 3.3. HIPÓTESES

H1: O programa de equitação terapêutica diminui o comportamento agressivo, nos adolescentes pertencentes a turmas PIEF

H2: O programa de equitação terapêutica diminui o isolamento social, nos adolescentes pertencentes a turmas PIEF

H3: O programa de equitação terapêutica diminui a ansiedade, nos adolescentes pertencentes a turmas PIEF

### 3.4. VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.4.1. As variáveis dependentes consideradas neste estudo são os comportamentos agressivos, o isolamento social e a ansiedade.

3.4.2. Como variáveis independentes teremos o programa de equitação terapêutica (que será apresentado de forma detalhada no ponto referente aos instrumentos utilizados).

## 4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

### 4.1. População e critérios de seleção da amostra

Optamos por realizar este estudo com alunos que frequentam as turmas PIEF. As razões que levaram a esta seleção deve-se ao facto de estagiar no Pensamento Vivo – Centro de Recursos Psicopedagógicos, em que se trabalha diretamente com alunos, professores e encarregados de educação das turmas PIEF, o que facilita o contacto, as autorizações e os protocolos de seguro escolar.

Participaram neste estudo nove sujeitos, sendo que o grupo de investigação é composto por dois sujeitos do sexo masculino, com 16 anos de idade e um sujeito do sexo feminino com 18 anos. Dos restantes seis foram seleccionados os três com características mais semelhantes aos pertencentes ao grupo de experimental de forma a emparelhar os mesmos. Foram seleccionados numa reunião com os professores e

técnicos, tendo como critérios a existência de comportamentos agressivos, de isolamento social, ansiedade, e situação familiar e sócio-económica similar.

Seguidamente foram pedidas as respetivas autorizações aos encarregados de educação para a realização do estudo. Após as autorizações devidamente assinadas foi realizada uma entrevista e passadas as Matrizes Progressivas de Raven e a Figura Complexa de Rey a cada um dos nove sujeitos e do grupo de controlo foram selecionados os três sujeitos com os resultados mais semelhantes a cada um dos sujeitos do grupo de investigação de modo a proceder à sua emparelhação no processo de análise de dados.

## 5. INSTRUMENTOS

- Figura Complexa de Rey – trata-se de um instrumento composto por uma figura complexa, geométrica e abstrata composta por várias partes. A aplicação é constituída por dois momentos: no primeiro deles pede-se ao sujeito que copie a figura, prestando atenção às proporções e, sobretudo, que não esqueça nenhum detalhe. Após um intervalo de três minutos, pede-se ao sujeito que desenhe a mesma figura, mas agora sem o estímulo. Para a pontuação, cada parte da figura é pontuada separadamente, podendo receber de 0 a 2 pontos, dependendo da qualidade e localização do desenho.
- Matrizes Progressivas de Raven – a Escala SPM, também denominada de escala geral, trata-se de uma escala que pode ser aplicada a crianças e a adultos. Avalia a inteligência geral, mais propriamente a capacidade do sujeito para deduzir relações. Inclui 60 itens divididos por 5 séries de 12 itens ordenados por grau de dificuldade. Os vários itens são constituídos por material não verbal. Esta escala é composta por um caderno de aplicação, no qual vêm representados cinco subconjuntos de itens (A, B, C, D e E).
- Questionário de auto-avaliação para jovens (Y.S.R.) (versão port., Fonseca e col., 1999) (Anexo A) - Pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percebidos pela criança/ adolescente. É constituído por duas partes, sendo que a 1ª parte é

composta por 17 itens relacionados com competências, actividades e interesses sociais do indivíduo; e a 2ª parte consiste em 119 itens (103 relativos a diversos problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais; e 16\* dizem respeito a comportamentos socialmente desejáveis). A criança/ adolescente deve indicar se a característica de comportamento descrita em cada item da Escala se aplica ou não a si (considerando como referência temporal os últimos 6 meses), devendo responder 0, 1, ou 2 (2 pontos – Muita vezes verdadeira; 1 ponto – Às vezes verdadeira; 0 pontos – Não verdadeira).

- Inventário do comportamento da criança para Pais (I.C.C.P.) (versão port., Fonseca e col., 1994) (Anexo B) - pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percebidos pelos pais ou seus substitutos. É constituído por duas partes sendo que a 1ª parte consiste em 20 questões sobre a quantidade e qualidade do envolvimento do sujeito em várias actividades e situações de interacção social, desde os desportos e passatempos, até ao número de amigos e participação em clubes e equipas, por exemplo, e a 2ª parte baseia-se em 120 itens relativos a diversos problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais. Os pais devem indicar se a característica de comportamento descrita em cada item da Escala se aplica ou não à criança em causa (considerando como referência temporal os últimos 6 meses), devendo responder 0, 1, ou 2 (2 pontos – Muita vezes verdadeira; 1 ponto – Às vezes verdadeira; 0 pontos – Não verdadeira).
  
- Inventário do comportamento da criança para Professores (T.R.F.) (versão port., Fonseca e col., 1995) (Anexo C) - Pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percebidos pelos professores. É constituído por duas partes, sendo a 1ª parte composta por itens sobre o rendimento escolar e o funcionamento geral do aluno na sala de aula, comentários sobre o potencial de desenvolvimento do aluno e o seu nível geral de adaptação à escola; e a 2ª parte consiste em 120 itens relativos a diversos problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais. Os professores devem indicar se a característica de comportamento descrita em cada item da Escala se aplica ou não à criança em causa (considerando como referência

temporal os últimos 2 meses), devendo responder 0, 1, ou 2 (2 pontos – Muita vezes verdadeira; 1 ponto – Às vezes verdadeira; 0 pontos – Não verdadeira)

▪ Programa de Equitação Terapêutica

Devido às limitações temporais impostas à sua realização, este estudo teve uma duração de aproximadamente três meses, o que fez um total de 12 sessões por sujeito, sendo que cada sessão teve aproximadamente 30 minutos de volteio. Tendo em conta que nenhum dos utentes tinha tido qualquer experiência com cavalos, e uma vez que qualquer atividade equestre se inicia pelo volteio, o programa usou o volteio mas com fins terapêuticos.

Volteio consiste em que o cavalo se desloque num círculo, no qual o instrutor se encontra no seu centro, segurando-o e conduzindo-o através de uma guia (corda de nylon com cerca de oito metros), fazendo com que o cavalo se desloque segundo as suas instruções. O volteio tradicional tem como objetivo a execução de diversos exercícios gímnicos e acrobáticos muito rígidos e com grande exigência a nível físico com o máximo de perfeição, com o cavalo em andamento. O volteio terapêutico, tem objetivos de natureza menos competitiva e mais pedagógica e recreativa, sendo o objetivo central a evolução do utente ao próprio ritmo, uma vez que os exercícios podem ser fragmentados, acrescentando ou retirando níveis de dificuldade, dependendo das necessidades específicas e individuais do volteador, tal como o nível de confiança do mesmo.

Material necessário à realização do programa de equitação terapêutico:

- O cavalo
- Material de limpeza (escova, limpa-cascos, brussa, raspadeira, etc.)
- Suadouro
- Protetor de dorso
- Cilhão com arções
- Cabeçada com bridão e focinheira
- Cilha
- Guia
- Chicote
- Rédeas

- Toc

Uma sessão de equitação terapêutica é constituída por três fases diferentes, sendo que a primeira é a fase de aproximação, seguida do volteio e por fim a fase de rutura (Rhodes, G., 1999, citado por Lobo, 2003).

A fase de aproximação consiste no confronto do praticante com o cavalo, o que é determinante para o sucesso da terapia equestre. Inicia-se pela abordagem ao cavalo na sua box e pela colocação do respetivo cabeção. Este confronto deve ser feito de forma progressiva, paciente e não forçada, de forma que o praticante vença os seus medos e/ou possível indiferença, estabelecendo uma relação de confiança com o cavalo. Nesta fase, o instrutor dá a conhecer algumas regras básicas para que todo o processo decorra com o máximo de segurança possível. De seguida, efetua-se o transporte do cavalo até ao local onde se realiza a limpeza e aparelhação do mesmo, em que cada praticante tem a oportunidade de limpar o cavalo, sendo um “aquecimento” para ambos (cavalo e cavaleiro), havendo também uma aproximação relacional com o cavalo o que facilita o processo de aprendizagem. Durante este processo o instrutor ensina aos praticantes as diversas partes que constituem o cavalo, as diferentes raças e pelagens existentes tal como o manuseamento e outras informações em geral.

A fase de Volteio, inicia-se com o aquecimento do cavalo, em que este é “passado à guia”, o que consiste em que o cavalo se desloque num círculo, no qual o instrutor se encontra no seu centro, segurando-o e conduzindo-o através de uma guia com que o cavalo se desloque segundo as suas instruções, sem ter nenhum praticante em cima. Passar o cavalo à guia, serve para que o cavalo possa descontraír e para se avaliar o estado quer físico quer “emocional” do cavalo. Após o aquecimento do cavalo, o praticante monta o cavalo com o auxílio do instrutor, e inicia-se a atividade física propriamente dita, em que o praticante executa diversos exercícios gímnicos, montado em cima do cavalo, nos seus diferentes andamentos. Neste processo, a sensibilidade do instrutor é muito importante, para que nenhum incidente ocorra, devendo estar sempre atento a todas as reações quer do praticante, quer do cavalo, para reagir apropriadamente a qualquer situação de desequilíbrio.

Na fase de rutura, o praticante deve cuidar da sua montada, podendo desaparelhá-lo, dar-lhe banho, acariciá-lo e acompanhá-lo até à box, para que esta fase decorra de forma positiva. Seguidamente, será apresentada, de forma esquemática, a caracterização de uma “sessão tipo” do programa aplicado.

**Fases de uma sessão de Equitação Terapêutica (Rhodes, 1999, citado por Lobo, 2003)**

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Observações/ Precauções</b>
1ª Fase APROXIMAÇÃO	Abordagem	Avançar lentamente na direção do cavalo pelo seu lado esquerdo e seguir até à cabeça, falando calmamente e acariciando-o para o sossegar e facilitar passagem.	Os cavalos por natureza são medrosos, e um gesto mais brusco ou um tom de voz mais elevado pode assustá-lo.
	Colocar o cabeção	Abrir a fivela, abordar o cavalo pela esquerda. Colocar-se ao lado da cabeça do cavalo, mostrar o cabeção ao cavalo, com a mão esquerda segurar a focinheira e enfiar o cabeção no nariz do cavalo, enquanto a mão direita passa a ponta para o outro lado, pela nuca do cavalo; apertar a fivela com ambas as mãos.	O cabeção permite conduzir o cavalo e atá-lo com uma corda.  Um cabeção demasiado apertado prende a respiração  A focinheira deve colocar-se a meio do chanfro, de modo a que o cavalo possa abrir a boca.
	Conduzir o cavalo à mão	Caminhar à frente e à esquerda do cavalo; segurar a guia com a mão direita, a 15 centímetros da boca do cavalo; segurar o resto da guia na mão esquerda; caminhar à mesma velocidade do cavalo.	Nunca enrolar a guia na mão  Se o cavalo se recusar a andar, nunca olhar para ele e não puxar, pois a reação do cavalo será recuar.

	<p>Escovar, desempastar</p>	<p>Passar o raspador nas partes carnudas, executando um movimento circular; bater o raspador frequentemente no chão, para deixar cair o pó acumulado; escovar com a brussa, para retirar o pelo e a pela morta, de todo o corpo do cavalo; e pentear as crinas e a cauda com um pente.</p>	<p>Estar sempre atento a todos os movimentos e reações do cavalo;</p> <p>Colocar-se sempre numa posição de segurança: corpo colocado lateralmente em relação ao cavalo; nunca passar por baixo ou próximo dos membros do cavalo.</p>
	<p>Limpar os cascos</p>	<p>Para levantar os membros, colocar-se de lado, voltado para trás; escorregar a mão ao longo do membro, levantando-o acima do boleto; com a outra mão desequilibrar ligeiramente o cavalo para o lado oposto; e limpar completamente a sola com o limpascascos.</p>	<p>Falar sempre com o cavalo enquanto se processam estas operações;</p> <p>Afastar sempre os pés antes de largar o casco.</p>
	<p>Colocação do cilhão</p>	<p>Apresentar o cilhão pelo lado esquerdo e coloca-lo à frente do garrote; deixar escorregá-lo para trás até que a cilha, caída pelo lado oposto, fique a uma mão travessa do codilho, deixando as espáduas livres; apertar suavemente apenas uma das pontas da cilha; soltar a frente do suador para libertar o garrote; colocar-se de frente para o cavalo, levantar cada um dos anteriores para a frente, para esticar a pele do cavalo sob a cilha.</p>	<p>Não deixar a cilha bater nos tendões do cavalo. Para o evitar, esticar a perna por baixo do cavalo, de modo a que a cilha quando cair bata na sua bota; não deixar o cilhão muito atrás do garrote; antes de apertar a cilha, verificar se do lado direito alguma das partes do arreio (ou suador) estão dobradas</p>

	Colocação da cabeçada	Segurar a cabeçada na mão esquerda, com a focinheira e ciscgola abertas; colocar-se do lado esquerdo do cavalo, retirar o cabeção e apertá-lo à volta do pescoço; colocar o ombro direito por baixo da garganta do cavalo; com a mão direita levantar a cabeçada pela cachaceira até que a embocadura toque na boca do cavalo; com a mão esquerda acariciar os lábios até que o cavalo ceda e abra a boca, deixando entrar a embocadura; com ambas as mãos passar, uma a uma, as orelhas para a frente da cachaceira; e verificar se a cabeçada está bem colocada, com a testeira e focinheira horizontais.	
2ª Fase VOLTEIO	Montar o cavalo	Antes de montar, verificar toda a aparelhação; colocar-se ao lado da espádua esquerda, ligeiramente virado para trás; segurar a arção do cilhão com a mão esquerda ficando a mão direita livre; fletir o joelho esquerdo, para que o instrutor o ajude a subir, através da impulsão da chamada com o pé direito do praticante; saltar inclinando o tronco para a frente, fazer uma pequena rotação do tronco e sentar-se suavemente no dorso do cavalo, deixando descer as pernas sobre a barriga do cavalo	Cavalo parado  Evitar tocar no flanco do cavalo com a biqueira da bota
	Exercício para o tronco	Braços ao longo do corpo, realizar inclinação lateral à direita e esquerda do tronco.  Mãos na cintura, realizar rotação de tronco para a direita e para a esquerda  Mãos no ombros, realizar rotação de tronco para a direita e para a	1º Cavalo parado 2º Cavalo a trote





## 6. PROCEDIMENTO

### 6.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para dar início a este estudo, no mês de Outubro, foi pedida a colaboração do Centro de Equitação Terapêutica da Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa, para a disponibilização do espaço, cavalo e utensílios necessários ao desenvolvimento do estudo.

No mês de Novembro, foi pedida a autorização à Direção do PIEC (Programa para a Inclusão e Cidadania) e a disponibilização de alunos das turmas PIEF (Plano Integrado de Educação e Formação) para aplicação de um programa de equitação Terapêutica e relativo estudo posterior (amostra desta investigação).

Posteriormente foi solicitada a colaboração de todos os técnicos e professores que estão envolvidos no processo ensino-aprendizagem destes alunos, para a seleção da amostra e aplicação dos métodos de recolha de dados. Após a seleção da amostra foi feito o pedido de autorização para a participação dos alunos no projeto, aos seus encarregados de educação, seguido de um protocolo de cooperação entre o centro de equitação terapêutica da APCL e o PIEC, de forma a assegurar a segurança dos alunos.

Na fase de pré-teste os adolescentes responderam ao Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (Y.S.R.), numa sala da escola, individualmente. Os três professores que passavam mais tempo por semana (aproximadamente onze horas por semana) com cada um dos alunos envolvidos no estudo responderam ao Inventário do comportamento da criança para Professores (T.R.F), relativamente aos mesmos. Aos encarregados de educação foi-lhes explicado o projeto e a importância da sua colaboração e pedido a sua presença na escola, numa data a combinar para se aplicar o Inventário do comportamento da criança para Pais (I.C.C.P.).

Constituída a amostra, da forma atrás descrita, obtidas as autorizações necessárias quer do PIEC, quer do centro de equitação terapêutica da APCL, quer dos encarregados de educação e após concordância dos alunos em fazer parte deste projeto, pediu-se a disponibilização de tempos letivos, tendo em vista a realização da parte prática deste estudo.

A aplicação do programa de equitação terapêutica teve duração de aproximadamente três meses, em que os três adolescentes pertencentes ao grupo de investigação, realizaram 12 sessões de equitação terapêutica de 30 minutos, no Hipódromo do Campo Grande (Lisboa), uma vez por semana. Os adolescentes fizeram o percurso da Escola dos Olivais até ao Hipódromo do Campo Grande (tal como o percurso inverso) através do metropolitano de Lisboa, sempre acompanhados pela autora da investigação.

Findas as sessões de equitação terapêutica, deu-se início à aplicação e recolha de dados referentes ao pós-teste, sendo que a metodologia adotada foi exatamente a mesma do pré-teste, já mencionada anteriormente.

## 6.2. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram codificados e introduzidos no Programa “Statistical Package of the Social Sciences” – SPSS, 20. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o teste não paramétrico para amostras independentes Mann-Whitney, devido à reduzida dimensão da amostra e não validação dos pressupostos do teste paramétrico T-student.

Os resultados obtidos no estudo, foram agrupados em quadros/ tabelas de valores amostrais referentes a cada variável em estudo.

Para testar as hipóteses formuladas será utilizado como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ( $\alpha \leq 0,05$ ).

## 7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos serão seguidamente apresentados e analisados de acordo com a estrutura fatorial proposta por Achenbach e Edelbrock (1981). Os resultados serão analisados, tendo em conta os valores médios do grupo experimental relativamente ao grupo de controlo, entre o pré e o pós teste.

Tendo em conta o número reduzido da amostra e conseqüente impossibilidade de generalização de resultados, foi também efetuada uma comparação individualizada entre cada indivíduo do grupo experimental e o respetivo indivíduo emparelhado do grupo de controlo, sendo que os sujeitos identificados com os algarismos 1, 2 e 3 correspondem aos indivíduos pertencentes ao grupo experimental e os sujeitos identificados com os algarismos 4, 5 e 6 são os respetivos indivíduos emparelhados do grupo de controlo.

### **Fator: Isolamento**

**H0:** não há diferença no estado relativo investigação/controlo entre pré e pós teste.

**H1:** houve alteração no estado relativo investigação/controlo entre pré e pós teste

Quadro 1 – Valores relativos ao fator “Isolamento” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controlo, segundo os valores obtidos no questionário de auto-avaliação.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	P	M	U	Z	P
Experimental	3,17	3,500	-0,449	0,643	2,00	0,000	-1,993	0,046
Controlo	3,83				5,00			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o factor “Isolamento” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 3,500$  tem uma significância (P-valor) de 0,643 e o mesmo factor no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,046. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos no pré teste, contudo no pós-teste existe evidência estatística de diferença entre os grupos (controlo x experimental).

Quadro 2 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Isolamento”, para o grupo experimental e de controlo, segundo os valores obtidos no questionário de auto-avaliação.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	3,67	4,000	-0,225	0,822
Controlo	3,33			

Interpretação: No que se refere ao valor da diferença entre pré e pós teste no factor “Isolamento”, ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 4,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,822. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Quadro 3 – Valores relativos ao fator “Isolamento” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controlo, segundo os valores obtidos no inventário para pais.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	P	M	U	Z	p
Experimental	4,17	2,500	-0,943	0,346	2,67	2,000	-1,179	0,239
Controlo	2,83				4,33			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Isolamento” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 2,500$  tem uma significância (P-valor) de 0,346 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 2,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,239. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos quer no pré teste, quer no pós-teste.

Quadro 4 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Isolamento”, para o grupo experimental e de controlo, segundo os valores obtidos no inventário para pais.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	4,17	1,000	-1,623	0,105
Controlo	2,83			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 1,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,105. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Quadro 5 – Valores relativos ao fator “isolamento” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controle, segundo o questionário dos professores.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	P	M	U	Z	P
Experimental	4,33	2,000	-1,107	0,268	2,67	2,000	-1,091	0,275
Controle	2,67				4,33			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Isolamento” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 2,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,268 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 2,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,275. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos quer no pré teste, quer no pós-teste.

Quadro 6 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Isolamento”, para o grupo experimental e de controle, segundo o questionário dos professores.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	5,00	0,000	-1,964	0,05
Controle	2,00			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,05. Assim, concluímos que há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Gráfico 1: Comparação entre sujeito 1 e 4, no que se refere ao fator isolamento.

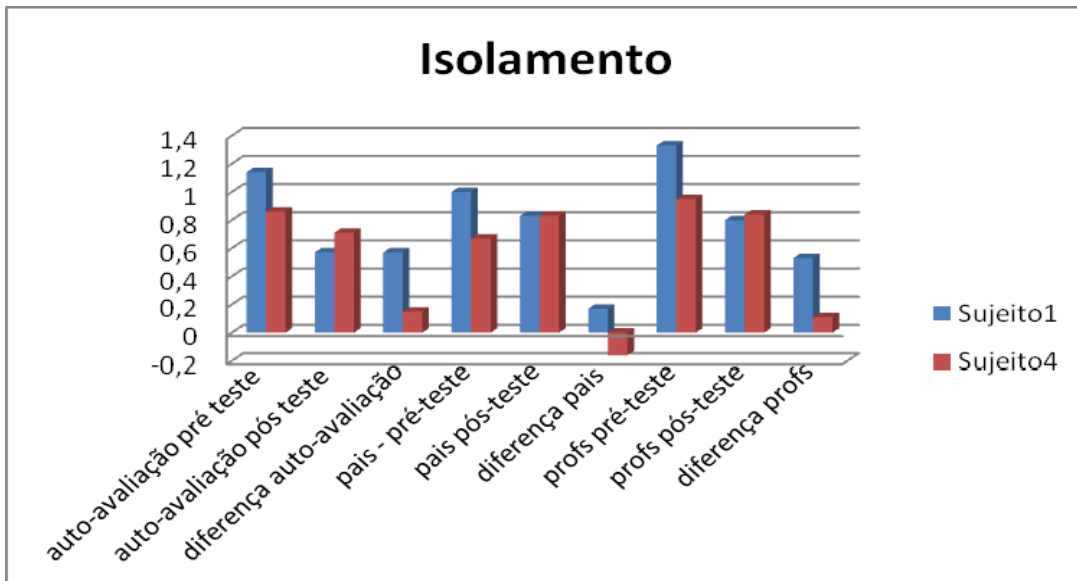


Gráfico 2: Comparação entre sujeito 2 e 5, no que se refere ao fator isolamento.

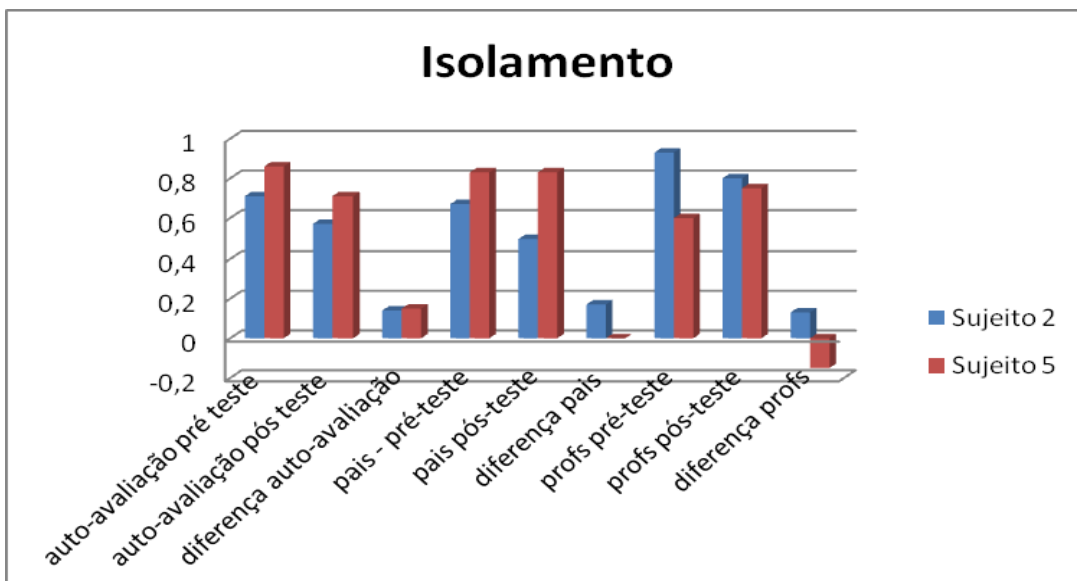
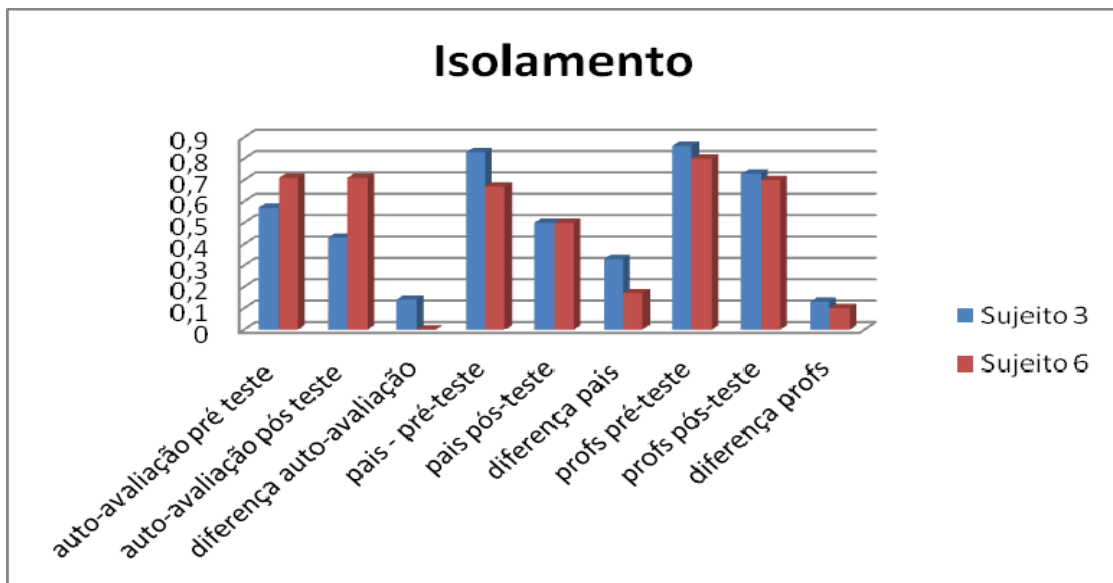


Gráfico 3: Comparação entre sujeito 3 e 6, no que se refere ao fator isolamento.



## Fator: Ansiedade

**H0:** não há diferença no estado relativo investigação/controlo entre pré e pós teste.

**H1:** houve alteração no estado relativo investigação/controlo entre pré e pós teste

Quadro 7 – Valores relativos ao fator “Ansiedade” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controle, segundo os valores obtidos no questionário de auto-avaliação.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	P	M	U	Z	P
Experimental	3,33	4,000	-0,232	0,817	2	0,000	-1,964	0,05
Controlo	3,67				5			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Ansiedade” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 4,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,817 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,05. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos no pré teste, contudo no pós-teste existe evidência estatística de diferença entre os grupos (controlo x experimental).

Quadro 8 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Ansiedade”, para o grupo experimental e de controlo, segundo os valores obtidos no questionário de auto-avaliação.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	5,00	0,000	-1,993	0,046
Controlo	2,00			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 0$  tem uma significância (P-valor) de 0,046 ( $p < 0,05$ ). Assim, concluímos que há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Quadro 9 – Valores relativos ao fator “Ansiedade” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controlo, segundo os valores obtidos no inventário para pais.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	P	M	U	Z	p
Experimental	4	3,000	-0,745	0,456	3,33	4,000	-0,232	0,817
Controlo	3				3,67			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Isolamento” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 3,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,456 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 4,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,817. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos quer no pré teste, quer no pós-teste.

Quadro 10 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Isolamento”, para o grupo experimental e de controlo, segundo os valores obtidos no inventário para pais.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	3,67	4,000	-,232	,817
Controlo	3,33			

**Interpretação:** Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 4,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,817. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Quadro 11 – Valores relativos ao fator “Ansiedade” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controlo, segundo o questionário de professores.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	P	M	U	Z	p
Experimental	4,17	2,500	-0,899	0,369	3,83	3,500	-0,471	0,637
Controlo	2,83				3,17			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Ansiedade” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 2,500$  tem uma significância (P-valor) de 0,369 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 3,500$  tem uma

significância (P-valor) de 0,637. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos quer no pré teste, quer no pós-teste.

Quadro 12 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Ansiedade”, para o grupo experimental e de controlo, segundo o questionário de professores.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	4,67	1,000	-1,650	0,099
Controlo	2,33			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 1,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,099. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Gráfico 4: Comparação entre sujeito 1 e 4, no que se refere ao fator ansiedade.

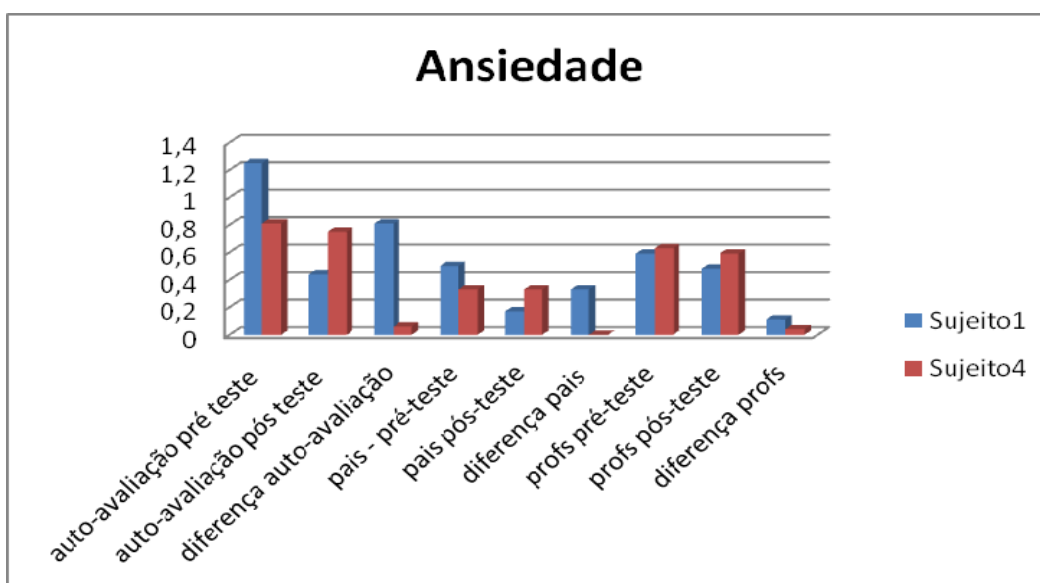


Gráfico 5: Comparação entre sujeito 2 e 5, no que se refere ao fator ansiedade.

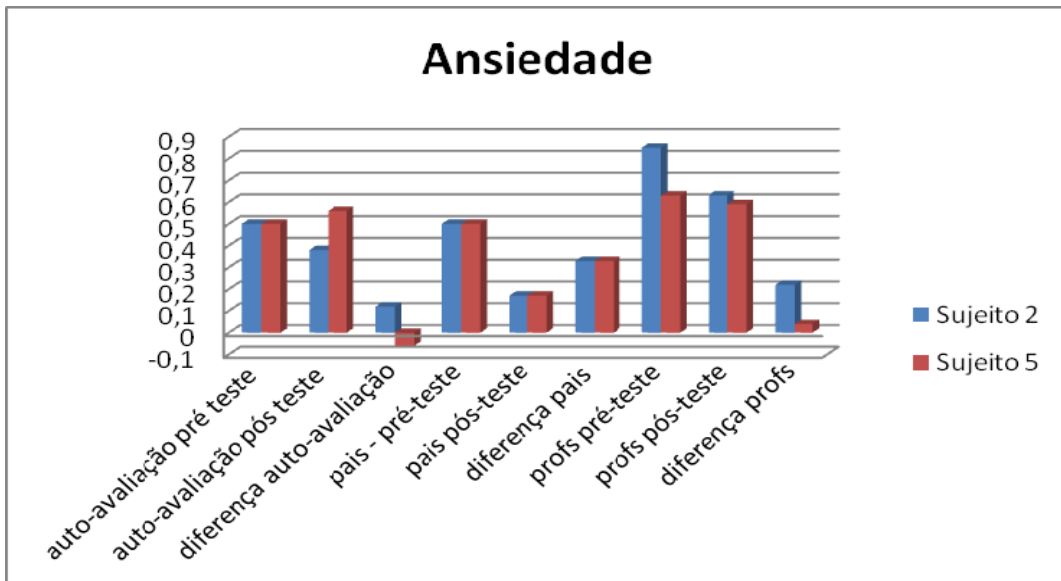
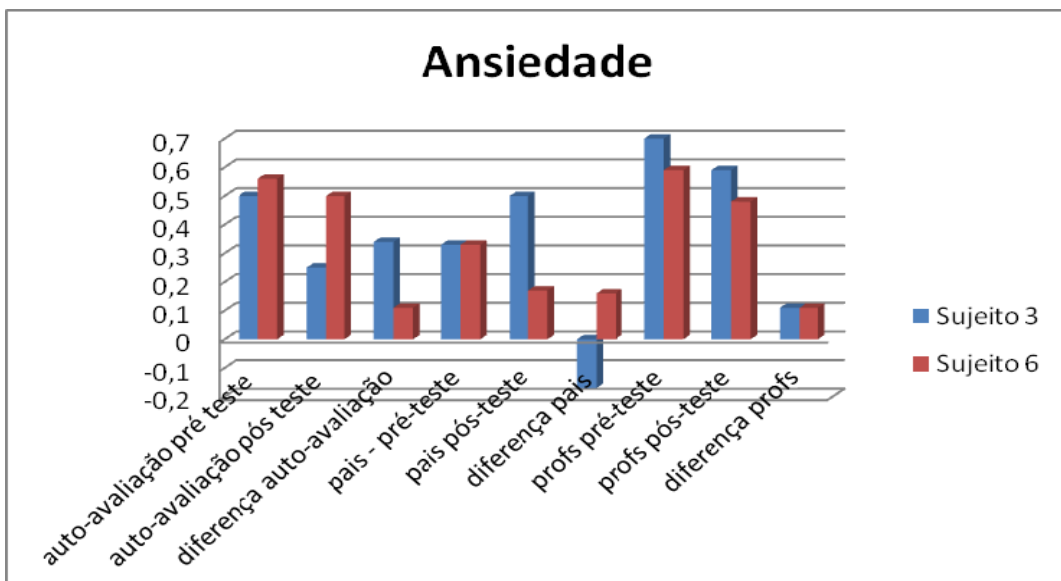


Gráfico 6: Comparação entre sujeito 3 e 6, no que se refere ao fator ansiedade.



## Fator – Comportamento Agressivo

**H0:** não há diferença no estado relativo investigação/controlo entre pré e pós teste.

**H1:** houve alteração no estado relativo investigação/controlo entre pré e pós teste

Quadro 13 – Valores relativos ao fator “Comportamento Agressivo” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controle, segundo os valores obtidos no questionário de auto-avaliação.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	p	M	U	Z	P
Experimental	3	3,000	-0,696	0,487	2	0,000	-1,993	0,046
Controlo	4				5			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Comportamento Agressivo” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 3,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,487 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,046. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos no pré teste, contudo no pós-teste existe evidência estatística de diferença entre os grupos (controlo x experimental).

Quadro 14 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Comportamento Agressivo”, para o grupo experimental e de controle, segundo os valores obtidos no questionário de auto-avaliação.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	1-p/2
Experimental	5,00	0,000	-1,964	0,050
Controlo	2,00			

**Interpretação:** Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,050 ( $p \leq 0,05$ ). Assim, concluímos que há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Quadro 15 – Valores relativos ao fator “Agressividade” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controle, segundo os valores obtidos no inventário para pais.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	p	M	U	Z	P
Experimental	3,17	3,500	-0,449	0,653	2,17	0,500	-1,798	0,072
Controlo	3,83				4,83			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Agressividade” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 3,500$  tem uma significância (P-valor) de 0,653 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,500$  tem uma significância (P-valor) de 0,072. Assim, concluímos que não há evidência estatística de diferença entre os grupos quer no pré teste, quer no pós-teste.

Quadro 16 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Agressividade”, para o grupo experimental e de controle, segundo os valores obtidos no inventário para pais.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	5,00	0,000	-1,964	,050
Controlo	2,00			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,050 ( $p \leq 0,05$ ). Assim, concluímos que há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Quadro 17 – Valores relativos ao fator “Agressividade” do pré e pós teste, para o grupo experimental e de controle, segundo o questionário a professores.

	Pré-teste				Pós-teste			
	M	U	Z	p	M	U	Z	p
Experimental	4,33	2,000	-1,091	0,275	2,00	0,000	-1,964	0,05
Controlo	2,67				5,00			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que o fator “Agressividade” no pré-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 2,000$  tem uma significância (P-valor) de

0,275 e o mesmo fator no pós-teste, na estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,05. Assim, concluímos que no pré-teste não há evidência estatística de diferença entre os grupos, contudo, no pós-teste existe evidência estatística de diferença entre grupos.

Quadro 18 – Valores relativos à diferença entre pré e pós teste do fator “Agressividade”, para o grupo experimental e de controle, segundo o questionário a professores.

	Diferença entre Pré e Pós Teste			
	M	U	Z	P
Experimental	5,00	0,000	-1,964	0,05
Controlo	2,00			

Interpretação: Ao observar a tabela acima, vemos que a estatística teste Mann-Whitney  $U = 0,000$  tem uma significância (P-valor) de 0,05. Assim, concluímos que há evidência estatística de diferença entre os grupos.

Gráfico 7: Comparação entre sujeito 1 e 4, no que se refere ao fator agressividade

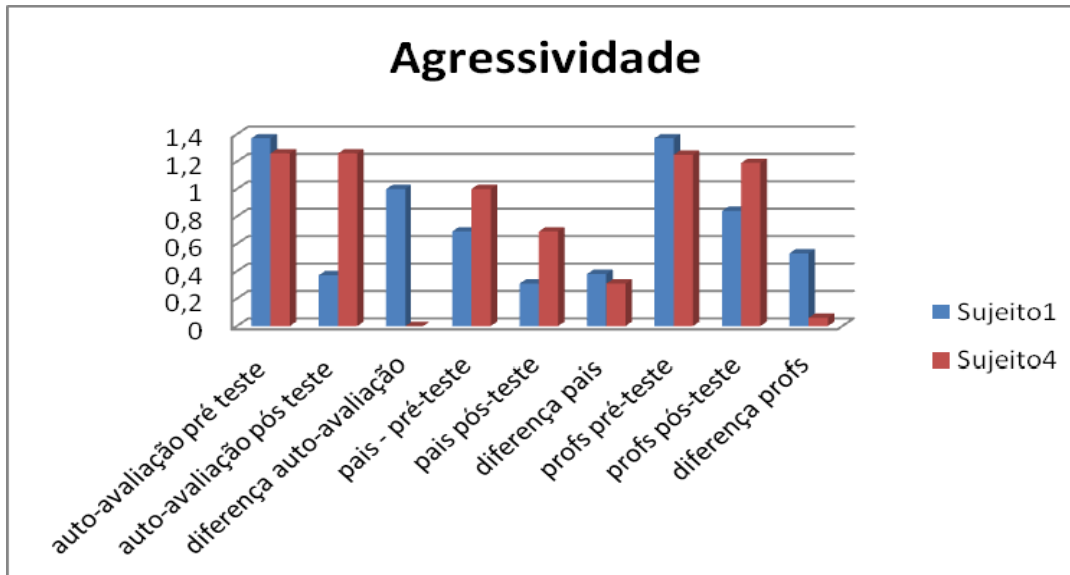


Gráfico 8: Comparação entre sujeito 2 e 5, no que se refere ao fator Agressividade

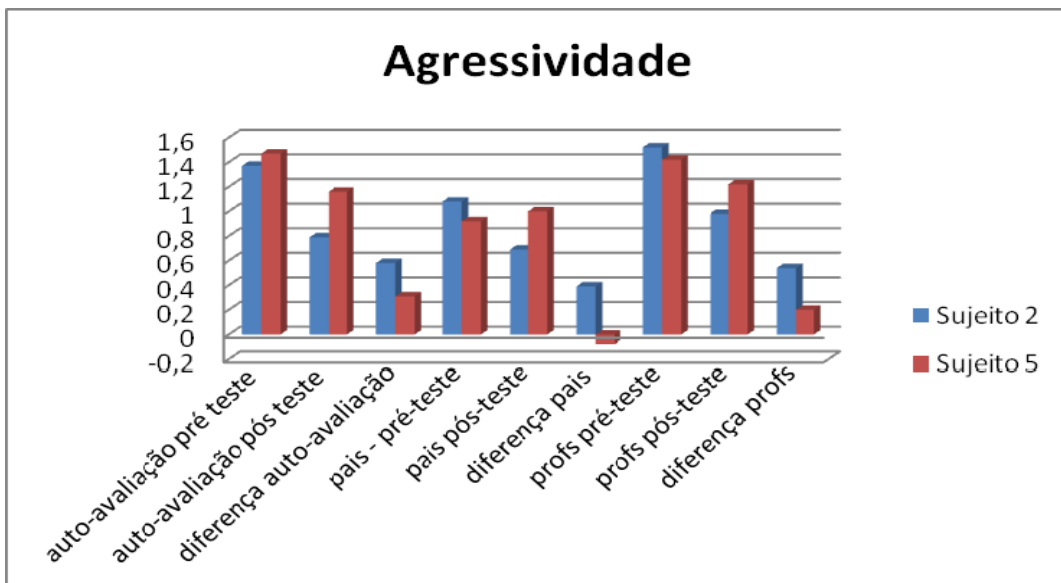
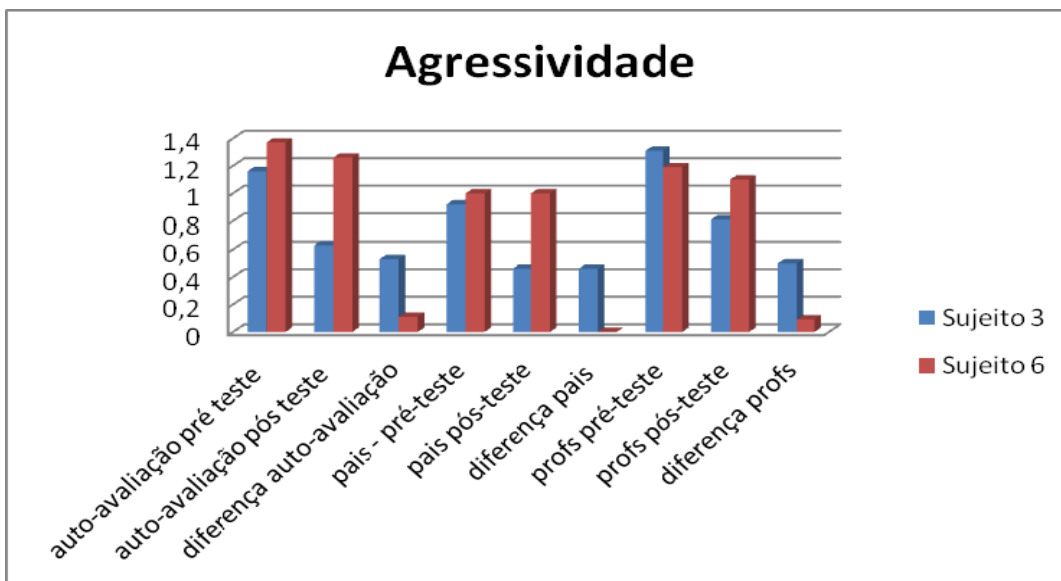


Gráfico 9: Comparação entre sujeito 3 e 6, no que se refere ao fator Agressividade



## 8. DISCUSSÃO

O presente estudo envolveu uma amostra de 6 jovens, alunos do PIEF, selecionados de acordo com os critérios mencionados anteriormente, tendo sido escolhidos 3 para o grupo experimental e 3 para o grupo de controlo. O grupo experimental foi submetido a um programa de intervenção na área da equitação terapêutica com o objetivo central de testar a influência desse programa na ansiedade, na agressividade e no isolamento social apresentados pelos jovens. Colocamos a hipótese básica: o programa de equitação aplicado contribui para a diminuição da ansiedade, da agressividade e do isolamento dos jovens.

Iniciamos a discussão dos resultados com os dados relativos à avaliação do isolamento social, continuamos com a avaliação da ansiedade e culminamos com a avaliação da agressividade.

### 8.1. ISOLAMENTO SOCIAL

Relativamente ao factor “Isolamento Social”, não foram observadas diferenças entre os grupos no pré-teste, quer no inventário de auto-avaliação, quer nos questionários passados aos professores e pais, do que podemos concluir que no pré-teste os participantes do estudo demonstravam comportamentos similares entre si, no que diz respeito ao factor “Isolamento”. Contudo, no pós-teste, os grupos apresentaram valores estatisticamente diferentes, segundo o inventário de auto-avaliação. Relativamente, à diferença obtida entre pré e pós-teste, segundo o questionário passado aos professores, a diferença entre grupos foi estatisticamente significativa.

Quanto à análise individualizada dos sujeitos, no gráfico 1, foram apresentados os resultados obtidos sobre os indivíduos 1 (grupo experimental) e 4 (grupo de controlo), ambos do género feminino e com 18 anos. Sendo perceptível que o nível de isolamento social no pré-teste é superior no indivíduo 1, segundo a perspectiva de pais, professores, e do próprio. Contudo no pós-teste verifica-se que o nível de isolamento do indivíduo 1 diminuiu, tornando-se inferior (no caso da perspectiva do próprio e dos professores) ou igual (na perspectiva dos pais) aos valores apresentados pelo indivíduo 4. Segundo os resultados obtidos de todos os instrumentos, ocorreu uma melhoria do nível de

isolamento social por parte do individuo 1 superior ao individuo 4, do pré-teste para o pós-teste.

No gráfico 2, foram apresentados os resultados obtidos sobre os individuos 2 (grupo experimental) e 5 (grupo de controlo), ambos do género masculino e com 16 anos. Segundo os valores obtidos através do questionário de auto-avaliação, o individuo 2 apresenta um nível inferior de isolamento em relação ao individuo 5, tanto no pré-teste como no pós-teste, contudo do pré para o pós-teste, ambos diminuíram o nível de isolamento de forma equivalente. De acordo com a perspectiva dos pais, o individuo 2 tem um nível inferior de isolamento em relação ao individuo 5, quer no pré quer no pós-teste, porém verifica-se uma diminuição do nível de isolamento do pré para o pós teste no individuo 2 o mesmo não acontece no individuo 5. Para os professores o individuo 2 apresenta um nível de isolamento superior ao individuo 5, quer no pré quer no pós-teste, contudo no sujeito 2 verifica-se uma redução do nível de isolamento do pré para o pós-teste contrariamente ao sujeito 5 que denota um aumento do nível de isolamento, segundo os professores.

No gráfico 3, foram apresentados os resultados obtidos sobre os individuos 3 (grupo experimental) e 6 (grupo de controlo), ambos do género masculino e com 16 anos. Segundo os valores obtidos no inventário de auto-avaliação, o sujeito 3 diminuiu o seu nível de isolamento do pré para o pós-teste, contrariamente ao individuo 6, cujo nível de isolamento não sofreu qualquer alteração. Tanto na perspectiva dos pais como dos professores, ambos os sujeitos diminuíram o seu nível de isolamento do pré para o pós-teste, todavia, o sujeito 3 demonstrou uma maior diminuição.

Com base nesta análise, podemos afirmar que os individuos pertencentes aos grupo experimental apresentaram maiores alterações positivas no que diz respeito ao isolamento social do pré teste para o pós teste. Tais alterações poderão estar relacionadas com a prática de equitação terapêutica que aumenta a auto-estima, auto-confiança e auto-conceito, factores relevantes para a socialização. Para além disso, os restantes colegas de turma têm conhecimento da participação dos sujeitos na equitação, o que poderá ser mais um tema de interesse e troca de experiências entre os sujeitos do grupo experimental e os restantes colegas de turma o que poderá favorecer a socialização.

## 8.2. ANSIEDADE

Relativamente ao factor “Ansiedade”, não foram observadas diferenças entre os grupos no pré-teste, quer no inventário de auto-avaliação, quer nos questionários passados aos professores e pais, do que podemos concluir que no pré-teste os participantes do estudo demonstravam comportamentos similares entre si, no que diz respeito ao factor “Isolamento”. Contudo, no pós-teste, os grupos apresentaram valores estatisticamente diferentes, segundo o inventário de auto-avaliação. Relativamente, à diferença obtida entre pré e pós-teste, segundo o inventário de auto-avaliação, a diferença entre grupos foi estatisticamente significativa.

Quanto à análise individualizada dos sujeitos, o sujeito 1 apresenta uma diminuição do nível de ansiedade, segundo os resultados obtidos dos três instrumentos, contrariamente ao sujeito 4, que só apresenta alterações muito baixas, segundo o próprio e os professores. O sujeito 1 apresenta como grande alteração na forma como percebe a sua própria ansiedade, sentindo-se menos ansioso no momento do pós-teste.

Os sujeitos 2 e 5, apresentam igual nível de ansiedade no pré-teste, segundo o inventário de auto-avaliação, contudo no pós-teste, o sujeito 2 diminuiu o nível de ansiedade e o sujeito 5 aumentou. De acordo com os resultados obtidos no questionário aplicado aos pais, ambos apresentavam os mesmos níveis de ansiedade no pré-teste e ambos diminuíram igualmente o nível de ansiedade. Para os professores, o sujeito 2 apresentava um nível superior de ansiedade mas diminuiu mais no pós-teste do que o sujeito 5.

Analisando os sujeitos 3 e 6, podemos verificar que, segundo o inventário de auto-avaliação, o sujeito 3 teve uma maior diminuição do nível de ansiedade do pré para o pós teste do que o sujeito 6. Contrariamente à perspectiva dos pais, do que verificámos um aumento do nível de ansiedade do sujeito 3 e uma diminuição do sujeito 6. Segundo os professores, ambos os sujeitos diminuíram igualmente o nível de ansiedade do pré para o pós-teste.

Com base nesta análise, podemos afirmar que os indivíduos pertencentes aos grupo experimental apresentaram maiores alterações positivas no que diz respeito ao

nível de ansiedade, do pré teste para o pós teste, apesar de algumas contorvérsias na percepção do sujeito 3.

A prática da equitação terapêutica pode ter sido um factor relevante para tais alterações, pois trata-se de uma prática que tem como consequência o relaxamento e no caso deste estudo também obrigou os adolescentes a afastarem-se durante cerca de duas horas por semana do ambiente problemático dos bairros onde moravam e a estarem num ambiente calmo, com contacto com natureza e com animais. Segundo Dotti (2005), através dos animais é possível dilatar emoções que não fazem bem à pessoa. Para Lallery (1988, citado por Motti, 2007), a equitação terapêutica proporciona estímulos físicos, sendo a adaptação ao ritmo lento do passo do cavalo comparável a um embalo o que permite a diminuição do nível da angústia. Garrigue (1999, citado por Silva & Grubits, 2004), afirma que a equitação terapêutica proporciona maior segurança, relaxamento e descontração.

### 8.3. AGRESSIVIDADE

Relativamente ao factor “Agressividade”, não foram observadas diferenças entre os grupos no pré-teste, quer no inventário de auto-avaliação, quer nos questionários passados aos professores e pais, do que podemos concluir que no pré-teste os participantes do estudo demonstravam comportamentos similares entre si, no que diz respeito ao factor “Agressividade”. Contudo, no pós-teste, os grupos apresentaram valores estatisticamente diferentes, segundo o inventário de auto-avaliação e o questionário aplicado aos professores. Relativamente, à diferença obtida entre pré e pós-teste, quer no inventário de auto-avaliação, quer nos questionários aplicados a pais e professores, verificou-se que a diferença entre grupos foi estatisticamente significativa.

No que diz respeito à análise individualizada, o sujeito 1 apresenta uma grande diminuição do nível de agressividade entre o pré e o pós teste, segundo o inventário de auto-avaliação, por sua vez, o sujeito 4 não apresenta qualquer alteração, segundo os dados obtidos pelo mesmo inventário. Segundo os dados obtidos através do questionário para pais, tanto o sujeito 1 como o sujeito 4 diminuíram o seu nível de agressividade. Para os professores, o sujeito 1 apresenta uma maior diminuição do nível de agressividade entre o pré e o pós-teste.

O sujeito 2 apresenta uma maior diminuição do nível de agressividade do pré para o pós teste, comparativamente ao sujeito 5, segundo o inventário de auto-avaliação e questionários aplicados aos pais e professores. Ocorrendo o mesmo, no que diz respeito aos sujeitos 3 e 6, sendo que é o sujeito 3 que apresenta maior diminuição do nível de agressividade.

A agressividade é um estado que é necessário aprender a gerir quando se está com um cavalo, pois o cavalo torna-se um espelho das nossas emoções. Para que o cavalo possa ser abordado, na sua relação com o homem, devemos colocar-nos com cuidado. Muitas vezes as pessoas têm uma infinidade de ações que desestabilizam o cavalo, sendo o valor de nossos gestos, nossas atitudes e nosso comportamento importantes. Consequentemente, aprendemos a fazer e conscientização sobre a importância das nossas ações, o que permite questionar o nosso comportamento, pois se não é aceitável para o cavalo, não o será com seus pares também.

A prática equoterápica pode favorecer a sociabilidade, pois integra o praticante, o cavalo e os profissionais envolvidos no atendimento. Por ser um trabalho extremamente dinâmico, que inclui o contacto e o vínculo afetivo com o animal, os praticantes tendem a ficarem mais seguros, mais confiantes, mais sociáveis e mais capazes de afirmar amizades e de se relacionarem com os outros, o que pode diminuir sua agressividade e refletir no seu comportamento na escola e na família podendo melhorar a sua relação com o mundo e também, a sua aprendizagem.

Os praticantes tendem a ficar mais seguros, mais confiáveis, mais sociáveis e mais capazes de firmar amizades e de se relacionarem com os outros, o que pode diminuir sua agressividade e refletir no seu comportamento na escola e na família podendo melhorar a sua relação com o mundo, a sua aprendizagem, favorecendo assim a inserção escolar e social.

As limitações deste estudo, residem principalmente no número reduzido da amostra, que nos impede de generalizar os resultados obtidos, no número reduzido de sessões devido às férias escolares e consequente falta de seguro nesse período e no facto de o grupo experimental ter semanalmente a presença de um adulto que os ia buscar à escola, esperava por eles, os acompanhava até ao hipódromo, os trazia de regresso à

porta da escola, conversava e, de certa forma, demonstrava interesse por eles, o que poderá ter funcionado como variável parasita e também poderá ter influenciado os resultados. Futuros estudos deveriam ter uma amostra com representação estatística, um período superior de terapia e uma nova avaliação com os mesmos instrumentos após cinco meses de ausência de terapia, de forma a verificar se as possíveis alterações conseguidas eram duradouras ou se esvaíam com o decorrer do tempo.

## 9. CONCLUSÃO

A Equitação terapêutica pode ajudar adolescentes problemáticos a serem inseridos socialmente. As características comuns a esses jovens consiste, essencialmente, na falta de manejo do seu autocontrole, na agressividade e o facto de possuírem famílias problemáticas. A Equitação terapêutica faz com que percebam que, do mesmo modo que passam do trote para o galope, podem manter o controle e obedecer a certas regras impostas. Inseridos numa atividade, estes adolescentes respeitam os horários e tornam-se mais responsáveis e organizados. Também se observa que há um aumento significativo auto-estima quando eles se sentem capazes.

Através da Equitação terapêutica, o adolescente pode mostrar o que tem de melhor, pois não trabalhamos com as incapacidades nem com os distúrbios de conduta do paciente, mas com suas potencialidades. A rotulação de ser um adolescente problemático, ou no caso um aluno PIEF, desaparece com a Equitação terapêutica, pois eles são colocados noutra contexto, onde desenvolvem novas capacidades e são mais bem vistos, não só socialmente, mas também pela família.

Com base nos resultados obtidos, e apesar da reduzida dimensão da amostra e limitações inerentes à investigação, podemos afirmar que o uso do cavalo enquanto co-terapeuta pode ser um factor relevante na melhoria do nível da ansiedade, da agressividade e do isolamento social e, conseqüentemente, do relacionamento social, das regras sociais, demonstrados pela evolução apresentada nos comportamentos sociais de cada sujeito, segundo a perspectiva dos pais, dos professores e de si próprios.

Espera-se que este estudo contribuía um pouco mais para o conhecimento que se tem sobre os benefícios da equitação terapêutica a um nível mais alargado e não só para pessoas com necessidades educativas especiais ou deficiência física, e que sirva de inspiração a futuros investigadores, pois poderá ser uma mais valia para alguns jovens que recusam a terapia “tradicional”.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benavente, R. (2002). Delinquência juvenil: Da disfunção social à psicopatologia. *Análise Psicológica*, XX, pp. 637-645.
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & (\*\*), M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 26, pp. 551-561.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, pp. 208-214.
- Chiaramonte, Luís Cláudio Martins - *Levantamento das Condições de Trabalho em um Serviço de Equoterapia segundo a Visão Macroergonómica*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Dissertação de Mestrado
- Favaro, T. C. (2007). A equoterapia na reabilitação da síndrome vestibular periférica. *15º Congresso de Iniciação Científica*. Univedrsidade Metodista de Piracicaba.
- Ferreira, Júlia Barbieri - *Os benefícios da equoterapia no tratamento de portadores da Síndrome de Down*. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida (2008). Monografia de Conclusão de Curso de Fisioterapia
- Guimarães, N. M., & Pasian, S. R. (jan./abr de 2006). Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicologia em Estudo*, 11, pp. 89-97.
- Laranjeira, C. A. (maio/ago. de 2007). A análise psicossocial do jovem delinqüente: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 12, pp. 221-227.
- Leitão, L. (2004). Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre Equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo. *Análise Psicológica*, XXII (2), pp. 335-354.
- Leitão, L. (out./Nov. de 2010). Vamos andar a Cavallo! (N. d. Campolide, Entrevistador)
- Lobo, A. (2003). *Equitação terapêutica: a influência de um programa de equitação terapêutica em jovenscom problemas/ distúrbios comportamentais portadores de deficiência mental ligeira*. Porto: Universidade do Porto. Tese de mestrado
- Machado, J. D., Rocha, J. R., Santos, L. M., & Piccinin, A. (Jan de 2008). Terapia assistida por animais (taa). *Revista científica eletrônica de medicina veterinária*.
- Marcelino, J. F., & Melo, Z. M. (2006). Equoterapia: suas repercussões nas relações familiares da criança com atraso de desenvolvimento por prematuridade. *Estudos de Psicologia*, 23, pp. 279-287.

- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, Ana Cristina Tomé - *Crenças parentais sobre a punição física e a identificação dos problemas comportamentais e de adaptação psicossocial das crianças em idade pré-escolar*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (2010). Dissertação de Mestrado.
- Martins, M. J. (2005). Condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise Psicológica*, XXIII, pp. 129-135.
- Motti, Glauce Sandim – *A prática da equoterapia como tratamento para pessoas com ansiedade*. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco (2007). Tese de Mestrado
- Padilha, Meiriely Izidro - *O impacto da equoterapia no quadriplégico espástico (um estudo de caso)*. Cascavel: Faculdade Assis Gurgacz (2005). Dissertação de Bacharelato.
- Queiroz, Juliana Fonseca – *Repercussões da Equoterapia nas Relações Socioafetivas da Criança com Atraso de Desenvolvimento por Prematuridade*. Recife: Universidade Católica de Pernambuco (2004). Dissertação de Mestrado.
- Raimundo, R., & Pinto, A. M. (2007). Conflito entre pares, estratégias de coping e agressividade nas crianças e adolescentes. *Psychologica*, 44, pp. 135-156.
- Raven, J. (2000). *Teste das Matrizes progressivas Escala Geral*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Rey, A. (1998). *Teste de cópia de figuras complexas*. Lisboa: CEGOC-TEA
- Roldão, M. (2008). A medida PIEF: mais uma medida sem valia, ou uma mais valia sem medida?... In *A Medida PIEF*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social Programa para Prevenção e Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil (PETI)
- Roldão, M. (2008). *Ensinar em turmas PIEF: metodologias, recursos e modos de organizar o trabalho*. In: [www.peti.gov.pt/upload\\_ftp/docs/newsfile\\_91\\_1231844574942.pdf](http://www.peti.gov.pt/upload_ftp/docs/newsfile_91_1231844574942.pdf)
- Silva, C. H., & Grubits, S. (2004). Discussão sobre o efeito positivo da equoterapia em crianças cegas. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5, pp. 06-13.

Silva, Melissa Cristina - *A percepção das mães de criança atendidas em Equoterapia*.  
Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco (2006). Dissertação de  
Mestrado.

Vermelhudo, Ana Filipa Brás - *O efeito da hipoterapia, como parte de um programa de  
tratamento, na funcionalidade em crianças com Paralisia Cerebral (estudo  
de caso)*. Barcarena: Universidade Atlântica (2011). Dissertação de Mestrado.

## ANEXOS

Anexo A

## Questionário de Auto-Avaliação para Jovens

### Y S R 11-18 (1999)

(T. M. Achenbach, Traduzidos por Fonseca et al.)

11 a 18 ANOS

Nome:

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Anos

Sexo (1 – Masculino, 2 – Feminino) 1 2

Data de Avaliação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Profissão do Pai: \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_

(Proc. Nº: \_\_\_\_\_)

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é ou tem sido durante os últimos 6 meses:

- Marque uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou é MUITAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu filho;

- Marque uma cruz (X) no 1 se a afirmação é DE ALGUMA FORMA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

- Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, marque uma cruz (X) no 0.

Por favor responde a todas as afirmações o melhor que possas, mesmo que algumas vezes pareçam não se aplicar exatamente.

**SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE.**

0	1	2	1	Comporto-me de maneira demasiado infantil para a minha idade
0	1	2	2	Tenho alergia(s), (descreve): _____
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Tenho asma
0	1	2	5	Comporto-me como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Gosto de animais
0	1	2	7	Gabo-me, sou vaidoso
0	1	2	8	Tenho dificuldade em concentrar-me, não consigo estar muito tempo com atenção
0	1	2	9	Não consigo afastar certas ideias do pensamento Descreve: _____
0	1	2	10	Tenho dificuldade em ficar sentado sossegado ou quieto
0	1	2	11	Sou demasiado dependente dos adultos
0	1	2	12	Sinto-me só
0	1	2	13	Sinto-me confuso, ou como se estivesse num nevoeiro
0	1	2	14	Choro muito
0	1	2	15	Sou muito honesto
0	1	2	16	Sou mau para as outras pessoas
0	1	2	17	Sonho muitas vezes acordado
0	1	2	18	Tento de propósito ferir-me ou matar-me
0	1	2	19	Tento que me deem muita atenção
0	1	2	20	Destruo as minhas próprias coisas
0	1	2	21	Destruo os objetos das outras pessoas
0	1	2	22	Desobedeço aos meus pais
0	1	2	23	Sou desobediente na escola
0	1	2	24	Não como tao bem como devia
0	1	2	25	Não me dou bem com os outros jovens
0	1	2	26	Não me sinto culpado depois de fazer alguma coisa que não devia
0	1	2	27	Tenho ciúmes dos outros
0	1	2	28	Estou pronto a ajudar as outras pessoas quando necessitam de auxílio
0	1	2	29	Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve): _____
0	1	2	30	Tenho medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tenho medo de pensar em alguma coisa má
0	1	2	32	Sinto que devo ser perfeito
0	1	2	33	Sinto que ninguém gosta de mim
0	1	2	34	Sinto que os outros tentam apanhar-me em falta
0	1	2	35	Sinto-me sem valor, inferior ou desprezível
0	1	2	36	Magoo-me muitas vezes em acidentes
0	1	2	37	Meto-me em muitas brigas
0	1	2	38	Fazem troça de mim com frequência
0	1	2	39	Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Oiço sons ou vozes que mais ninguém é capaz de ouvir (descreve): _____
0	1	2	41	Ajo sem pensar
0	1	2	42	Gosto de estar sozinho
0	1	2	43	Minto ou faço batota
0	1	2	44	Roo as unhas
0	1	2	45	Sinto-me nervoso, muito excitado ou tenso
0	1	2	46	Algumas partes do meu corpo têm contrações, movimentos nervosos ou tiques (Descreve): _____

0	1	2	47	Tenho pesadelos
0	1	2	48	Os outros rapazes ou raparigas não gostam de mim
0	1	2	49	Sou capaz de fazer coisas melhor que a maioria dos rapazes ou raparigas
0	1	2	50	Sou demasiado medroso ou ansioso
0	1	2	51	Tenho tonturas
0	1	2	52	Sinto-me excessivamente culpado
0	1	2	53	Como demasiado
0	1	2	54	Sinto-me excessivamente cansado
0	1	2	55	Tenho peso a mais
0	1	2	56	Tenho problemas físicos sem causa médica conhecida:
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreva): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/ borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vómitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57	Agrido fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tiro coisas da pele ou de outras partes do meu corpo (descreve): _____
0	1	2	59	Posso mostrar-me bastante amigável
0	1	2	60	Gosto de fazer novas experiências
0	1	2	61	Os meus trabalhos escolares são fracos
0	1	2	62	Tenho falta de coordenação ou sou desastrado
0	1	2	63	Prefiro estar com rapazes ou raparigas mais velhos do que eu
0	1	2	64	Prefiro estar com rapazes ou raparigas mais novos do que eu
0	1	2	65	Recuso-me a falar
0	1	2	66	Repito várias vezes as mesmas ações; compulsões (descreve): _____
0	1	2	67	Já fugi de casa
0	1	2	68	Grito muito
0	1	2	69	Sou reservado ou guardo as coisas para mim mesmo
0	1	2	70	Vejo coisas que mais ninguém parece ser capaz de ver Descreve: _____
0	1	2	71	Estou pouco à vontade ou fico facilmente embaraçado
0	1	2	72	Já provoqueei fogos
0	1	2	73	Sou capaz de fazer bem trabalhos manuais
0	1	2	74	Exibo-me ou faço palhaçadas
0	1	2	75	Sou tímido ou envergonhado
0	1	2	76	Durmo menos que a maioria dos rapazes ou raparigas
0	1	2	77	Durmo mais do que a maioria dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite. (Descreve): _____
0	1	2	78	Tenho boa imaginação
0	1	2	79	Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (Descreve): _____
0	1	2	80	Luto pelos meus direitos
0	1	2	81	Roubo coisas em casa

0	1	2	82	Roubo coisas em lugares que não são a minha casa
0	1	2	83	Guardo coisas de que não preciso (descreve): _____
0	1	2	84	Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____
0	1	2	85	Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____
0	1	2	86	Sou teimoso, mal-humorado ou irritável
0	1	2	87	Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Gosto de estar com outras pessoas
0	1	2	89	Sou desconfiado
0	1	2	90	Uso palavrões ou tenho uma linguagem obscena
0	1	2	91	Penso em matar-me
0	1	2	92	Gosto de fazer rir os outros
0	1	2	93	Falo demasiado
0	1	2	94	Arrelio muito os outros
0	1	2	95	Tenho um temperamento exaltado
0	1	2	96	Penso demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaço as pessoas
0	1	2	98	Gosto de ajudar os outros
0	1	2	99	Preocupo-me demasiado em estar limpo ou elegante
0	1	2	100	Tenho dificuldades em dormir (descreve): _____
0	1	2	101	Falto às aulas ou não vou à escola
0	1	2	102	Não tenho muita energia
0	1	2	103	Estou infeliz, triste ou deprimido
0	1	2	104	Falo mais alto que a maioria dos rapazes ou raparigas
0	1	2	105	Consumo álcool ou drogas (Descreve): _____
0	1	2	106	Tento ser justo com os outros
0	1	2	107	Gosto de uma boa piada
0	1	2	108	Gosto de viver tranquilamente
0	1	2	109	Tento auxiliar os outros quando posso
0	1	2	110	Desejava ser do sexo oposto
0	1	2	111	Evito envolver-me com os outros
0	1	2	112	Preocupo-me muito

Por favor indica qualquer outra coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses.

---



---



---



---



---

I

Por favor enumere os desportos que mais gostas de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Tempo – Em comparação com os outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (0 – menos que a média, 1 – médio, 2 – mais que a média).

Competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um (0 – Pior que a média, 1 – médio, 2 – melhor que a média)?

Nenhum desporto

Desportos	Tempo			Competência		
	Menos	Médio	Mais	Pior	Médio	Melhor
a.	1	2	3	1	2	3
b.	1	2	3	1	2	3
c.	1	2	3	1	2	3

II

Por favor enumera os passatempos, atividades e jogos favoritos que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não incluas ouvir rádio ou ver televisão).

Tempo – Em comparação com os outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (0 – menos que a média, 1- médio, 2 – mais que a média).

Competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um (0 – Pior que a média, 1 – médio, 2 – melhor que a média)?

Nenhuma atividade

Passatempos, atividades ou jogos	Tempo			Competência		
	Menos	Médio	Mais	Pior	Médio	Melhor
a.	1	2	3	1	2	3
b.	1	2	3	1	2	3
c.	1	2	3	1	2	3

III

Por favor enumera quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que pertences.

Grau de atividade – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau és ativo em cada um (0 – Menos ativo, 1 – Médio, 2 – Mais ativo)?

Nenhuma organização

Organizações	Grau de atividade		
	Menos	Médio	Mais
a.	1	2	3
b.	1	2	3
c.	1	2	3

#### IV

Por favor enumera quaisquer empregos ou tarefas que tenhas habitualmente. Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Grau de competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues desempenhá-los bem (0 – abaixo da média, 1- Médio, 2 – acima da média).

Nenhuma tarefa

Organizações	Grau de competência		
	Menos	Médio	Mais
a.	1	2	3
b.	1	2	3
c.	1	2	3

#### V

1. Tens aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as) (coloca uma cruz)?

Nenhum amigo      1 amigo      2 ou 3 amigos      4 ou mais amigos

2. Aproximadamente quantas vezes por semana é que fazes alguma coisa com eles(as) (coloca uma cruz)?

1 vez por semana      2 vezes por semana      3 ou mais vezes por semana

## Questionário de Comportamento da Criança

### CBCL 6-18 (© T. M. Achenbach, 1994)

Copyright T. M. Achenbach. Reproduced under License #195-07-20-06

Tradução autorizada:

Fonseca et al.

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

Sexo: Masculino  Feminino  Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Escala preenchida por: Mãe  Pai  Outro  \_\_\_\_\_

Profissão do Pai (mesmo que atualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe (mesmo que atualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é ou tem sido durante os últimos 6 meses:

- Marque uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou é MUITAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu filho;

- Marque uma cruz (X) no 1 se a afirmação é DE ALGUMA FORMA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

- Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, marque uma cruz (X) no 0.

Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

0 = Não verdadeira

1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira

2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	2 Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva): _____
0	1	2	3	3 Discute muito
0	1	2	4	4 Não consegue acabar as coisas que começa
0	1	2	5	5 Não há muitas coisas de que goste
0	1	2	6	6 Faz as suas necessidades fora da casa de banho
0	1	2	7	7 É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	8 Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	9 Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva): _____
0	1	2	10	10 Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito ativo(a) ou inquieto(a)
0	1	2	11	11 Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	12 Queixa-se de solidão
0	1	2	13	13 Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14	14 Chora muito
0	1	2	15	15 É cruel com os animais
0	1	2	16	16 Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17	17 Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	18 Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	19 Exige muita atenção
0	1	2	20	20 Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	21 Destrói coisas da sua família ou de outras crianças
0	1	2	22	22 É desobediente em casa
0	1	2	23	23 É desobediente na escola
0	1	2	24	24 Não come bem
0	1	2	25	25 Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	26	26 Não apreze sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27	27 Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	28 Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais
0	1	2	29	29 Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____
0	1	2	30	30 Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	31 Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	32 Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33	33 Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	34 Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanhar; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	35 Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	36 Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	37 Mete-se em muitas lutas/ brigas
0	1	2	38	38 Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	39 Anda com outras crianças/ jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	40	40 Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0	1	2	41	41 É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42	42 Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	43 Mente ou faz batota
0	1	2	44	44 Rói as unhas
0	1	2	45	45 É nervoso(a), irritável, tenso(a)
0	1	2	46	46 Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47	47 Tem pesadelos
0	1	2	48	48 As outras crianças/ jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	49 Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	50	50 É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	51 Sente tonturas
0	1	2	52	52 Sente-se demasiado culpado(a)
0	1	2	53	53 Come demais
0	1	2	54	54 Cansa-se demasiado
0	1	2	55	55 Tem peso a mais

0 = Não verdadeira

1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira

2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	56	Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreva): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/ borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vômitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59	Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	60	Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefere andar com crianças/ jovens mais velhos
0	1	2	64	Prefere andar com crianças/ jovens mais novos
0	1	2	65	Recusa-se a falar
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva): _____
0	1	2	67	Foge de casa
0	1	2	68	Grita muito
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo(a)
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes (descreva): _____
0	1	2	71	Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72	Provoca fogos
0	1	2	73	Tem problemas sexuais (descreva): _____
0	1	2	74	Gosta de se "exibir" ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Dorme menos que a maior parte das crianças
0	1	2	77	Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____
0	1	2	78	É desatento(a), distrai-se facilmente
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldade de articulação das palavras (descreva): _____
0	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81	Rouba coisas em casa
0	1	2	82	Rouba coisas fora de casa
0	1	2	83	Acumula coisas de que não necessita (descreva): _____
0	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
0	1	2	85	Tem ideias estranhas (descreva): _____
0	1	2	86	É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Amua muito
0	1	2	89	É desconfiado(a)
0	1	2	90	Diz palavrões ou usa linguagem obscena
0	1	2	91	Fala em matar-se
0	1	2	92	Fala ou anda durante o sono (descreva): _____
0	1	2	93	Fala demasiado
0	1	2	94	Arrelia muito os outros
0	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado
0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaça as pessoas

0 = Não verdadeira  
 1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira  
 2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	98	Chupa no dedo
0	1	2	99	Consome tabaco
0	1	2	100	Tem dificuldades em dormir (descreva): _____
0	1	2	101	Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)
0	1	2	102	É pouco ativo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0	1	2	103	É infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)
0	1	2	105	Consome drogas sem razões médicas (descreva): _____
0	1	2	106	Comete atos de vandalismo
0	1	2	107	Urina-se durante o dia
0	1	2	108	Urina na cama
0	1	2	109	Choraminga
0	1	2	110	Gostaria de ser do sexo oposto
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	1	2	112	É preocupado(a)
			113	Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos
0	1	2		_____
0	1	2		_____
0	1	2		_____

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

**SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR**

I

Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a). Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1- Menos que a média, 2 – Médio; 3 – Mais que a média)

Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um (1 – Pior que a média, 2 – Médio, 3 – melhor que a média)

Não pratica nenhum desporto

Desportos	Tempo				Competência			
	Não sei	Menos	Médio	Mais	Não sei	Pior	Médio	Melhor
a.		1	2	3		1	2	3
b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

II

Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam desportos. Por exemplo: selos, bonecas, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não inclua ouvir rádio ou ver televisão).

Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1- Menos que a média, 2 – Médio; 3 – Mais que a média)

Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um (1 – Pior que a média, 2 – Médio, 3 – melhor que a média)

Nenhum passatempo, atividade ou jogo

Passatempos, atividades ou jogos	Tempo				Competência			
	Não sei	Menos	Médio	Mais	Não sei	Pior	Médio	Melhor
a.		1	2	3		1	2	3
b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

III

Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho(a) pertença.

Grau de atividade – Em comparação com outras crianças/ jovens da mesma idade, em que grau é ativo em cada um (1 – menos ativo, 2 – médio, 3 – mais ativo)?:

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

Organização, clube ou grupo	Atividade			
	Não sei	Menos	Médio	Mais
a.		1	2	3
b.		1	2	3
c.		1	2	3

IV

Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho(a). Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Grau de competência – Em comparação com outras crianças/ jovens da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem (1 – Abaixo da média, 2 – Médio, 3 – acima da média)?

Tarefas	Competência			
	Não sei	Abaixo	Médio	Acima
a.		1	2	3
b.		1	2	3
c.		1	2	3

V

1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não incluir irmãos ou irmãs)

Nenhum amigo  1 amigo  2 ou 3 amigos  4 ou mais amigos

2. O seu filho(a) tem atividades com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (Não inclua irmãos e irmãs)

Menos que 1 vez  1 ou 2 vezes  3 ou mais vezes

VI.

Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, até que ponto o seu filho(a) consegue relacionar-se com as seguintes pessoas? (Responda da seguinte forma: 1- Pior, 2 – Próximo da média; 3 - Melhor):

Não tem irmãos

	Pior	Médio	Melhor
a. Consegue relacionar-se adequadamente com os seus irmãos e irmãs?	1	2	3
b. Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças/jovens?	1	2	3
c. Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	1	2	3
d. Consegue divertir-se e trabalhar por si próprio(a)?	1	2	3

VII

1. Para crianças com 6 ou mais anos de idade – relativamente a cada uma das disciplinas escolares da tabela, indique como têm sido os resultados a cada uma delas (0 – maus resultados, 1 – abaixo da média, 2 – médio, 3 – acima da média).

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a. Português	0	1	2	3
b. Francês e/ou Inglês	0	1	2	3
c. Matemática	0	1	2	3
d. História	0	1	2	3

Outras disciplinas escolares – por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
e.	0	1	2	3
f.	0	1	2	3
g.	0	1	2	3

2. O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

Não  Sim

(que tipo de estabelecimento ou classe? \_\_\_\_\_)

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?

Não  Sim

(Qual e porquê? \_\_\_\_\_)

4. O seu filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

Não  Sim  (Descreva-a, por favor \_\_\_\_\_)

Que tipo de problema? \_\_\_\_\_

Quando começaram esses problemas? \_\_\_\_\_

Os problemas mencionados já acabaram? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou mental?

Não  Sim  (Descreva-a, por favor \_\_\_\_\_)

O que o(a) preocupa mais no seu filho(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, descreva o que o seu filho(a) tem de melhor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Questionário de Comportamento da Criança  
RELATÓRIO DO PROFESSOR**

**TRF 6-18 (© T. M. Achenbach, 1995)**

Copyright T. M. Achenbach. Reproduced under License #195-07-20-06

Tradução autorizada:

Fonseca et al.

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Idade: \_\_ anos

Sexo: Masculino      Feminino

Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Professor(a): \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Data de Avaliação: \_\_/\_\_/\_\_

1. Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)?  
\_\_\_\_\_
2. Acha que o conhece... não muito bem      razoavelmente      muito bem
3. Quanto tempo por semana é que ele(a) passa na sua aula? \_\_\_\_\_
4. De que tipo de aula se trata? (p.f. concretize, ano, disciplina) \_\_\_\_\_
5. Já alguma vez o(a) aluno(a) mereceu tratamento especial, por exemplo, em termos de escolha de turma, aulas de apoio ou ensino especial? \_\_\_\_\_
6. Já repetiu algum ano?      Sim      Não
7. Rendimento escolar atual relativamente ao nível da turma (coloque as disciplinas e assinale com uma cruz no espaço respetivo ao nível, por comparação com a turma):

Disciplina	Muito abaixo	Um pouco abaixo	Dentro do nível	Um pouco acima	Bastante acima

8. Em comparação com os outros alunos da turma:

	Muitíssimo menos	Menos	Um pouco menos	Na média	Um pouco mais	Mais	Muitíssimo mais
Está a trabalhar							
Está a comportar-se adequadamente							
Está a aprender							
É feliz							

9. Resultados mais recentes nas provas de avaliação (se disponíveis):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Este(a) aluno(a) tem alguma doença, problema físico ou mental? Sim      Não

Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

11. O que o(a) preocupa mais neste(a) aluno(a)? \_\_\_\_\_

12. Por favor, descreva o que este(a) aluno(a) tem de melhor \_\_\_\_\_

13. Por favor, escreva, se assim o desejar, outros comentários referentes a este(a), ao seu comportamento ou ao seu trabalho: \_\_\_\_\_

Segue-se uma lista de itens que descrevem o(a) seu aluno(a), agora ou nos últimos dois meses. Coloque, por favor, uma cruz no 2 se a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira, coloque uma cruz no 1 se a afirmação é de alguma forma ou algumas vezes verdadeira. Se o item não é verdadeiro, coloque uma cruz no 0.

0 = Não verdadeira (tanto quanto sabe)

1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira

2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	Cantarola com os lábios fechados ou faz barulhos esquisitos na aula
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Não consegue acabar as coisas que começa
0	1	2	5	Não há muita coisa de que goste
0	1	2	6	Desafiador, refila com os professores e funcionários
0	1	2	7	É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva): _____
0	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito ativo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de solidão
0	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	Tem gestos e movimentos de irrequietude ou desassossego
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói o que é propriedade dos outros
0	1	2	22	Tem dificuldade em seguir instruções
0	1	2	23	É desobediente na escola
0	1	2	24	Perturba os colegas
0	1	2	25	Não se dá bem com as outras crianças
0	1	2	26	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27	Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	Quebra as regras na escola
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sente que tem de ser perfeito(a)

0 = Não verdadeira (tanto quanto sabe)  
 1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira  
 2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanhar, sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/ brigas
0	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0	1	2	41	É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas
0	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47	É demasiado escrupuloso(a) no respeito pelas regras
0	1	2	48	As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem dificuldade em aprender
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas
0	1	2	52	Sente-se demasiado culpado
0	1	2	53	Fala fora da sua vez
0	1	2	54	Cansa-se demasiado
0	1	2	55	Tem peso a mais
0	1	2	56	Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreva): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/ borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vómitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59	Dorme nas aulas
0	1	2	60	Mostra-se apático(a) ou desmotivado(a)
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
0	1	2	64	Prefere andar com crianças/jovens mais novos
0	1	2	65	Recusa-se a falar
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva): _____
0	1	2	67	Quebra a disciplina da aula
0	1	2	68	Grita muito
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes (descreva): _____
0	1	2	71	Mostra-se embaraçado ou pouco à vontade
0	1	2	72	O seu trabalho é sujo e/ou confuso

0 = Não verdadeira (tanto quanto sabe)  
 1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira  
 2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	73	Comporta-se irresponsavelmente (descreva): _____
0	1	2	74	Gosta de se "exibir" ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	O seu comportamento é explosivo ou imprevisível
0	1	2	77	Os seus pedidos têm que ser satisfeitos imediatamente, fica facilmente frustrado(a)
0	1	2	78	É desatento(a), distrai-se facilmente
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva): _____
0	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81	Sente-se magoado(a) quando é criticado(a)
0	1	2	82	Rouba
0	1	2	83	Acumula coisas que não necessita (descreva) _____
0	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
0	1	2	85	Tem ideias estranhas (descreva): _____
0	1	2	86	É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Amua muito
0	1	2	89	É desconfiado(a)
0	1	2	90	Diz palavrões ou usa linguagem obscena
0	1	2	91	Fala em matar-se
0	1	2	92	Tem fraco aproveitamento, trabalha abaixo das suas capacidades
0	1	2	93	Fala demasiado
0	1	2	94	Arrelia muito os outros
0	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado
0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaça as pessoas
0	1	2	98	Chega atrasado(a) à escola ou às aulas
0	1	2	99	Consome tabaco
0	1	2	100	Não consegue fazer as tarefas de que é incumbido
0	1	2	101	Falta à escola sem razão (por "vadiagem")
0	1	2	102	É pouco ativo, vagaroso, tem falta de energia
0	1	2	103	É infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)
0	1	2	105	Consome bebidas alcoólicas ou drogas sem razões médicas (descreva): _____
0	1	2	106	Preocupa-se demasiado em agradecer
0	1	2	107	Não gosta da escola
0	1	2	108	Tem receio em cometer erros
0	1	2	109	Choraminga
0	1	2	110	Tem um ar pouco asseado
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	1	2	112	É preocupado(a)
0	1	2	113	Por favor indique outros problemas do(a) aluno(a) que não tenham ainda sido referidos:
0	1	2		_____
0	1	2		_____
0	1	2		_____

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**