

UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO
CLÁUDIA OLIVEIRA DE FARIAS LEITÃO

PERCEPÇÃO DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL
SOBRE DISTÚRBIOS VESTIBULARES EM CRIANÇAS

SÃO PAULO

2011

CLÁUDIA OLIVEIRA DE FARIAS LEITÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO
CORPORAL E INCLUSÃO SOCIAL

PERCEPÇÃO DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL
SOBRE DISTÚRBIOS VESTIBULARES EM CRIANÇAS

Dissertação apresentada como exigência parcial à Banca Examinadora da Universidade Bandeirante de São Paulo – UNIBAN, para obtenção do título de mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social

Orientadora: Prof^a Dr^a. Fátima Cristina Alves Branco-Barreiro.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Érica de Toledo Piza Peluso

SÃO PAULO

2011

Leitão, Cláudia Oliveira de Farias.

Percepção de professores do ensino fundamental sobre Distúrbios Vestibulares em crianças / Cláudia Oliveira de Farias Leitão. São Paulo: [s.n.] 2011.

74f. il.;30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade Bandeirante de São Paulo – UNIBAN – BRASIL, Mestrado profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social.

Orientadora: Profª Drª. Fátima Cristina Alves Branco-Barreiro.

Co-orientadora: Profª Drª. Érica de Toledo Piza Peluso

1.Doenças Vestibulares 2.Criança 3. Educação I.Título

CLÁUDIA OLIVEIRA DE FARIAS LEITÃO

PERCEPÇÃO DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE
DISTÚRBIOS VESTIBULARES EM CRIANÇAS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO À UNIVERSIDADE
BANDEIRANTE DE SÃO PAULO-UNIBAN BRASIL, COMO EXIGÊNCIA DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL E
INCLUSÃO SOCIAL.

Presidente e Orientador

Nome: _____

Titulação: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

2ª Examinador

Nome: _____

Titulação: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

3ª Examinador

Nome: _____

Titulação: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

NOTA FINAL: _____

Biblioteca

Bibliotecário: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____

Este trabalho é dedicado a todos os meus familiares e pessoas intimamente ligadas à minha vida, que no período de desenvolvimento deste trabalho me ajudaram com paciência, carinho e compreensão, demonstrando que a superação nos momentos difíceis vale à pena, por estarmos ao lado de quem realmente se importa com nosso sucesso.

Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los.

E graças a Deus eu tenho esses três tipos de pessoas em minha vida, que sem perceberem, fizeram acontecer cada momento desta minha nova realização.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pela sua presença constante na minha vida, sem que eu precise pedir, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Às minhas filhas, Catarina e Carolina, pela amizade e apoio, e pelo conforto nas horas difíceis, embora não tivessem conhecimento disto, mas iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

E não deixando de agradecer aos meus pais, Zilto e Norma, por todo amor, carinho, compreensão e um apoio incondicional.

Aos meus irmãos Roseana e Ricardo, pela amizade, apoio e compreensão. Obrigada por vocês existirem perto de mim! Vocês me dão muito força...

Aos meus amigos e companheiros, que me deram força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e me suportando em momentos de angústia, de fraqueza e de nervoso.

Ao meu marido Valdir, pela sua compreensão, nos momentos em que precisei me ausentar e o deixei só.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Fatima, pelo acompanhamento contínuo, pelo seu empenho e dedicação nas diversas análises deste trabalho, pela amizade, sabedoria e paciência

A todos os professores do Mestrado pelos conhecimentos ministrados ao longo do curso; pela maneira com que me incentivaram a trilhar esse caminho repleto de novos saberes

"O professor deve ser capaz de observar, analisar, tirar proveito das experiências, organizar as idéias, debater, pesquisar, questionar-se. São as competências que todo professor supostamente tem; o que falta é aplicá-las na própria ação."

Perrenoud

RESUMO

Leitão, Cláudia Oliveira de Farias. Percepção de professores do ensino fundamental sobre Distúrbios Vestibulares em crianças / Cláudia Oliveira de Farias Leitão. São Paulo: [s.n.] 2011.

Embora a ocorrência de distúrbios vestibulares seja menor nas crianças em comparação com os adultos, esta população também pode apresentar perda da função vestibular, afetando o desenvolvimento do controle postural. As crianças raramente relatam sintomas vertiginosos por dificuldade de verbalizar as sensações vivenciadas e, família e escola comumente atribuem esses sintomas a problemas comportamentais. Os efeitos dos distúrbios vestibulares na criança não são completamente conhecidos, mas estudos mostram que pode haver comprometimento do rendimento escolar. O objetivo foi investigar a percepção de professores do Ensino Fundamental sobre a disfunção vestibular em crianças. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal e caráter descritivo, exploratório e correlacional, por meio de inquérito. A amostra desta investigação foi composta por 55 professores que lecionam no segmento do Ensino Fundamental em escolas públicas e particulares da cidade de São Paulo. Foi utilizada uma vinheta descrevendo, em linguagem coloquial, uma criança com vestibulopatia e um questionário auto-aplicável estruturado com questões sobre a vinheta. Dos professores entrevistados, 90,9% consideram que a criança da situação apresentada tinha um problema, sendo que 72,72% achavam que era de saúde. 43,3% acreditavam que era um problema de visão. 87,27% dos entrevistados acreditam que o pediatra é o profissional que poderia ajudar a criança. Alimentação adequada (89,09%) e tratamento psicológico (58,18%) foram às condutas consideradas como as que mais poderiam ajudar. Os fatores emocionais foram os mais relatados como causa do problema (35%). Portanto, embora os professores identificassem um problema de saúde na situação apresentada, a maioria desconhecia a possibilidade de ser um caso de disfunção vestibular (72%), atribuindo os sintomas e comportamentos a um distúrbio oftalmológico ou até mesmo psicológico.

Palavras-chave: Doenças Vestibulares. Criança. Educação.

ABSTRACT

Leitão, Cláudia Oliveira de Farias. Perception of Elementary School Teachers on Vestibular Disorders in Children / Cláudia Oliveira de Farias Leitão. São Paulo: [s.n.] 2011.

Although the occurrence of vestibular disorders in children is low compared to adults, this population may also present loss of vestibular function, affecting the development of postural control. Children rarely report vertiginous symptoms because of the difficulty to verbalize the abnormal sensations they experience, and frequently family and school attribute these symptoms to behavioral problems. The effects of vestibular disorders in children are not well understood, but some studies show they might compromise school performance. Our objective was to investigate the perception of elementary school teachers regarding the vestibular disorders in children. This was a cross-sectional study. 55 elementary education teachers from private and public schools of Sao Paulo city, Brazil, participated in this study. A vignette presentation describing in colloquial language a child with vestibular disorder and a self-applied questionnaire with questions on the vignette was used. 90,9% of the teachers considered the child of the vignette as having a problem. 72,72% believed it was a health problem. 43,3% thought it was a vision problem. 87,27% believed the pediatrician was the professional who could help the child. Adequate alimentation and psychological treatment were considered as the conducts that could most help. Emotional factors were the most reported as the cause of the problem. Therefore, although teachers identify a health problem in the presented situation, most of them ignore the possibility of being a vestibular disorder, attributing the symptoms and behaviors to an ophthalmological or to a psychological problem.

Key-words: Vestibular Disorders. Child. Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1-Percepção dos profissionais que podem auxiliar a criança descrita.....	36
Gráfico 2-Percepção dos profissionais que podem ser procurados para auxiliar no tratamento da criança descrita.....	39
Gráfico 3-Percepção das atividades e tratamentos que podem auxiliar no tratamento da criança descrita.....	41
Gráfico 4 – Percepção de sugestões que podem auxiliar no tratamento da criança descrita.....	42
Gráfico 5 – Percepção dos fatores que contribuem para o problema da criança referida.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição e percentual dos professores segundo gênero.....	32
Tabela 2- Idade Média dos professores entrevistados.....	32
Tabela 3-. Distribuição e percentual dos professores segundo sua idade.....	32
Tabela 4-Distribuição e percentual dos professores segundo o grau de instrução.....	33
Tabela 5- Distribuição e percentual dos professores segundo a área de formação.....	33
Tabela 6- Distribuição e percentual dos professores segundo o tempo de magistério em anos.....	33
Tabela 7- Tempo médio de magistério dos professores entrevistados.....	34
Tabela 8-Distribuição e percentual dos professores segundo a região de São Paulo onde lecionam.....	34
Tabela 9- Distribuição e percentual dos professores segundo o tipo de escola em que lecionam.....	34
Tabela 10-Distribuição e percentual dos professores segundo o nível acadêmico em que lecionam.....	35
Tabela 11-Distribuição e percentual da percepção da existência de problema segundo o caso apresentado.....	35
Tabela 12-Distribuição e percentual da percepção da existência de problema de saúde ou não segundo o caso apresentado.....	36
Tabela 13-Distribuição e percentual da percepção da necessidade de ajuda de um profissional.....	37

Tabela 14- Percentual da ajuda profissional e familiar que poderiam ajudar/não ajudar e nem prejudicar/ prejudicar.....	38
Tabela 15-Percentual de atividades e tratamentos que poderiam ajudar ou prejudicar.....	40
Tabela 16-Percentual de sintomas que possam demonstrar o problema da criança estudada.....	43
Tabela 17-Distribuição e percentual da percepção da gravidade.....	44
Tabela 18-Distribuição e percentual da percepção da frequência de situações que costumam acontecer.....	45
Tabela 19-Distribuição e percentual da percepção da ação do professor perante os intomas.....	46
Tabela 20-Distribuição e percentual da percepção da ação do que pode acontecer caso a criança não receba tratamento.....	46
Tabela 21-Distribuição e percentual da percepção da ação do que pode ocorrer caso a criança receba o tratamento adequado.....	47
Tabela 22-Distribuição e percentual da percepção da ação da observação sobre a situação do (a) aluno (a).....	47
Tabela 23-Distribuição e percentual da percepção de que as crianças descritas provocariam ideias negativas no meio social.....	48
Tabela 24-Distribuição e percentual da percepção de que haveria reações de afastamento no meio social.....	48
Tabela 25-Percentual de respostas positivas a cada uma das reações emocionais.....	49
Tabela 26-Distribuição e percentual da percepção da possibilidade dos indivíduos descritos cometerem atos violentos.....	50
Tabela 27-Distribuição e percentual da percepção da possibilidade dos indivíduos descritos serem vítimas de preconceito, gozação.....	50

Tabela 28-Distribuição da frequência das respostas pela faixa etária dos professores.....	51
Tabela 29 – Distribuição da frequência das respostas pelo tempo da experiência dos professores.....	52
Tabela 30 – Distribuição da frequência das respostas do tipo de escola em que os professores lecionam.....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	SISTEMA VESTIBULAR	17
3.2	DISFUNÇÃO VESTIBULAR NA CRIANÇA	18
3.3	DISFUNÇÃO VESTIBULAR E APRENDIZAGEM	24
4	MATERIAL E MÉTODO	27
4.1	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
4.2	DESENHO DO ESTUDO	27
4.3	AMOSTRA.....	27
4.3.1	Sujeitos	27
4.3.2	INSTRUMENTO	27
4.3.3	Projeto Piloto	28
4.4	PROCEDIMENTO	29
4.4.1	Análise Estatística	30
5	RESULTADOS	32
5.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DA AMOSTRA	32
5.2	PREVALÊNCIAS DE OPINIÕES	35
5.2.1	Identificação do Problema	35
5.2.1.1	Existência do problema	35
5.2.1.2	Problema de saúde.....	35
5.2.1.3	Qual é o problema?.....	35
5.2.2	Fonte de Ajuda	37
5.2.2.1	Deveria procurar ajuda?	37

5.2.2.2	Quem deveria ser procurado?	38
5.3	TIPO DE AJUDA	39
5.3.1	Atividades e tratamentos recomendados	39
5.4	ASSOCIAÇÕES ENTRE A PERCEPÇÃO DO TRANSTORNO E IDADE, TEMPO DE EXPERIÊNCIA E TIPO DE ESCOLA.....	51
6	DISCUSSÃO	54
7	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS	62
	ANEXOS 1	65
	ANEXOS 2	66
	APÊNDICE 1	67
	APÊNDICE 2	69

1 INTRODUÇÃO

O sistema vestibular, localizado na orelha interna, tem como função detectar as sensações relacionadas com o equilíbrio corporal dos seres humanos. Alterações funcionais nesse sistema são denominadas de vestibulopatias e englobam distúrbios decorrentes do comprometimento total ou parcial do mesmo.

Na infância, as vestibulopatias são de difícil diagnóstico pela imprecisão da descrição dos sintomas narrados pelas crianças, sendo confundidas, muitas vezes, com distúrbios psicológicos ou neurológicos devido às alterações comportamentais que provocam.

Segundo Campos et. al. (1996), o baixo rendimento escolar pode representar um indício valioso de uma possível disfunção vestibular, assim, muitos distúrbios de aprendizagem considerados resultantes da alteração de um ou mais processos psicológicos básicos que envolvem a compreensão ou o uso da linguagem oral ou escrita das crianças em sala de aula, poderiam ser explicados pela presença de vestibulopatias

Formigoni et. al. (1998) ressalta que crianças pequenas que apresentam alteração vestibular frequentemente são inquietas devido à procura de uma posição de maior conforto e de segurança. Tal fato afeta a capacidade de concentração das mesmas, e a dispersão pode comprometer a escolarização no tocante à construção de conhecimentos, habilidades e atitudes via educação formal em sala de aula.

Na mesma direção, Ganança; Caovilla (1999) apontaram que a postura, o equilíbrio corporal e a coordenação motora são bases importantes para a aquisição de muitas aprendizagens, incluindo a linguagem falada e a escrita. Para os referidos autores, acompanhar a professora em seu campo visual na sala de aula, fazer cópias, transcrever as lições escritas na lousa, ler as lições do livro, escrever e concentrar-se são atividades que exigem integridade das funções oculomotoras e das interligações vestibulares, ainda no tocante à aprendizagem infantil. Lavinsky et. al. (1999) relataram que a vertigem na criança é um fenômeno de grande interesse, por se tratar de uma manifestação que envolve doenças importantes. Quando diagnosticadas precocemente, podem ser tratadas de forma adequada, evitando uma série de repercussões possíveis no desenvolvimento cognitivo e motor da criança.

Embora de grande relevância, existem alguns estudos sobre as disfunções vestibulares ou labirintopatias na infância. Sabe-se que situações que afetam os movimentos normais da criança ressaltam a insegurança gerada pela labirintopatia, tais como andar de bicicleta, brincar em parques, participar de jogos infantis e outras atividades esportivas, que passam a ser evitadas pelas crianças.

Franco; Panhoca (2008) estudaram a função vestibular de crianças com dificuldades escolares. Observaram uma relação estatisticamente significativa entre alterações vestibulares e dificuldades escolares.

Também importante é a colocação de Sousa et. al. (2007), que verificaram a relação entre dificuldades de leitura e escrita e sintomas e sinais de vestibulopatia periférica em crianças em idade escolar. Eles encontraram alta prevalência e similar de dificuldades escolares, como inadequação na leitura, compreensão de texto, ortografia, etc; em crianças com ou sem vestibulopatia periférica.

Contudo, o reconhecimento dos sintomas da disfunção vestibular na criança se faz necessário e de responsabilidade tanto dos professores como dos familiares, pois se mal interpretados ou não diagnosticados podem interferir no desenvolvimento motor e na aquisição de linguagem, causando problemas de aprendizagem.

Torna-se freqüente acontecer que as causas de muitos problemas de aprendizagem apresentados pelos alunos em sala de aula passem despercebidas pelo professor. É nesse contexto que se justifica a abordagem do tema desta pesquisa, uma vez que as vestibulopatias podem ser uma das muitas variáveis intervenientes nos problemas de aprendizagem apresentados pelos alunos do ensino fundamental.

As idéias e os resultados dos estudos acima expostos dão margem para que se estabeleça o seguinte problema de pesquisa: *qual o conhecimento dos professores do Ensino Fundamental I sobre a vestibulopatia na infância?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a percepção dos professores do ensino fundamental sobre a disfunção vestibular em crianças

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar a percepção de professores sobre a disfunção vestibular na criança em relação a:

- 1.1. Identificação do problema
- 1.2. Colaboração externa
- 1.3. Atividades e intervenções terapêuticas (profissionais ou não)
- 1.4. Prognóstico
- 1.5. Causas
- 1.6. Gravidade
- 1.7. Frequência
- 1.8. Reações emocionais

2. Avaliar a existência de associação entre variáveis sócio-demográficas (idade dos professores, tipo de escola em que leciona e tempo de magistério).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA VESTIBULAR

O sistema vestibular é um dos sistemas sensoriais que participa do controle do equilíbrio do corpo. Este sistema se desenvolve após algumas semanas da concepção e desempenha um papel muito importante no crescimento da criança. Ele começa a funcionar a partir do nascimento, os recém-nascidos de 24 a 120 horas de idade tem menor funcionabilidade, ele irá normalizar aos dois meses de vida e amadurecer muito mais nos dois primeiros anos. (FIFE et. al., 2000)

Os outros dois sistemas sensoriais são a visão e a propriocepção. A visão nos dá a informação da relação espacial do corpo com o ambiente. A propriocepção nos dá a informação da posição do corpo, das articulações, e o grau de contração/relaxamento dos grupos musculares (FRANCO; CAETANELLI; 2006).

O sistema vestibular nos dá a informação da posição e movimento da cabeça. A integração central dessas informações propicia o movimento harmônico e equilíbrio do corpo através da contração e/ou relaxamento dos grupos musculares (reflexos posturais). Existem também movimentos oculares reflexos que estabilizam a imagem durante o deslocamento da cabeça (SOUZA, 2007).

O sistema vestibular é formado por estruturas sensoriais periféricas localizadas na orelha interna (labirinto), os nervos vestibulares superiores e inferior e as vias vestibulares centrais (GANANÇA et. al., 1997).

A vestibulopatia periférica e a vestibulopatia central têm a tontura como sintoma principal. Nas vestibulopatias periféricas pode ocorrer a perda da audição, zumbido, sensação de pressão ou desconforto no ouvido, ânsia de vômito, sudorese fria e palidez e nas vestibulopatia centrais podem acontecer falta de coordenação motora e visão dupla (GANANÇA et. al., 1995).

As deficiências auditivas e vestibulares podem ocorrer simultânea ou isoladamente (VALENTE; MCCASIN, 2011).

A tontura não é uma doença, e sim um sintoma que pode surgir em numerosas doenças; é o sintoma característico de comprometimento do equilíbrio corporal e tem origem em alterações labirínticas em 85% dos casos. Ela é um sinal

de alerta de que algo não está bem no organismo. Depois da dor de cabeça, a tontura parece ser o sintoma mais comum nos consultórios médicos. Estima-se que cerca de 40% dos adultos queixam-se de tontura em alguma época de suas vidas. Os diferentes tipos de tontura podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em idosos. O sexo feminino parece ser o mais propício a esse sintoma (GANANÇA et. al., 1995).

3.2 DISFUNÇÃO VESTIBULAR NA CRIANÇA

Segundo Winer-Vacher (2008), a vertigem paroxística benigna na infância é o segundo diagnóstico mais frequente, em crianças de dois a três anos de idade. A vertigem característica é de curta duração (menos de 10 minutos), a criança não sente dor de cabeça (não há associação da vertigem com a dor de cabeça), e geralmente parece estar bem. Podem ocorrer palidez, náusea e vômito. Após este período de desconforto, a criança não se limita em realizar qualquer atividade. Nestes casos os testes otológicos, vestibular, e neurológicos são normais. Esses sintomas podem ocorrer durante vários meses, até um ano, e depois desaparecem espontaneamente. Se em crianças mais velhas aparecem estes sintomas (quatro a cinco anos de idade ou mais), é importante pesquisar a causa. Em geral, nenhum tratamento é necessário. É importante informar aos pais sobre a natureza benigna desta causa desconhecida, para tranquilizá-los, pedir para observarem a criança e voltarem ao médico, caso os sintomas persistam ou não haja mudança.

Segundo O' Reilly et. al. (2010), poucos estudos têm sido feito sobre a prevalência de distúrbio vestibular na criança, variando de 0,7% e 15%. Isto demonstra ser um índice inferior ao observado no adulto. As crianças têm recebido menos atenção na literatura do que os adultos, e os sintomas afetam de diferentes modos a qualidade de vida de adultos e crianças.

A vestibulopatia na criança é difícil de ser diagnosticada, pela subjetividade dos sintomas (distúrbio visuais, dores de cabeça, andar instável, atraso motor ou deficiência de aprendizagem) assim como pela dificuldade da criança para descrevê-los (NOVALO et. al., 2007).

Sabe-se que mesmo havendo relatos que é baixa a ocorrência de distúrbios vestibulares nas crianças em comparação aos adultos, os efeitos nas crianças são mais significativos, pois podem afetar o seu desenvolvimento. Alguns distúrbios vestibulares reconhecidos somente na idade adulta, na verdade, tiveram suas origens na infância (FIFE. et. al., 2000).

Mesmo sabendo que os ataques de vertigem são menos traumatizantes nas crianças em comparação aos adultos, os pais se preocupam muito por causa da falta de diagnóstico. Se houvessem mais informações sobre as causas e a definição do diagnóstico, os pais eliminariam essa inquietude (UNERI; TURKDOGAN, 2003)

As indicações formais para avaliação da função do sistema vestibular na criança e no adolescente são: vertigem, desequilíbrio corporal, anormalidades posturais, náusea, vômito, dificuldade auditiva, cefaléia, nistagmo, atrasos motores e de desenvolvimento e distúrbios de linguagem (SOUSA et. al., 2008).

Além desses sintomas encontramos sinais adicionais tais como: zumbido, palidez, sudorese e história familiar positiva para a doença (FRANCO et.al., 2008).

Aproximadamente 20% das crianças com enxaqueca têm tontura, associada podendo levar a distúrbio psicológico e baixo rendimento escolar (VALENTE; McCASIN, 2011).

Segundo Ganança et. al. (1997), há vários tipos de tonturas. O mais comum é a vertigem, em que a criança sente o ambiente girar ao seu redor e tem a sensação de estar rodando no espaço, por isso a criança se sente incapaz e insegura de sair de casa. A criança relata uma série de situações que evita por sentir-se mal ou com medo dos possíveis sintomas. A maioria das tonturas infantis tem sua origem direta ou indiretamente relacionada ao sistema vestibular, principal responsável pela manutenção do equilíbrio corporal. As tonturas raramente são de origem oftalmológica, neurológica ou psicológica, sem ter um envolvimento vestibular.

Para Ganança et. al. (1995), há diversas afecções vestibulares periféricas e centrais que podem ser encontradas em crianças e adolescentes, entre elas:

- Afecções da orelha externa e da orelha média: obstrução parcial ou total do meato acústico externo por cerúmen ou corpos estranhos que podem gerar tonturas e outros sintomas;

- Fístula perilinfática: como não há sintomas, a suspeita desta afecção fundamenta-se em tontura precedida por trauma craniano, barotrauma ou esforço

físico, perda auditiva súbita ou flutuante, hipersensibilidade a ruídos, meningites e anomalias congênitas atingindo a cabeça e pescoço;

- Traumatismo de cabeça e pescoço: refere-se a vertigens e a outros tipos de tonturas, com ou sem sintomas associados, fruto de trauma crânico ou cervical. As crianças se destacam por apresentarem menos sintomas que os adultos; em alguns casos a recuperação é espontânea, em outros há a necessidade de um tratamento clínico específico;

- Torcicolo paroxístico: nesta afecção é notável a inclinação da cabeça do indivíduo para um dos lados, com leve rotação do corpo no sentido oposto, apresentando vômitos, palidez, etc., enquanto manifestações neurovegetativas, favorecendo ainda o surgimento de enxaqueca;

- Vertigem paroxística benigna da infância: são ataques súbitos de vertigem podendo ou não apresentar manifestações neurovegetativas, sem sintomas auditivos ou alterações de consciência. Em crises, a criança tende a se assustar e se apoiar em objetos ou pessoas para não se desequilibrar.

- Enxaqueca vestibular: pode advir de um histórico familiar ou de cinetose prévia e concomitante nas crianças e adolescentes, podendo ainda apresentar relação com o torcicolo paroxístico e vertigem paroxística benigna da infância. Nesses casos, a medicação antivertiginosa, a reabilitação vestibular e dietas nutricionais são indicadas;

- Labirintopatias metabólicas: afecções que apresentam vertigens e outras tonturas com ou sem manifestações neurovegetativas e sintomas auditivos, que afetam crianças e adolescentes com hipoglicemia, diabetes químico, insulinopenia, etc. O tratamento clínico e etiológico são fundamentos nesses casos;

- Labirintopatias vasculares: em crianças que apresentam perda de plasma ou de sangue, ocorre insuficiência de circulação cerebral mais rápido, se comparada ao adulto, possibilitando as manifestações vestibulares e ocasionalmente, as auditivas;

- Doença de Menière: com mais freqüência em adultos é caracterizada por vertigem aguda, hipoacusia, zumbido e sensação de plenitude ou pressão auricular. Manifestações neurovegetativas podem ocorrer em certas crises, especialmente aquelas de natureza metabólica, como na hipoglicemia. A orientação nutricional adequada pode ser uma boa alternativa;

- Displasia de Mondini: trata-se de uma anomalia congênita que não apresenta vertigens ou outras tonturas;

- Neuronite vestibular: ocorre geralmente em crianças com mais de 10 anos, resultante normalmente de infecções do trato respiratório superior, sendo caracterizada por hipoatividade vestibular uni ou bilateral sem anormalidades cocleares;

- Ototoxicoses: significam o uso de substâncias ototóxicas como antibióticos, quimioterápicos, anti-inflamatórios, nicotina, etc. que tendem a apresentar sequelas vestibulares consequentes da intoxicação por estas substâncias. Tais sequelas podem ser minimizadas ou eliminadas com a prática de exercícios de reeducação vestibular intensiva;

- Vertigem epidêmica: etiologicamente desconhecida, acomete geralmente em crianças com mais de 10 anos, náuseas e vômitos de duração variável. Os dois tipos principais desta afecção são a de predomínio de sintomas gastrointestinais e a de prevalência de infecções do trato respiratório superior;

- Cinetose: náuseas (com ou sem vômitos) e outras manifestações neurovegetativas que podem ocorrer em veículos ou outros meios de transporte em movimento. Nesses casos são indicados exercícios de reabilitação vestibular com ou sem medicação supressora vestibular;

- Vertigem psicossomática: pode desencadear por situações estressantes vividas pela criança, bem como de reações de ajustamento, hiperatividade e outros sintomas psiquiátricos. O tratamento psicoterápico é essencialmente necessário, com ou sem terapêutica otoneurológica complementar;

- Síndrome de pânico (caracterizado por três configurações típicas): o pânico sem envolvimento otoneurológico, o que causa distúrbio labiríntico, crises de medo crescentes são características desta síndrome, e os principais sintomas são a vertigem e em alguns momentos; zumbidos. O tratamento psiquiátrico é fundamental nesta afecção;

- Tumores do sistema nervoso central: os tumores intracranianos tendem a ocasionar tonturas face à hipertensão intracraniana ou em virtude do envolvimento direto do cerebelo, núcleos vestibulares ou oitavo nervo;

- Correlação entre disfunção vestibular e distúrbios de linguagem: é notável que a postura e o desequilíbrio corporal, bem como a coordenação motora são potencialmente essenciais para a aquisição de aprendizagens como a linguagem falada e escrita. Com isso, a busca um diagnóstico precoce de possível labirintopatia favorece o tratamento e prevenção de supostos comprometimento.

Todas essas afecções vestibulares periféricas e centrais apontadas por Ganança et. al. (1995) podem ser encontradas em crianças e adolescentes e as suas implicações clínicas no desenvolvimento infantil vêm gerando crescente interesse não apenas dos otorrinolaringologistas, como também de pediatras, neurologistas, psicopedagogos e fonoaudiólogos. Assim, determinar a causa de um distúrbio vestibular em um paciente jovem requer uma avaliação minuciosa com equipe pediátrica específica.

Deve ser feita uma minuciosa avaliação médica sempre que houver a queixa de perda auditiva e/ou vertigem durante a anamnese. É sabido que o tratamento tardio da perda auditiva em crianças prejudica o desenvolvimento da linguagem, mas os efeitos de um comprometimento no sistema vestibular na criança ainda não são totalmente conhecidos. (VALENTE; MCCASIN, 2011).

As crianças tem dificuldades em se expressar, falar o que sente, definir o que é tontura e quando ela ocorre. A falta de aptidão para praticar alguns movimentos físicos, bem como sensações distorcidas do tamanho, peso e da estrutura corporal, da dimensão de objetos distantes ou das relações espaciais prejudicam em maior ou menor grau de intensidade, influenciando a sua evolução física e psíquica de forma desfavorável (SANTOS;et. al., 2003).

Por causa das repercussões sociais e emocionais das tonturas, as atividades da infância passam a ser comprometidas, pois todas as brincadeiras que envolvem movimentos passam a ser evitadas, uma vez que acentuam a insegurança gerada pela vestibulopatia. Os distúrbios escolares, o isolamento afetivo, as alterações no sono e a fobias causadas pela tontura comprometem o desenvolvimento (FRANCO, CAETANELLI; 2006).

Ayres (1995) afirma que a criança desenvolve a capacidade de organizar *inputs* sensoriais, mas não é capaz de dar significado a eles, chora ao ficar no colo com a cabeça fixa. Como manifestação de desconforto, muitas vezes as crianças choram e, em busca de apoio, procuram se agarrar a mãe ou a algum objeto mais próximo, comportamento interpretado com manifestação de dor, crise histérica ou birra.

Com o tempo há um aumento na habilidade do cérebro em organizar sensações para produzir complexas respostas adaptativas da criança. Os *inputs* vestibulares e somatosensoriais têm um papel vital na criação de modelos precisos do corpo para o controle postural necessário à orientação corporal em relação à

gravidade e ao meio. Quando existe uma alteração deste sistema é constatado geralmente um retardo do controle da cabeça, da posição sentada, os primeiros passos, e demonstrando mais tarde dificuldades em fazer atividades normais de uma vida infantil: andar de bicicleta, de patins, de skates, etc.

Para a criança vestibulopata, a queixa mais freqüente é a cinetose, que a deixa limitada a participar de brincadeiras que envolvam o movimento de rotação, elemento básico nos brinquedos de parques de diversões. Além disso, o movimento em transportes coletivos e viagens de carro em estradas longas e sinuosas é outro fator desencadeante de enjôos e vômitos (VENTURA et. al., 2009).

As mães ficam assustadas com a palidez que a criança apresenta e sua apatia, imaginando tratar-se de um desmaio. As crianças, por outro lado, sentem-se envergonhadas por vomitar durante a crise, perto de pessoas estranhas que a ficam observando. (FRANCO; CAETANELLI ; 2006).

Segundo Santos,et.al.,(2003) existe uma marca de “fragilidade” evidenciada nos desenhos infantis de crianças com vestibulopatia. Quando uma criança apresenta dificuldade em desenhar figuras humanas, em aproveitar a folha de papel de uma forma homogênea, só utilizando a parte inferior da folha, parecendo precisar de um apoio no mundo para se sentir melhor equilibrada, é importante que seja realizado o diagnóstico de vestibulopatia. Geralmente incapacita a criança, que é forçada a ficar na cama por alguns e/ou vários dias. A recuperação ocorre em duas, três ou mais semanas, precisando se ausentar da escola. Sendo assim, a intervenção precoce é essencial para que a desorientação espacial não influencie na aprendizagem da criança.

As estratégias terapêuticas na população pediátrica são individualizadas e podem incluir vários tipos de tratamento médico, tratamento cirúrgico, o encaminhamento para a reabilitação vestibular, e instigar um programa de monitoramento para observar possíveis efeitos de compensação e de maturação (VALENTE; MCCASLIN 2011).

Deve-se fazer o exame vestibular em toda criança que apresentar sintomas da disfunção vestibular, conforme já descrito. (BITTAR,et. al., 2002).

Segundo Ganança et. al. (1997), o pediatra, o neurologista e o otorrinolaringologista devem não apenas ter sua atenção voltada para a importância do diagnóstico dos distúrbios labirínticos na infância, como também, instituir o tratamento mais indicado para cada caso.

Com exercícios de reabilitação vestibular, a maioria das crianças com vestibulopatias apresentam graus de melhora ou não apresentam mais os sintomas da doença. As crianças que não obtêm esse resultado de melhora são submetidas a novos tratamentos antivertiginosos, para que haja uma melhora e elas possam ter uma boa qualidade de vida e voltarem a realizar suas atividades costumeiras (NOVALO, et. al., 2007).

É notável que a orientação terapêutica geralmente precise do auxílio complementar de outros exames e/ou a cooperação de outras áreas da medicina. A maioria das crianças com vestibulopatia crônica apresentam rápido e expressivo alívio da vertigem e outros sintomas com o uso adequado de drogas antivertiginosas (GANANÇA, et. al., 1997).

A descoberta da causa implica, muitas vezes, na realização de diversos exames complementares (sangue, urina, radiológico) ou avaliações em outras áreas médicas (endocrinologia, neurologia, cardiologia, psiquiatria, ortopedia, reumatologia, etc.) (NOVALO, et. al., 2007).

3.3 DISFUNÇÃO VESTIBULAR E APRENDIZAGEM

Os distúrbios vestibulares na infância estão associados ao desenvolvimento de reações emocionais e alterações comportamentais que podem prejudicar a inserção da criança em seu meio social. Poucos trabalhos abordam esses aspectos psicológicos relacionados à vivência das tonturas nas crianças.

As crianças demonstram como um dos sintomas da disfunção vestibular, a desorientação espacial, que é importante para suas futuras aprendizagens que podem ser diagnosticadas desde a primeira infância. As dificuldades de aprendizagem e atrasos educacionais podem ocorrer por causa deste sintoma, atrasando o primeiro contato do ser humano com o meio ambiente que é o desenvolvimento motor (FRANCO, 2008).

Piaget (1990) pontua que a inteligência se origina do desenvolvimento dos esquemas sensório-motores, onde as noções de tempo e espaço são adquiridas.

Em crianças de idade escolar, a falta da percepção do espaço pode influenciar em algumas fases do desenvolvimento infantil, gerando alterações de

postura corporal, equilíbrio físico e coordenação motora, que são fundamentais na aquisição do aprendizado da linguagem oral e escrita (SANTOS, MEDEIROS; 2003).

As dificuldades de aprendizagem apontadas nas crianças com distúrbios vestibulares podem ser explicadas pela dificuldade para realizar movimentos coordenados e a sua própria posição espacial, já que o sistema postural atua sobre os mecanismos de aprendizagem por meio de integrações sensoriais provenientes fundamentalmente de reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação. Neste momento se a criança não sente vontade de aprender, interagir com o “objeto” (aprendizagem) por medo, insegurança, timidez, ela será prejudicada, pois a sua aprendizagem será deficitária perante os seus colegas. (GONZÁLEZ DEL PINO et. al., 2011)

A literatura também relata que, apesar da disfunção vestibular representar um risco para a aquisição de algumas habilidades motoras, tais como: sentar, andar e na aquisição de respostas posturais adequadas, o fato da criança não apresentar atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor, não descarta um distúrbio vestibular (NOVALO et. al., 2007).

A disfunção vestibular infantil apresenta grande variedade de sinais que indicam os sintomas que podem afetar consideravelmente a habilidade de comunicação (a aquisição da linguagem falada e escrita), o estado psicológico, o desenvolvimento motor, alteração na marcha e, assim, o desempenho escolar. É importante lembrar que o baixo rendimento escolar também pode ser um indício valioso de possível labirintopatia (SOUSA et. al, 2008).

Em função dos distúrbios oculomotores, percepção espacial, sucessão e progressão do campo visual a compreensão da leitura pode ser alterada. A imaturidade motora provoca dificuldade na organização da atividade simbólica e no reconhecimento automático das letras e de seus conjuntos significativos. Crianças com distúrbios de leitura e escrita apresentam maior número de regressões oculares (VENTURA et. al, 2009).

Atividades que exigem integridade das funções oculomotoras e das interligações vestibulares, como acompanhar a professora, em seu campo visual, na sala de aula, fazer cópias, transcrever as lições escritas na lousa, ler as lições do livro, escrever, concentrar-se, são difíceis para as crianças com vestibulopatia, pois fazem com que os sintomas apareçam. Constatou-se um grande índice de ausência escolar, atribuído muitas vezes ao mal estar provocado pelas crises vertiginosas,

interferindo na qualidade da aprendizagem. Por isso, quando houver queixas inespecíficas elas devem ser valorizadas já que podem ser evidências de problemas que comprometerão o rendimento escolar da criança e todo o processo do seu desenvolvimento (VENTURA et.al.,2009).

De acordo com Franco, Caetanelli, (2006), as tonturas podem ser leves, moderadas ou intensas, esporádicas, freqüentes ou constantes e, além da desconfortável sensação de perturbação do equilíbrio corporal, podem vir acompanhadas de prejuízo da memória, dificuldade para entender, fadiga física e mental.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Bandeirante de São Paulo - UNIBAN Brasil e foi aprovado sob o nº de protocolo 142/10 (ANEXO 1).

Antes da aplicação do questionário, o “Termo de consentimento livre e esclarecido” (APÊNDICE 1) foi apresentado e assinado por todos os entrevistados.

4.2. DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo do tipo transversal, descritivo, exploratório e correlacional por meio de inquérito.

4.3. AMOSTRA

4.3.1. Sujeitos

100 professores do ensino fundamental da cidade de São Paulo foram convidados a participar do estudo. independente de gênero, idade ou tempo de docência.

55 professores aceitaram participar e responderam ao questionário.

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2011.

4.3.2. INSTRUMENTO

O instrumento utilizado neste estudo foi um questionário estruturado com a maioria das questões fechadas, contendo também algumas questões abertas (APÊNDICE 2), baseado em Peluso (2004). Foram realizadas adaptações na

formulação das questões e nas alternativas de respostas em função dos objetivos deste estudo.

Para a avaliação da percepção da vestibulopatia infantil, foram utilizadas vinhetas, descrevendo em linguagem coloquial uma criança com sintomas e comportamentos característicos do quadro, a saber, cinetose, tendência à queda, enurese noturna.

Cada descrição diagnóstica foi apresentada em uma versão masculina (Guilherme) e em uma versão feminina (Carolina), totalizando, assim, duas vinhetas.. O gênero do sujeito descrito na vinheta (masculino ou feminino) foi aleatoriamente distribuído entre os entrevistados.

A vinheta foi então apresentada a três profissionais, médicos otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos, com experiência na área, para formulação diagnóstica com o objetivo de garantir que ela representasse indivíduos com disfunção vestibular.

Após o parecer favorável desses profissionais, o questionário foi aplicado em um grupo de 10 professores (projeto piloto).

4.3.3. Projeto Piloto

Para verificar a adequação do questionário foi realizado um projeto piloto, aplicado em 10 professores de ensino fundamental de uma outra amostra, (ou seja, composta por professores que não eram sujeitos da presente pesquisa), foram convidados a responder o questionário, com o objetivo de avaliar sua aceitação geral, o entendimento das questões, a compreensão do vocabulário empregado. Com o resultado constatou-se a necessidade de realizar algumas modificações no questionário e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Deu-se espaço para as respostas espontâneas dos entrevistados em algumas questões abertas, visando auxiliar na construção de categorias de respostas do questionário. Por exemplo, onde indagou-se sobre os profissionais e pessoas que poderiam ajudar, perguntou-se “quem você acha que poderia ajudar nesta situação?”, e “alguma outra pessoa poderia ajudar?”, após a apresentação das mesmas. Em outro momento perguntou-se sobre as causas do seguinte modo: “o que você acha que pode causar problemas deste tipo?”, depois da apresentação

das alternativas, e “você considera alguma outra causa importante?”, após a apresentação das mesmas.

4.4 PROCEDIMENTO

Foram enviados 100 questionários para diferentes escolas pública e particular, desses só retornaram 55 questionários respondidos.

O questionário final foi organizado em duas partes:

Parte I – Identificação do professor:

Esta parte inicial do questionário contém perguntas sobre dados sócio demográficos do entrevistado: gênero, idade, área de profissão, escolaridade, tempo de magistério, localização de sua escola, o tipo da escola e para qual nível ministra aula.

Parte II- Percepção do problema

Esta parte inicia-se com a apresentação do comportamento de um aluno. Em seguida, são apresentadas 21 questões referentes ao caso descrito. Nas questões foram abordados os seguintes temas: identificação do problema, fontes de ajuda (pessoas que podem ajudar), formas de ajuda (atividades e possíveis intervenções), prognóstico, causas, gravidade, frequência, reações emocionais e risco de violência. Com exceção das questões (P1A, P5, P7, P8, P10) sobre a identificação do problema, que foram abertas, todas as demais têm respostas fechadas.

A maioria das questões são fechadas, com respostas do tipo sim/talvez/não/não sei, as outras questões fechadas possuem respostas com cinco e/ou seis alternativas do tipo de: P (4 e 6) ajudaria / não ajudaria, nem prejudicaria/ prejudicaria/não sei; (P9) concorda/ não concorda, nem discorda/ discorda/ não sei; (P11) não é grave/pouco grave/é grave /é muito grave/é gravíssima/não sei; (P12 e P16) muito raramente/ raramente/ com alguma frequência/ frequentemente / muito frequentemente / não sei; (P13) pediria para abaixar a cabeça / chamaria sua família / a encaminharia para a coordenação/ daria um pouco de chá e/ou água / a encaminharia ao posto de saúde/hospital. (P14) melhorar / ficar da mesma maneira/ piorar / não sei.

4.4.1 Análise Estatística

A análise foi realizada em três etapas. Na primeira, foram descritas as características sócio-demográficas da amostra. Na segunda etapa, foram descritas as prevalências das respostas para cada uma das questões sobre a percepção do problema. As prevalências foram apresentadas em forma de porcentagem.

As respostas às questões abertas foram codificadas de acordo com seu conteúdo e foram apresentadas em gráficos.

Na terceira etapa foi realizada análise bivariada para verificar a existência de associação entre as principais questões sobre a percepção do problema e as variáveis idades, tipo de escola em que leciona e tempo de magistério.

Para possibilitar a análise estatística adequada, nesta etapa as respostas “não sei” foram excluídas e algumas variáveis tiveram suas categorias agrupadas.

Foram consideradas como variáveis independentes:

- Idade: 20 a 39 anos e 40 anos ou mais;
- tempo de experiência: 0 a 14 anos e 15 anos ou mais;
- Tipo de escola em que leciona: particular e pública.

Como variáveis dependentes foram consideradas as seguintes questões:

- Profissional que ajudaria: questão P5 (*“Em sua opinião qual ajudaria mais?”*);
- Atividades e tratamento: questão P7(*“Dos itens acima qual que o Sr. acredita que mais poderia ajudar a criança do caso?”*)
- Causas: questão P10 (*“Qual o fator que o Sr. acredita que mais contribui para o problema da criança?”*);
- Gravidade: questão P11 (*“Gostaria de saber sua opinião sobre a gravidade da situação da criança. O Sr., acredita que pode ser?”*).
- Frequência dos sintomas: questão P12 (*“O sr. acredita que situações como esta de Carolina e/ou Guilherme costumam acontecer entre as crianças?”*)).
- Experiência com esse tipo de situação: questão P16 (*“No seu tempo de carreira no magistério o sr. observou algum aluno nesta situação?”*)).

- Atitude: questão P21 (*“Uma criança como esta, em sua opinião, poderia ser vítima de preconceito, gozação ou algo similar entre os colegas e professores?”*).

Nas questões P5, P7 e P10 foram agrupadas as variáveis que apresentaram o índice abaixo de 10%).

Na questão P11 foram agrupadas as categorias de resposta: não é grave e pouco grave; é grave e muito grave e é gravíssimo.

Na questão P12 foram agrupadas as categorias de resposta: muito raramente e raramente.

Na questão 16 foram agrupadas as categorias de respostas: muito raramente e raramente; com alguma frequência, frequentemente e muito frequentemente.

Foi adotado o nível de significância de 5% (0,050), para a aplicação dos testes estatísticos, ou seja, quando o valor da significância calculada (p) for menor do que 5% (0,050).

O programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), em sua versão 19.0, foi utilizado para a obtenção dos resultados. Foi utilizado o teste de verosimilhança.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DA AMOSTRA.

Dos 100 questionários enviados, retornaram 55 questionários respondidos.

As características sócio-demográficas da amostra (n=55) serão apresentadas nas tabelas de 1 a 10.

Dos professores entrevistados neste estudo, 98,18% eram do gênero feminino e 1,82% do gênero masculino (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição e percentual dos professores segundo ao gênero (n=55)

Gênero	n	%
Feminino	54	98,18
Masculino	1	1,82
Total	55	100,00

A idade média dos 55 professores entrevistados foi de 38 anos (Tabela 2).

Tabela 2-Idade Média dos professores entrevistados, n= 55

Variável	Média	(Desvio Padrão)	(Variação)	
Idade	38	(9,86)	20	40

Com relação à idade dos entrevistados, 45,45% tinham 40 anos ou mais, 41,82% tinham de 30 a 39 anos e 12,73% tinham de 20 a 29 anos (Tabela 3).

Tabela 3-Distribuição e percentual dos professores segundo sua idade (n=55)

Idade	n	%
20 a 29 anos	7	12,73
30 a 39 anos	23	41,82
40 ou mais	25	45,45
Total	55	100,00

Com relação ao grau de instrução, 61,82% dos professores entrevistados tinham apenas o ensino superior completo e 38,18% haviam cursado pós graduação (*lato senso*) (Tabela 4).

Tabela 4-Distribuição e percentual dos professores segundo o grau de instrução (n=55)

Grau de instrução	n	%
Graduação	34	61,82
Especialização	21	38,18
Total	55	100,00

Com relação a área de formação acadêmica 96,36% eram da área de Humanas, 1,82% de exatas e 1,82% de Biológicas (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição e percentual dos professores segundo a área de formação (n=55)

Área de formação	n	%
Exatas	1	1,82
Humanas	53	96,36
Biológicas	1	1,82
Total	55	100,00

No que diz respeito ao tempo de carreira, 27,27% tinham de 20 anos ou mais de magistério, 23,64% tinham 10 a 15 anos, 20% tinham de 0 a 5 anos, 16,36% tinham de 15 a 20 anos e 12,73% tinham entre 5 a 10 anos de magistério (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição e percentual dos professores segundo o tempo de magistério em anos (n=55)

Tempo de Magistério	n	%
00 - 05 anos	11	20
05 -10 anos	7	12,73
10 -15 anos	13	23,64
15 - 20 anos	9	16,36
20 ou mais	15	27,27
Total	55	100,00

A média do tempo de magistério dos professores entrevistados foi de 13,4 anos aproximadamente (Tabela 7).

Tabela 7- Tempo médio de magistério dos professores entrevistados

Variável	Média	(D P)	(Variação)
Anos de magistério	13,4	(3,16)	00 20

D.P. Desvio Padrão

Da amostra selecionada, feita por forma de conveniência, 69,09% lecionavam na Zona Norte, 16,36% na Zona Leste, 7,27% na Zona Sul, com 7,27% na Zona Oeste de São Paulo (Tabela 8).

Tabela 8-Distribuição e percentual dos professores segundo a região de trabalho em São Paulo(n=55)

Região de São Paulo	n	%
Zona Norte	38	69,09
Zona Sul	4	7,27
Zona Leste	9	16,36
Zona Oeste	4	7,27
Total	55	100,00

Das escolas que eles lecionam 58,18% são privadas e 41,81% são da rede pública (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição e percentual dos professores segundo o tipo de escola (n=55)

Tipo de Escola	n	%
Pública	22	41,81
Privada	33	58,18
Total	55	100,00

Dos respondentes, 47,27% ministram aula na Educação Infantil, 27,28% no Ensino Fundamental I (4º e 5º ano) e 25,45% no Ensino Fundamental I (1º ao 3º ano) (Tabela 10).

Tabela 10-Distribuição e percentual dos professores segundo o nível de atuação na Educação Básica (n=55)

Nível de atuação	n	%
Educação Infantil	26	47,27
Ensino Fundamental I (1º ao 3º ano)	14	25,45
Ensino Fundamental I (4º ao 5º ano)	15	27,28
Total	55	100,00

5.2 PREVALÊNCIAS DE OPINIÕES

5.2.1 Identificação do Problema

5.2.1.1 Existência de problema

P1. *“Na sua opinião, existe algum problema com a criança?”*

Um total de 90,9% consideraram que havia algum problema. (Tabela 11).

Tabela 11-Distribuição e percentual da percepção da existência de problema. (n=55)

Variável	n	%
Sim	50	90,90
Não	1	1,18
Não sei	4	7,27
Total	55	100,00

5.2.1.2 Problema de saúde

5.2.1.3 Qual é o problema?

P1A. *“O que o (a) Sr.(a) acredita que a criança tem?”*

O gráfico 1 apresenta as respostas à questão aberta P1A sobre a identificação do problema, 43% acreditaram que o oftalmologista é o profissional que

mais poderia auxiliar na solução do problema. Por outro lado 2% acreditaram que o problema da criança era por causa da desnutrição.

Foram incluídas, nos gráficos, as categorias de resposta com frequência igual ou superior a 2%.

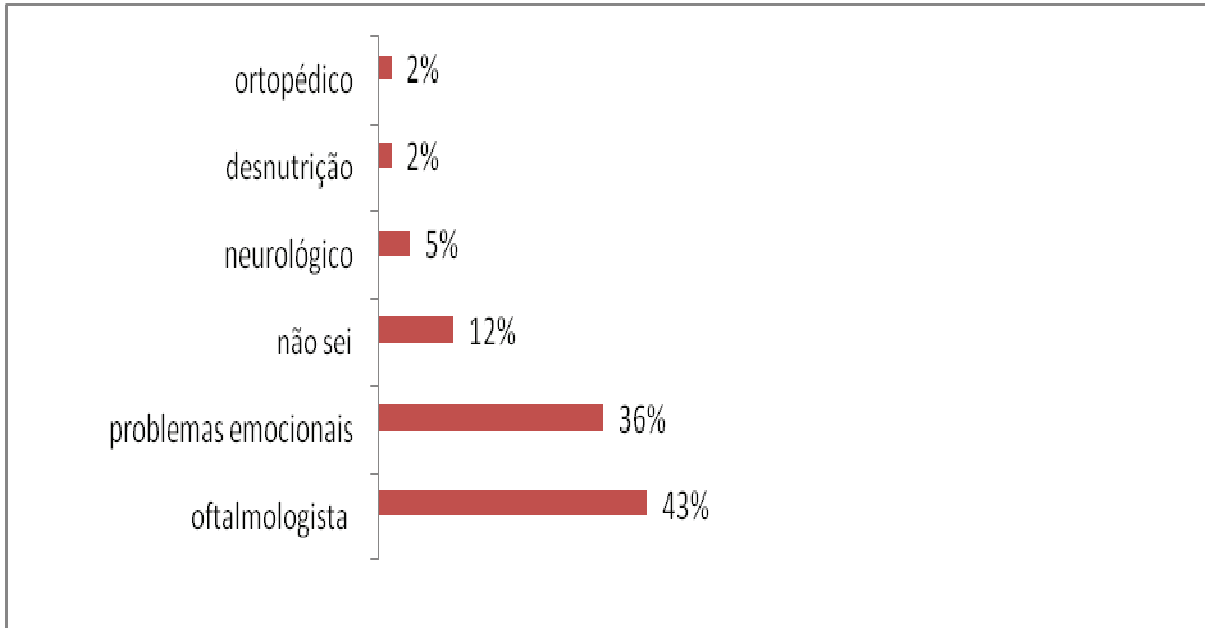


Gráfico 1- Percepção dos profissionais que podem auxiliar a criança descrita

P2. “O (A) Senhor (a) acredita que ela (e) tem algum problema de saúde?”

Dos participantes, 72,72% responderam que acreditavam que a criança tivesse algum tipo de problema de saúde, 9,09% responderam que não acreditavam que a criança tivesse algum tipo de problema e 18,18% não souberam responder (Tabela 12).

Tabela 12-Distribuição e percentual da percepção da existência de problema de saúde ou não. (n=55)

Variável	n	%
Sim	40	72,72
Não	5	9,09
Não sei	10	18,18
Total	55	100,00

5.2.2 Fonte de Ajuda

5.2.2.1 Deveria procurar ajuda?

P3. *"O (A) Senhor (a) acredita que os pais da criança deveriam procurar ajuda de alguém?"*

Entre os professores entrevistados, 96,36% acreditaram que o pai da criança deveria buscar ajuda e 3,63 % não souberam responder (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição e percentual da percepção da necessidade de ajuda (n=55)

Variável	n	%
Sim	53	96,36
Não	0	0
Não sei	2	3,63
Total	55	100,00

P4. *"Gostaria de saber se, na sua opinião, as seguintes pessoas ajudariam ou prejudicariam a criança que está sendo analisada:"*

Entre os professores entrevistados, 87,27% consideraram que um pediatra poderia ajudar mais, seguido de 72,70% que responderam que o apoio da família é o que mais poderia ajudar a criança. Por outro lado, 5,45% dos professores responderam que o fonoaudiólogo seria a categoria de pessoa que prejudicaria mais, seguido de 1,18% pelo psicólogo, igualmente os familiares e o neurologista (Tabela 14).

Tabela 14-Percentual da ajuda profissional e familiar que poderiam ajudar/não ajudar e nem prejudicar/ prejudicar. (n=55)

Variável	Ajudaria	Não ajudaria e não prejudicaria	Prejudicaria	Não sei
	%	%	%	%
Pediatra	87,27	7,27	0	5,45
Familiares	72,70	12,72	1,18	12,72
Oftalmologista	69,09	21,81	0	9,09
Psicólogo	63,63	14,54	1,18	20,00
Neurologista	50,90	21,81	1,18	25,45
Otorrinolaringologista	47,27	30,90	0	21,81
Nutricionista	34,54	47,27	0	18,18
Fonoaudiólogo	12,72	52,72	5,45	29,09

5.2.2.2 Quem deveria ser procurado?

P5. “Em sua opinião qual ajudaria mais?”

O gráfico 2 apresenta as respostas à questão aberta P.5 sobre a opinião dos 55 professores entrevistados em relação aos especialistas que poderiam auxiliar as crianças em questão. 32% responderam que o pediatra é o que mais poderia ajudar as crianças, seguido de 25% do psicólogo. Por outro lado, 2% acreditam que o fonoaudiólogo não interferiria em nada para auxiliar estas crianças.

Foram incluídas, nos gráficos, as categorias de resposta com frequência igual ou superior a 2%.

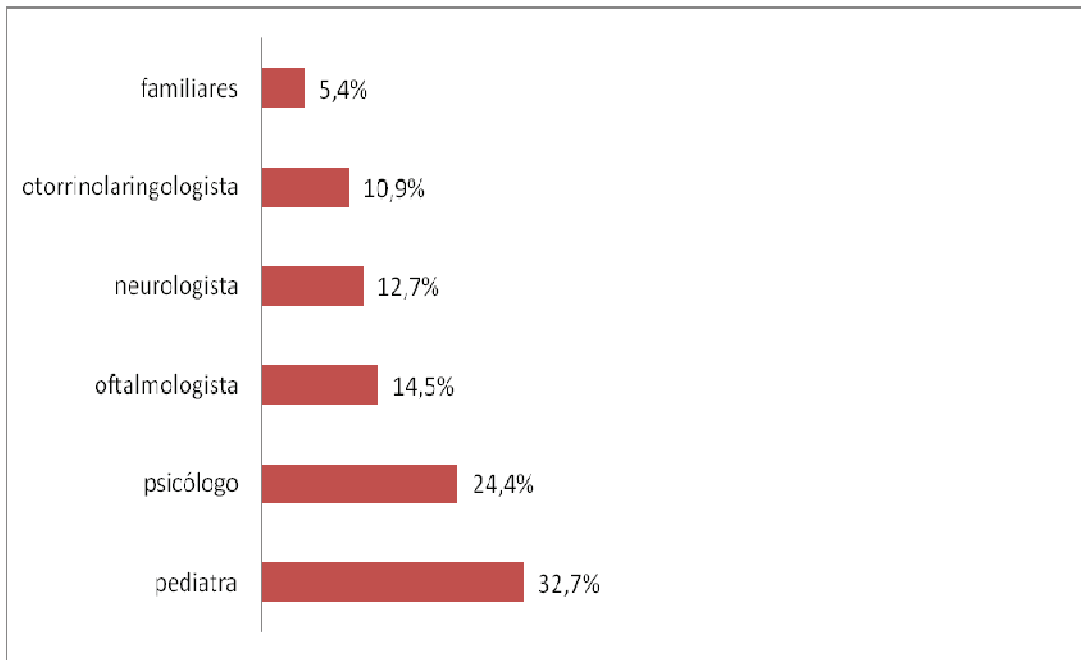


Gráfico2-Percepção dos profissionais que podem ser procurados para auxiliar no tratamento

5.3 Tipo de Ajuda

5.3.1 Atividades e tratamentos recomendados

P.06 *“Gostaria de saber se, em sua opinião, algumas atividades e tratamentos ajudariam ou prejudicariam a criança em questão.”*

Entre os entrevistados, 89,09% consideraram que a alimentação adequada ajudaria mais, seguido de 58,18% pelo tratamento psicológico. Por outro lado, 50,90% professores acreditam que tomar calmantes/ansiolíticos é a categoria de tratamento que prejudicaria mais, seguido de 45,45% professores pela prescrição de antibiótico e 41,81% de remédios de tontura (Tabela 15).

Tabela 15-Percentual de atividades e tratamentos que poderiam ajudar ou prejudicar. (n=55)

Variável	Ajudaria	Não ajudaria e nem prejudicaria	Prejudicaria	Não sei
	%	%	%	%
Alimentar-se adequadamente (arroz, feijão, carnes, legumes,	89,09	5,45	3,63	1,18
Recorrer a um tratamento psicológico	58,18	16,36	3,63	21,81
Praticar de esportes (natação/judô)	25,45	25,45	16,36	32,72
Tomar vitaminas	23,63	41,81	5,45	29,09
Tomar chás e remédios naturais (tais como camomila,	21,81	49,09	5,45	23,63
Fazer repouso/descansar	20,00	32,72	18,18	29,09
Fazer exercícios físicos (correr/pular)	16,36	27,27	36,36	20,00
Tomar remédio para tontura	14,54	3,63	41,81	40,00
Tomar calmantes/ ansiolíticos	1,18	12,72	50,90	34,54
Tomar antibiótico	1,18	12,72	45,45	40,00

P7. "Dos itens acima qual que o Sr (a) acredita que mais poderia ajudar a criança do caso?"

O gráfico 3 apresenta as respostas referentes à questão P.7 sobre a opinião dos 55 professores entrevistados, 89% responderam que uma alimentação adequada é o que mais poderia ajudar as crianças em questão, seguido de 58% referente ao tratamento psicológico, 25% dos professores acreditam que se as crianças praticassem esportes os auxiliaria, destes professores 23% responderam que tomar vitaminas também iria auxiliar as crianças, 20% acreditam que fazer repouso/descansar também poderia auxiliá-los e somente 14% dos professores acreditam que remédios para tontura auxiliaria.

Foram incluídas, nos gráficos, as categorias de resposta com frequência igual ou superior a 2%.



Gráfico 3-Percepção das atividades e tratamentos que podem auxiliar no tratamento.

P8. "O Sr. (a) teria outras sugestões para ajudar a criança? Quais?"

O gráfico 4 é referente à questão aberta P.8. Dos 55 professores entrevistados, 35% não tiveram nenhuma sugestão, seguido de 17% que tiveram como sugestão que uma conversa com a família poderia ajudar as crianças. Apenas 2% responderam que um tratamento psicológico, ir ao neurologista, um tratamento oftalmológico, praticar esportes e/ou mudar o meio de transporte, poderiam ajudar as crianças.

Foram incluídas, nos gráficos, as categorias de resposta com frequência igual ou superior a 2%.

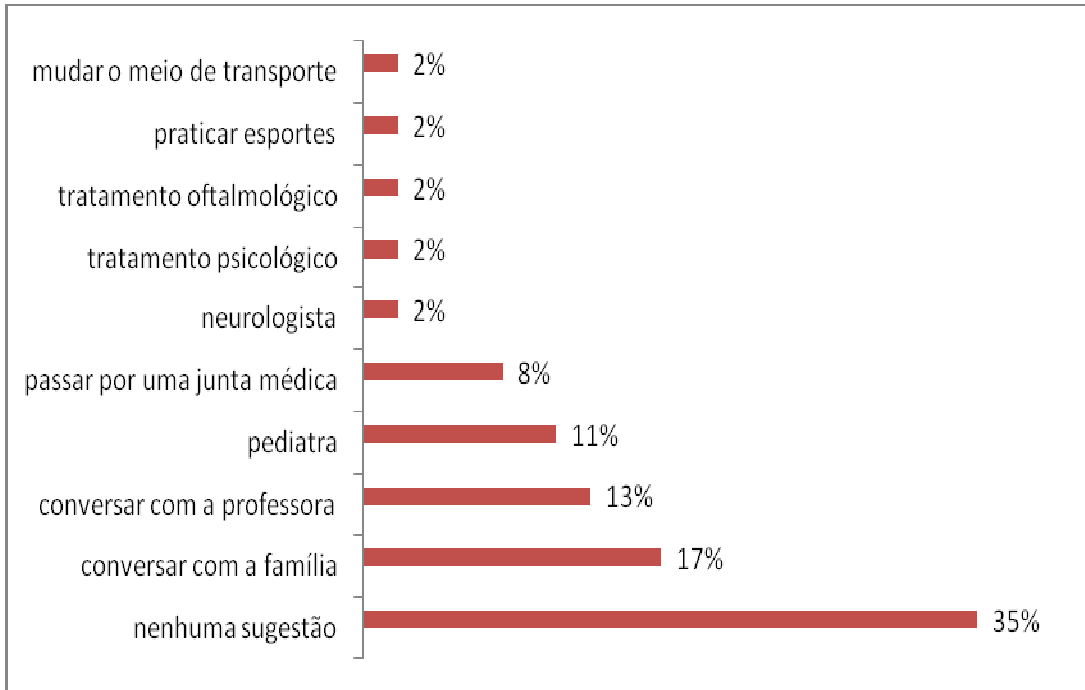


Gráfico 4 – Percepção de sugestões que podem auxiliar no tratamento da criança descrita.

P9. *“Há muitas crianças que têm problemas como a criança do caso. A seguir falaremos sobre o que pode causar sintomas desse tipo. Gostaria de saber se o (a) Sr. (a) concorda ou discorda que alguns fatores da escala abaixo podem ocasionar, problemas como os das crianças acima citadas”*

Entre os 55 professores entrevistados, 81,81% concordam que os problemas emocionais foram o que mais poderiam afetá-los (Tabela 16).

Tabela 16-Percentual de sintomas que possam demonstrar o problema da criança estudada (n=55)

Variável	Concorda	Não concorda e Não discorda	Discorda	Não sei
	%	%	%	%
Problemas emocionais	81,81	7,27	5,45	5,45
“Labirintite”	65,45	14,54	7,27	14,54
Problema de visão	65,45	12,72	16,36	5,45
Má alimentação	61,81	18,18	12,72	7,27
Algum acontecimento recente	61,81	14,54	5,45	18,18
Ser muito ansioso	60,00	20,00	9,09	10,90
Problema de estômago	56,36	14,54	16,36	12,72
Ser maltratado ou abusado	52,72	18,18	14,54	14,54
Pancada forte na cabeça	41,81	21,81	14,54	21,81
Timidez	38,18	18,18	21,81	21,81
Distúrbio de aprendizagem	34,54	16,36	23,63	25,45
Problema no cérebro	27,27	16,36	29,09	27,27
Vírus ou infecção	23,63	21,81	34,54	20,00
Dislexia	14,54	20,00	40,00	25,45
Problemas ortopédicos	14,54	16,36	50,90	18,18
Falta de atenção nas atividades escolares	14,54	23,63	38,18	23,63
Hiperatividade	10,90	16,36	43,63	29,09

P.10 “Qual o fator que o Sr (a) acredita que mais contribuiu para o problema das crianças?”

O gráfico 5 é referente à questão aberta P.10. Dos 55 professores entrevistados, 81% sugeriram que o fator que mais contribuiu foi o problema

emocional, seguidos de 65% que tiveram como sugestão a labirintite e problema de visão, por outro lado dos professores entrevistados apenas 14% responderam que o fator que poderia contribuir era a dislexia, problemas ortopédicos e falta de atenção nas atividades escolares e 10% dos professores sugeriram hiperatividade.

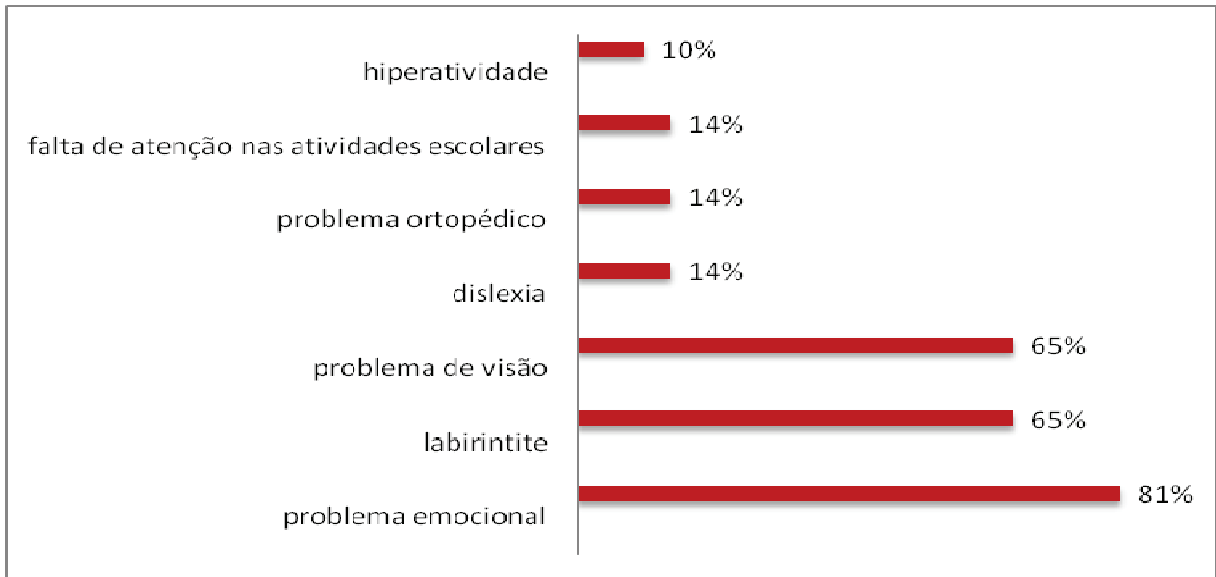


Gráfico 5 – Percepção dos fatores que contribuem para o problema da criança referida.

P.11 “Gostaria de saber sua opinião sobre a gravidade da situação da criança. O (A) Senhor (a) acredita que a situação pode ser?”

41,81% acharam que o problema da criança é grave, 23,63% acreditaram que era pouco grave, 14,54% não souberam responder, 10,90% acharam ser muito grave, 9,09% disseram não ser grave e apenas 1,18% disseram ser gravíssimo (Tabela 17).

Tabela 17-Distribuição e percentual da percepção da gravidade(n=55)

Situação	n	%
Não é grave	5	9,09
Pouco grave	13	23,63
É grave	23	41,81
É muito grave	6	10,90
É gravíssima	1	1,81
Não sei	7	12,72
Total	55	100,00

P.12”O (A) Senhor (a) acredita que situações como esta de Carolina e/ou Guilherme costumam acontecer entre as crianças?”

50,90% dos 55 professores entrevistados responderam que é com alguma freqüência que situações como a relatada no caso acontecem na escola, seguida de 20% que responderam que frequentemente, 18,18% responderam raramente, 7,27% muito raramente e 3,63% responderam que não sabem (Tabela 18).

Tabela 18-Distribuição e percentual da percepção da freqüência de situações que costumam acontecer. (n=55)

Acontecimento das situações	n	%
Muito raramente	4	7,27
Raramente	10	18,18
Com alguma freqüência	28	50,90
Frequentemente	11	20,00
Não sei	2	3,63
Total	55	100,00

P.13.”Se ao chegar à escola a criança em estudo apresentasse esse quadro o que o (a) Senhor (a) faria?”

Dos 55 professores entrevistados, 54,54% chamariam a família da criança, 34,54% a encaminharia a coordenação, 7,27% dariam um pouco de chá e/ou água e 3,63% dos professores a encaminharia ao posto de saúde/hospital. (Tabela 19).

Tabela 19-Distribuição e percentual da percepção da ação do professor perante os sintomas.

Ação do professor	n	%
Pediria para abaixar a cabeça	0	0,00
Chamaria a sua família	30	54,54
A encaminharia para a coordenação	19	34,54
Daria um pouco de chá e/ou água	4	7,27
A encaminharia ao posto de saúde/hospital	2	3,63
Total	55	100,00

P 14. *”Se ele (a) não receber tratamento adequado o (a) Senhor (a) acredita que ele (a) poderia?”*

74,54% dos 55 professores entrevistados responderam que se a criança ficasse sem tratamento poderia piorar muito, 14,54% acreditavam que ela iria ficar da mesma maneira, 7,27% não souberam responder e 3,63 responderam que a criança iria melhorar sem o tratamento adequado (Tabela 20).

Tabela 20-Distribuição da percepção da ação do que pode acontecer caso a criança não receba tratamento (n=55)

Sem tratamento	n	%
Melhorar	2	3,63
Ficar da mesma maneira	8	14,54
Piorar	41	74,54
Não sei	4	7,27
Total	55	100,00

P.15 *”Se ele (a) receber tratamento adequado o (a) Sr. (a) acredita que ele(a) poderia?”*

92,72% dos 55 professores entrevistados responderam que com o tratamento adequado a criança iria ter uma boa melhora, 3,63% não souberam responder e 1,18% responderam que a criança ficaria da mesma maneira ou até mesmo piorá-lo (Tabela 21).

Tabela 21-Distribuição e percentual da ação do que pode ocorrer caso a criança receba o tratamento adequado (n=55)

Tratamento adequado	n	%
Melhorar	51	92,72
Ficar da mesma maneira	1	1,18
Piorar	1	1,18
Não sei	2	3,63
Total	55	100,00

P.16 *“No seu tempo de carreira no magistério o (a) Senhor (a) já observou algum aluno (a) nesta mesma situação?”*

Dos 55 professores entrevistados 34,54% responderam que com alguma frequência seus alunos apresentaram esta situação, 32,72% responderam que raramente seus alunos apresentaram esta situação, 23,63% responderam que muito raramente seus alunos apresentaram esta situação, 7,27% não souberam responder e 1,18% responderam que com frequência seus alunos apresentaram esta situação (Tabela 22).

Tabela 22-Distribuição e percentual da percepção da ação da observação sobre a situação do (a) aluno (a) (n=55)

Situação do (a) aluno(a)	n	%
Muito raramente	13	23,63
Raramente	18	32,72
Com alguma frequência	19	34,54
Frequentemente	1	1,18
Muito frequentemente	0	0
Não sei	4	7,27
Total	55	100,00

P.17 “Se as crianças que convivem com a criança em questão, como amigos (as) da escola, conhecidos, vizinhos soubessem o que ele (a) sente o (a) Senhor (a) acredita que eles (as) teriam ideias negativas a seu respeito?”

65,45% dos 55 professores entrevistados responderam que as pessoas do convívio social da criança não teriam idéias negativas, 21,81% não souberam responder e 12,72% dos professores responderam que acreditam que as pessoas do convívio social das crianças teriam idéias negativas a respeito dos seus comportamentos (Tabela 23).

Tabela 23-Distribuição e percentual da percepção de que as crianças descritas provocariam ideias negativas no meio social (n=55)

Ideias negativas	n	%
Sim	7	12,72
Não	36	65,45
Não sei	12	21,81
Total	55	100,00

P.18 “Se as pessoas que convivem com a criança em questão, como amigos (as) da escola, conhecidos, vizinhos, soubessem o que ele (a) sente, o (a) Senhor (a) acredita que eles se afastariam, evitariam ficar perto dele(a)”

Dos 55 professores entrevistados, 72,70% responderam que não haveria uma reação de afastamento, 18,18% não souberam responder e 9,09% acreditam que haveria uma reação de afastamento das pessoas se soubessem o que a criança sente (Tabela 24).

Tabela 24-Distribuição e percentual da percepção de que haveria reações de afastamento no meio social. (n=55)

Reações de afastamento	n	%
Sim	5	9,09
Não	40	72,70
Não sei	10	18,18
Total	55	100

P.19 *“Agora gostaria de saber que reações ou sentimentos uma criança como esta provoca no (a) Senhor (a). O (A) Senhor (a) diria que sente:”*

Dos 55 professores entrevistados, 87,27% responderam que não sentiriam vontade de se afastar da criança, 85,45% responderam que não teriam irritação/impaciência ou medo perante a criança, 58,18% não teriam pena, 43,63% não seriam indiferentes e nem sentiriam pena, 9,09% não teriam ternura e nem carinho e 3,63% não teriam vontade nenhuma de ajudar.

Por outro lado, 96,36% dos 55 professores entrevistados teriam vontade de ajudar, 80% sentiriam ternura e carinho, 29,09% sentiriam pena, 27,27% sentiriam simpatia ou indiferença e apenas 1,18% sentiriam medo e irritação/impaciência e nenhum teria vontade de se afastar.

29,09% não souberam responder essa questão com referência e se sentiriam simpatia ou indiferença, 12,72% não souberam responder se sentiriam pena, irritação/impaciência, medo ou vontade de se afastar e 10,9% não souberam responder se sentiriam ternura/carinho (Tabela 25)

Tabela 25-Percentual de respostas positivas a cada uma das reações emocionais que a criança em questão provoca em outra pessoa.

Reações emocionais	Sim	Não	Não sei
	%	%	%
Pena	29,09	58,18	12,72
Irritação/Impaciência	1,18	85,45	12,72
Simpatia	27,27	43,63	29,09
Indiferença	27,27	43,63	29,09
Vontade de ajudar	96,36	3,63	0,00
Ternura/Carinho	80,00	9,09	10,90
Medo de uma pessoa como ele (a)	1,18	85,45	12,72
Vontade de se afastar	0,00	87,27	12,72

P.20 *“Em sua opinião, uma criança como esta poderia cometer algum ato violento contra as outras crianças?”*

58,18% dos 55 professores entrevistados responderam que a criança analisada não cometeria um ato violento, 16,36% dos professores responderam que talvez a criança fosse capaz de cometer um ato violento e somente 1,18% respondeu que a criança citada seria capaz de cometer um ato violento (Tabela 26).

Tabela 26-Distribuição e percentual da percepção da possibilidade dos indivíduos descritos cometerem atos violentos (n=55)

Ato violento	n	%
Sim	1	1,18
Talvez	9	16,36
Não	32	58,18
Não sabe	13	23,63
Total	55	100,00

P.21 *“Uma criança como esta poderia, em sua opinião, ser vítima de preconceito, gozação (ou algo similar) entre os colegas e professores?”*

Dos 55 professores entrevistados, 50,90% responderam que uma criança como a que esta sendo analisada talvez pudesse ser vítima de preconceito, gozação (ou algo similar) entre os colegas e os professores. 27,27% responderam que as crianças poderiam sim ser vítima de um ato de preconceito, gozação (ou algo similar) entre os colegas e os professores. 16,36% responderam que não haveria um ato de preconceito, gozação (ou algo similar) entre os colegas e os professores perante a esta criança e 5,45% não souberam responder (Tabela 27).

Tabela 27-Distribuição e percentual da percepção da possibilidade dos indivíduos descritos serem vítimas de preconceito, gozação. (n=55)

Ato de preconceito	n	%
Sim	14	25,45
talvez	28	50,90
Não	10	16,36
Não sabe	3	5,45
Total	55	100,00

5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE A PERCEPÇÃO DO TRANSTORNO E IDADE, TEMPO DE EXPERIÊNCIA E TIPO DE ESCOLA

Tabela 28- Distribuição da frequência das respostas pela faixa etária dos professores

Variável	Categoria	IDADE				Significância (p)
		20 a 39 anos		40 anos ou mais		
		Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
FONTE DE AJUDA	pediatra	6	20,00%	12	48,00%	0,246
	psicólogo	10	33,30%	4	16,00%	
	oftalmologista	6	20,00%	2	8,00%	
	neurologista	3	10,00%	3	12,00%	
	otorrinolaringologista	3	10,00%	3	12,00%	
	familiares	2	6,70%	1	4,00%	
TRATAMENTO	tratamento psicológico	12	42,90%	10	40,00%	0,968
	alimentar-se adequadamente	10	35,70%	9	36,00%	
	outros	6	21,40%	6	24,00%	
CAUSAS	problemas emocionais	9	30,00%	10	40,00%	0,869
	labirintite	5	16,70%	4	16,00%	
	problemas de visão	5	16,70%	4	16,00%	
	outros	11	36,70%	7	28,00%	
GRAVIDADE	não é grave	12	41,40%	6	31,60%	0,491
	é grave	17	58,60%	13	68,40%	
FREQUÊNCIA	raramente	8	27,60%	6	25,00%	0,074
	com alguma frequência	12	41,40%	16	66,70%	
	frequentemente	9	31,00%	2	8,30%	
EXPERIÊNCIA	raramente	17	60,70%	14	60,90%	0,991
	com alguma frequência	11	39,30%	9	39,10%	
	frequentemente	0	0,00%	0	0,00%	
PRECONCEITO	sim	6	20,70%	8	34,80%	0,385
	talvez	18	62,10%	10	43,50%	
	não	5	17,20%	5	21,70%	

Tabela 29- Distribuição da freqüência das respostas pelo tempo de experiência dos professores

Variável	Categoria	tempo de experiência				Significância (p)
		0 a 14 anos		15 anos ou mais		
		Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
FONTE DE AJUDA	pediatra	8	25,80%	10	41,70%	0,510
	psicólogo	9	29,00%	5	20,80%	
	oftalmologista	6	19,40%	2	8,30%	
	neurologista	2	6,50%	4	16,70%	
	otorrinolaringologista	4	12,90%	2	8,30%	
	familiares	2	6,50%	1	4,20%	
TRATAMENTO	tratamento psicológico	12	40,00%	10	43,50%	0,968
	alimentar-se adequadamente	11	36,70%	8	34,80%	
	outros	7	23,30%	5	21,70%	
CAUSAS	problemas emocionais	12	38,70%	7	29,20%	0,829
	labirintite	5	16,10%	4	16,70%	
	problemas de visão	4	12,90%	5	20,80%	
	outros	10	32,30%	8	33,30%	
GRAVIDADE	não é grave	12	42,90%	6	30,00%	0,362
	é grave	16	57,10%	14	70,00%	
FREQUÊNCIA	raramente	7	23,30%	7	30,40%	0,455
	com alguma frequência	15	50,00%	13	56,50%	
	frequentemente	8	26,70%	3	13,00%	
EXPERIÊNCIA	raramente	19	63,30%	12	57,10%	0,656
	com alguma frequência	11	36,70%	9	42,90%	
	frequentemente	0	0,00%	0	0,00%	
PRECONCEITO	sim	7	24,10%	7	30,40%	0,868
	talvez	16	55,20%	12	52,20%	
	não	6	20,70%	4	17,40%	

Tabela 30- Distribuição da frequência das respostas pelo tipo de escola em que os professores lecionam

Variável	Categoria	tipo de escola				Significância (p)
		pública		privada		
		Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
FONTE DE AJUDA	pediatra	9	40,90%	9	27,30%	0,509
	psicólogo	5	22,70%	9	27,30%	
	oftalmologista	2	9,10%	6	18,20%	
	neurologista	3	13,60%	3	9,10%	
	otorrinolaringologista	1	4,50%	5	15,20%	
	familiares	2	9,10%	1	3,00%	
TRATAMENTO	tratamento psicológico	9	42,90%	13	40,60%	0,952
	alimentar-se adequadamente	7	33,30%	12	37,50%	
	outros	5	23,80%	7	21,90%	
CAUSAS	problemas emocionais	12	54,50%	7	21,20%	0,080
	labirintite	2	9,10%	7	21,20%	
	problemas de visão	3	13,60%	6	18,20%	
	outros	5	22,70%	13	39,40%	
GRAVIDADE	não é grave	7	36,80%	11	37,90%	0,939
	é grave	12	63,20%	18	62,10%	
FREQUÊNCIA	raramente	4	19,00%	10	31,30%	0,418
	com alguma frequência	11	52,40%	17	53,10%	
	frequentemente	6	28,60%	5	15,60%	
EXPERIÊNCIA	raramente	12	57,10%	19	63,30%	0,656
	com alguma frequência	9	42,90%	11	36,70%	
	frequentemente	0	0,00%	0	0,00%	
PRECONCEITO	sim	7	33,30%	7	22,60%	0,424
	talvez	9	42,90%	19	61,30%	
	não	5	23,80%	5	16,10%	

6. DISCUSSÃO

Identificação do Problema

Dos professores entrevistados, 90,9% declararam que existe um problema na situação apresentada (Tabela 11), sendo que 72,72% acreditam ser no âmbito da saúde (Tabela 12).

Dos entrevistados, 43,3% acreditam que seja uma questão oftalmológica (Gráfico 1).

Embora os professores identifiquem um problema de saúde na situação apresentada, a maioria desconhece a possibilidade de ser um caso de disfunção vestibular, atribuindo os sintomas e comportamentos principalmente a um distúrbio oftalmológico ou psicológico.

A dificuldade dos professores para identificar o distúrbio vestibular na criança pode ser decorrente do desconhecimento sobre a questão, mas também pela subjetividade dos sintomas e pela dificuldade da criança para verbalizar o que está sentindo (NOVALO et. al., 2007).

Fonte de Ajuda

A ampla maioria dos professores (96,36%) acham que é necessário buscar ajuda para a criança na situação exposta (Tabela 13).

Dos professores entrevistados, 87,27% acreditam que o pediatra é o profissional que poderia ajudar a criança na situação apresentada, seguido de 72,70% dos que acreditam que a própria família poderia ajudar (Tabela 14).

O pediatra é o especialista que os professores tendem a encaminhar, pois acreditam que ele é capaz de diagnosticar qualquer anomalia que a criança possa ter e de tratá-la sem necessidade de consultar qualquer outro especialista, torna-se muito mais fácil encaminhar ao pediatra do que tentar compreender o que está

acontecendo com a criança na realidade e encaminhá-lo a um especialista que possa ajudá-lo.

O fonoaudiólogo foi o profissional menos citado como aquele que ajudaria na situação (Tabela 14). Isto se deve ao fato de que muitos desconhecem realmente a sua atuação na intervenção nos distúrbios de fala e linguagem

É notável que em virtude do desconhecimento dos educadores sobre a vestibulopatia na criança, o nutricionista é apontado por muitos como um profissional que poderia ajudar na solução do problema da criança, assim como o oftalmologista. Esses achados sugerem que os professores associam a queixa de náusea a questões de alimentação e de funcionamento do sistema visual da criança.

A criança com distúrbio vestibular precisa passar por avaliação otorrinolaringológica, neurológica e vestibular, sendo esta última realizada por fonoaudiólogos (VACHER, 2008).

Tipo de Ajuda

Em relação às atividades e/ou tratamentos que poderiam ajudar a criança em questão, a alimentação adequada foi a categoria mais citada (89,09%), seguida do tratamento psicológico (58,18%) (Tabela 15). Tomar medicamentos para tontura, por outro lado, foi uma das categorias menos citada (14,54%).

A alimentação adequada foi a categoria mais citada, pois os professores associam a náusea à má alimentação. O tratamento psicológico foi também bastante citado, pois os sintomas apresentados podem indicar que a criança em questão está demonstrando a necessidade de atenção, que as pessoas percebem a sua existência, muitas vezes aparentando ser até birra (FRANCO, CAETANELLI; 2006).

Causa do problema

Em nenhuma questão anterior os professores demonstraram conhecimento da labirintopatia na infância, quando questionados sobre os problemas que poderiam causar os sintomas da criança da vinheta, apenas 28% citaram a “labirintite”.

Sobre os fatores que podem ocasionar problemas como os da criança abordada, os fatores emocionais foram os mais relatados (81,81%), resgatando o indicativo da intervenção psicológica. A labirintopatia e os problemas de visão foram os outros problemas mais citados, cada um por 65,45% dos professores.

Embora mais uma vez os professores relacionam os sintomas da criança a questões oftalmológicas, mas também apontam a “labirintite” como possível causa. Somente neste item do questionário que foi citada, a labirintopatia, a partir daqui é que os professores lembraram dessa possibilidade.

Gravidade da Situação

Em relação à gravidade da situação da criança, 41,81% a percebem como grave (Tabela 17). A labirintopatia na infância e seus sintomas não são abordados na formação do professor. Desse modo, o desconhecimento sobre o quadro faz com que acredite que se trata de um problema grave.

Frequência da Situação

Dos professores 50,9% disseram que essa situação acontece com alguma frequência (Tabela 18). Percebe-se no presente estudo a importância deste assunto ser discutido na formação do professor, pois se há uma frequência bastante significativa dos sintomas, existe a necessidade de se reconhecer e de saber encaminhar a criança para o especialista correto.

Conduta do Professor

Sob este contexto é perceptível que “chamar a família” (54,54%) e/ou “encaminhar para a coordenação” (34,54%) são naturalmente citadas, pois esses sintomas apresentados pelas crianças e pela sua natureza ser desconhecida entre

os professores, se torna assustador e assim encaminhar para alguém responsável sem tomar atitude é muito mais tranquilo.

Consequências do Tratamento

Do total dos professores, 74,54% acreditam que o tratamento inadequado poderia piorar a situação (Tabela 20), enquanto 92,72% acham que o tratamento adequado poderia trazer uma boa melhora para a criança (Tabela 21). Nota-se nestes índices que há uma consciência de que um tratamento sério e adequado deve ser procurado para que a criança em questão possa ser tratada e assim voltar a frequentar as aulas normalmente.

Experiência pessoal com Crianças nessa Situação

Dos professores 32,72 % raramente se depararam com uma criança nessa situação, enquanto 34,54% referem que isso aconteceu com alguma frequência. Observa-se que não houve uma grande diferenciação entre as respostas, apenas uma pequena porcentagem de 1,18% que responde frequentemente. Embora se saiba que os anos de experiência de um professor, possa ser utilizado para ele relatar que é bastante comum encontrar crianças com esses sintomas, pois quanto mais tempo você tem de magistério mais convivência com as crianças e assim situações como esta da criança estudada se tone mais freqüente, que não quer dizer que o professor possa saber o que está realmente ocasionando para a criança.

Reações frente à Situação

Dos professores, 65,45% acreditam que as pessoas não teriam ideias negativas sobre essa criança (Tabela 23) e 72,7% acham que as pessoas do convívio da criança não se afastariam dela por esse motivo (Tabela 24). Os sintomas que a criança apresenta durante a crise de “labirintite” geralmente provocam nas pessoas, principalmente nas crianças, um sentimento de

preocupação e pode acontecer de se colocarem no lugar da referida criança, o que fariam se estivesse se sentindo da mesma forma, sendo assim as idéias negativas e a questão de se afastar estão fora do contexto.

De uma forma geral, as pessoas sentem “dó” quando vêem uma criança com este tipo de sintomas, principalmente, quando não se sabe o porquê destes sintomas.

Dos professores entrevistados, 96,36% relatam que a situação provocaria neles uma reação de vontade ajudar, seguido de 80% que referem que sentiriam ternura/carinho pela criança. Em contrapartida, a reação citada como a que não aconteceria foi a irritação/impaciência (85,45%) (Tabela 25).

Dos professores respondentes, 78,17% acreditam que a criança não seria vítima de preconceito ou gozação (Tabela 25). A vontade de ajudar faz parte da relação humana, por vivermos em comunidade e sermos seres humanos que necessitamos uns dos outros para viver. Esse sentimento se torna nato quando vemos uma criança de nosso convívio sentir-se mal, o carinho é uma consequência do ato de ajudar a criança. Com esses sentimentos provavelmente essa criança não seria vítima de preconceito ou gozação. Merece destaque o fato da “labirintite” ter sido citada apenas no momento de sua exibição no questionário, instrumento utilizado para levantamento dos dados. Tal situação, entre outras, atentou para o desconhecimento do público abordado quanto ao assunto, o que transparece certa preocupação diante do cotidiano escolar e o possível surgimento de casos em sala de aula, que tendem a ser tratados de modo equivocado.

No tocante destas observações é compreensível que esta pesquisa possa sustentar grande relevância acadêmica a partir do momento que possibilita ao público interessado um melhor entendimento do significado da disfunção vestibular em crianças, bem como o reconhecimento e/ou suspeitas de casos no contexto escolar, beneficiando com isso não apenas o aluno, ainda que seja o maior alvo, mas também o professor e a qualidade do seu trabalho diário desenvolvido. Além disso, é fundamental atentar para os reflexos deste melhor entendimento também na qualidade de vida do aluno à luz da sua inclusão social (e não apenas escolar), aspecto que acaba favorecendo um melhor convívio e participação do aluno em seu meio, afinal, as diferenças existem e devem ser respeitadas e não igualadas a um

paradigma ideal de normalidade. Partindo desta premissa, acredita-se ainda que idealize uma ampla divulgação para fins de esclarecimento em diversas instituições de ensino (particular e pública) deste tema, o que evidenciaria o crescimento destes espaços e suas reais intenções no atendimento pedagógico do aluno, superando assim a tendência assistencialista de cuidados gerais do nosso alunado em situações específicas de saúde.

Este estudo mostrou o pouco conhecimento do professor sobre a vestibulopatia na criança. Sendo assim, é de suma importância que o professor seja orientado e esclarecido, pois poderá contribuir para o rápido e adequado encaminhamento, minimizando intercorrências do problema na aprendizagem.

As salas de aula com número elevado de alunos prejudicam a percepção dos professores sobre as dificuldades de seus alunos.

Este problema também deve ser levado em conta, pois o professor não tem como perceber ou até mesmo observar com mais cuidado este aluno que requer um pouco mais de atenção, por isso muitas vezes encaminham erroneamente a criança para um especialista, que também pode não perceber ou saber do que se trata o desconforto da criança e assim o medica para uma enfermidade qualquer sem resolver o seu problema.

Quando não diagnosticada, a criança mais tarde poderá voltar a ter os mesmos sintomas e novamente se ausentará das aulas para se reestabelecer ou mesmo para procurar um novo médico.

Estas ausências comprometem a aprendizagem e desmotivam os alunos.

A criança com vestibulopatia também pode não pode brincar como os demais, levando à exclusão em sala de aula.

No entanto, é importante enfatizar que, uma vez que a amostra deste estudo foi de conveniência, existe uma limitação quanto à representatividade dos achados.

Portanto, consideramos relevante novas pesquisas com amostras maiores e representativas sobre o conhecimento de professores do ensino fundamental sobre os distúrbios vestibulares.

7. CONCLUSÃO

Embora os professores identifiquem um problema de saúde na situação da criança apresentada, a maioria desconhece a possibilidade de ser um caso de disfunção vestibular, atribuindo os sintomas e comportamentos a um problema emocional, a necessidade de um tratamento psicológico ou até mesmo a ausência de alimentação

A idade dos professores, o tipo de escola e o tempo de docência não influenciaram as respostas ao questionário aplicado.

REFERÊNCIAS

AYRES, A.J. **Sensory integration and the child**. 20^oed. Los Angeles: Western Psychological Services, 1995.

BITTAR, R. S. M; PEDALINI, M.E.B.; MEDEIROS, I.R.T.; BOTTINO, M.A.; BENTO, R.F. Reabilitação vestibular na criança: estudo preliminar. **Rev. Bras. Otorrinolaringologista** São Paulo, v. 68, n. 4, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992002000400007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2011.

CAMPOS, M.I.; GANANÇA, F.F.; CAOVILO, H.H.; GANANÇA, M. M. Prevalência de sinais de disfunção vestibular em crianças com vertigem e/ou outros tipos de tontura. **Revista Brasileira de Medicina Otorrinolaringologia**. v. 3, p. 165-70, maio de 1996.

FIFE, T.D.; TUSA, R.J.; FURMAN, J.M., et. al. Assessment: Vestibular testing techniques in adults and children : Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology 2000;55;1431 *Neurology*

FORMIGONI, L.G.; MEDEIROS, T.R.I.; SANTORO, P.P.; BITTAR, R.S.M.; BOTTINO, M. A.. Avaliação Clínica das Vestibulopatias na Infância. **Rev. Bras. ORL**, v. 65, n. 1, p. 78-82, 1998

FRANCO, E.S.; CAETANELLI, E.B. Avaliação Vestibular em crianças sem queixas auditivas e vestibulares, por meio da vectoeletronistagmografia computadorizada. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo, n. , p.46-54, 2006.

_____, E. S.; PANHOCA, I. Sintomas vestibulares em crianças com queixa de dificuldades escolares. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, Franco, n. , p.362-368, 2008.

GANANÇA, F. F.; GANANÇA, C. F. Vertigem na Infância e na adolescência. In: GANANÇA, M. M. **Vertigem tem cura?** São Paulo: Lemos 1998, p 37-47.

GANANÇA, M. M.; CAOVILO, H. H.; MUNHOZ, M. S. L.; GANANÇA, F. F. Tonturas na criança e no adolescente. **REM Otorrinolaringologia**, v. 2, n. 4, p.217-240, jul.1995.

_____, M. M. CAOVIALLA, H. H.; MUNHOZ, M. S. L.; MUNHOZ, M. L. ; GANANÇA, F. F Tratamento da vertigem na criança. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 33, n. 1/2, p.07-22, 1997.

_____, M. M.; CAOVIALLA, H. H. Labirintopatia na Infância. In: CALDAS N. NETO S.C.; SIH T. **Otologia e Audiologia em Pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999, p 277-286.

GONZALEZ DEL PINO, B; FEMIA, P.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, N. **Exploración vestibular de niños con alteraciones del equilibrio (II): resultados por enfermedades**. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011; 62:385-391

LAVINSKY, L.; ABELIN, A. C.; D.ÁVILA, C.; LAVINSKY, M. Exame Otoneurológico da Criança. In: CALDAS, N.;NETO, S.C.; SIH, T. **Otologia e Audiologia em Pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999, p 287-295

LISBOA, T. R.; JURKIEWICZ, A.L.; ZEIGELBOIM, B.S.; BASSETTO, J.M.; KLAGENBERG, K.F. Achados Vestibulares em Crianças Deficientes Auditivas. **Arq. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 9, n. 4, p.271-279, 2005.

NOVALO, E. S.; GOLFI-GOMEZ, M.V.S., MEDEIROS, I.R.T., PEDALINI, M.E.B., SANTOS, R.M.R. A afecção vestibular infantil: estudo da orientação espacial. **Rev Cefac**, São Paulo, v. 9, n. 4, p.519-531, 2007.

O' REILLY, R. C., MORLET, T.; NICHOLAS B. D.; JOSEPHON, G.; HORLBECK, D.; LUNDY L.;MERCADO, A. **Prevalence of Vestibular and Balance Disorders in Children**. *Otology & Neurotology*, Vol.31:1441-4., Nº 9.2010

PELUSO, E. T. P.A percepção pública de transtornos mentais na cidade de São Paulo /Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e saúde Mental. São Paulo, 2004. xiii, 145f.

PERRENOUD, P. **Dez Novas Competências para Ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p. 55-65.

PIAGET, J. **Epistemologia genética**. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed Brasileira, 1990.

SANTOS,R.M.R.D;MEDEIROS,Í.R.T.;BITTAR,R.S.M.,Aspectos Emocionais da Criança Portadora de Vestibulopatias: Achados Preliminares Baseados em Desenhos e Histórias.. **Arq. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 7, n. 4, 2003.

SOUSA, E. C.; SIRLEI, A. L.; TUMA, V. C.; GANANÇA, C.F.; GANANÇA, M.M., CAOVIILLA, H.H. Relação entre dificuldades de leitura e escrita e sintomas e sinais de vestibulopatia periférica em crianças em idade escolar. **Acta Orl**, São Paulo, v. 26, n., p.112-117, 2008. Disponível em: <<http://www.actaorl.com.br/PDF/26-02-07.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2011.

SOUZA, JAC, GANANÇA C.F., SEGATIN L.A., CAOVIILLA H.H., GANANÇA M.M., Limites de Normalidade dos Parâmetros de Avaliação a Vectonistagmografia Digital Neurograff - **Acta AWHO**, (2): 10,2007.

UNERI, A., TURKDOGAN, D **Evaluation of vestibular functions in children with vertigo Attacks.** Arch Dis Child 2003;88:510–511

WIENER-VACHER, S. R. **Vestibular disorders in children.** International Jornal of Audiology 2008; 47:578-583

VALENTE, M.; MCCASIN, D. L., Vestibular Disorders and Evaluation of the Pediatric Patient. **The Asha Leader**, 15 mar. 2011.

VENTURA, D. F. P.; GRANATO L.; MITRE, E. I.; MOR,R. Oculomotricity parameters in digital nystagmography among children with and without learning disorders. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 75, n. 5, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942009000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2011.

ANEXO 1: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

São Paulo, 25 DE Outubro de 2010

A Escola Municipal de Ensino Fundamental Ruy Barbosa

Prezados senhores,

Vimos solicitar autorização para realização da coleta de dados da pesquisa “O CONHECIMENTO DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE DISFUNÇÃO VESTIBULAR EM CRIANÇAS”, nesta escola. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso de Mestrado.

Todos os professores deverão preencher um Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Todas as pessoas, pesquisadores ou colaboradores, se comprometem com a manutenção da privacidade e com a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos professores.

Os dados obtidos somente serão utilizados para o projeto ao qual se vinculam. Temos ciência de que todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa, que deverá ser submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa e Ética.

Cláudia O. de Farias Leitão
(Pesquisadora)

Fátima Cristina Alves Branco-Barreiro
(Orientadora)

ANEXO 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Bandeirante de São Paulo
Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
(Registrado no Ministério da Saúde)

Protocolo de entrada: 142/10

PARECER FINAL

O projeto intitulado “**O CONHECIMENTO DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE VESTIBULOPATIA EM CRIANÇA**” de responsabilidade do (a) aluno (a) **CLÁUDIA OLIVEIRA DE FARIAS LEITÃO**, matriculado (a) no curso de Pós-Graduação **MESTRADO EM REABILITAÇÃO**, sob orientação do (a) Prof. (a) **FATIMA CRISTINA ALVES BRANCO BARREIRO**, foi analisado pela Comissão de Ética, desta Instituição, na reunião de 16 de novembro de 2010, sendo considerado **APROVADO**.

Prof. Dr. Edson Luis de Almeida Teles
Presidente da Comissão de Ética

APÊNDICE 1: -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “O CONHECIMENTO DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE DIFICULDADES ESCOLARES E SUAS CAUSAS”

Nome do (a) Pesquisador (a): Cláudia Oliveira de Farias Leitão

Nome do (a) Orientador (a): Dra. Fátima Cristina Branco

O Sr (Sra.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade investigar sobre o conhecimento dos professores do ensino fundamental sobre a disfunção vestibular e a sua relação com dificuldades escolares.

Ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que o (a) pesquisador (a) Cláudia Oliveira de Farias Leitão, faça esta pesquisa. A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.) (...). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.

Benefícios: ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre *disfunção vestibular e a sua relação com dificuldades escolares*, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Pagamento: a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome e Assinatura do Pesquisador

Nome e Assinatura do Orientador

Pesquisador: Cláudia Oliveira de Farias Leitão, RG 15.788.849-6, TEL 29017716/92918012

Telefone da Comissão de Ética: (11) 2972-9000

E-mail: comissao.etica@uniban.br

APÊNDICE 2: QUESTIONÁRIO PARA PROFESSORES

Identificação:

1.Sexo: () feminino () masculino

2.Sua idade: () 20 a 29 anos () 30 a 39 anos () 40 anos ou mais

3.Seu grau de instrução: () graduação () especialização () mestrado
() doutorado

4.Sua área de formação: () exatas () humanas () biológicas

5.O seu tempo de magistério () – de 5 anos () 5 a 10 anos () 11 a 15 anos
() 16 a 20 anos () + de 20 anos

6.A escola em que você atua está localizada em qual região?

() Zona Norte () Zona Sul () Zona Leste () Zona Oeste () Centro

7.Ela pertence a qual diretoria de ensino? _____

8.A sua escola é: () pública () privada

9.Para quais anos você ministra aula?

() Ed. Infantil () Fundamental I = 1º ao 3º ano () Fundamental I = 4º ao 5º ano

Será apresentado abaixo a situação de uma criança chamada Guilherme. Em seguida serão feitas algumas perguntas sobre essa situação.

Guilherme tem 09 anos e está no 3º ano no ensino fundamental. A professora Catarina tem notado que o aluno chega à escola frequentemente com enjoos. Ele é trazido à escola pelo transporte escolar. Guilherme também relata enjoô quando copia as tarefas do quadro. A criança evita alguns brinquedos no parque da escola, como o gira gira. Guilherme cai com freqüência e às vezes faz xixi na cama.

ANTES DE INICIARMOS AS PERGUNTAS, É IMPORTANTE ESCLARECER QUE NÃO HÁ RESPOSTA CERTA OU ERRADA. O INTERESSE É APENAS EM CONHECER A SUA OPINIÃO, E GOSTARÍA QUE O (A) SR. (A) FOSSE O MAIS SINCERO POSSÍVEL EM SUAS RESPOSTAS.

1. Na sua opinião, existe algum problema com Guilherme?

() sim () não () não sei

O que o (a) Sr. (a) acredita que Guilherme tem?

2. O (A) Sr. (a) acredita que ele tem algum problema de saúde?

() sim () não () não sei

3. O (A) Sr. (a) acredita que os pais de Guilherme deveriam procurar ajuda de alguém?

() sim () não () não sei

4. Gostaria de saber se, na sua opinião, as seguintes pessoas ajudariam ou prejudicariam Guilherme, de acordo com a escala abaixo. Favor marcar um X na resposta que achar mais adequada.

	Ajudaria	Não ajudaria, nem prejudicaria	Prejudicaria	Não sei
Oftalmologista (oculista)				
Pediatra				
Nutricionista				
Psicólogo				
Neurologista				
Familiares				
Otorrinolaringologista				
Fonoaudiólogo				

5. Em sua opinião qual ajudaria mais? (escolher um só da lista acima)

6. Gostaria de saber se, na sua opinião, algumas atividades e tratamentos ajudariam ou prejudicariam Guilherme, de acordo com a escala abaixo. Favor marcar um X na resposta que achar mais adequada.

	Ajudaria	Não ajudaria, nem prejudicaria	Prejudicaria	Não sei
Fazer exercícios físicos (correr/pular)				
Praticar de esportes (natação/judô)				
Alimentar-se adequadamente (arroz, feijão, carnes, legumes, verduras)				
Tomar vitaminas				
Tomar chás e remédios naturais (tais como camomila, boldo, erva cidreira)				
Tomar antibiótico				
Recorrer a um tratamento psicológico				
Tomar calmantes/ansiolíticos				
Fazer repouso/descansar				
Tomar remédio para tontura				

7. Dos itens acima qual que o Sr (a) acredita que mais poderia ajudar Guilherme?
(escolha um só)

8. O Sr (a) teria outras sugestões para ajudar o Guilherme? Quais?

9. Há muitas crianças que têm problemas como o de Guilherme. A seguir falaremos sobre o que pode causar sintomas desse tipo. Gostaria de saber se o (a) Sr. (a)

concorda ou discorda que alguns fatores da escala abaixo podem ocasionar, problemas como o de Guilherme. Favor marcar um X na resposta que achar mais adequada.

	Concorda	Não concorda, nem discorda	Discorda	Não sei
Dislexia				
Problemas emocionais				
Problema ortopédico				
Problema de estômago				
Má alimentação				
Problema de visão				
Algum acontecimento recente importante, como por exemplo, assalto, morte de um amigo próximo ou familiar, acidente, seqüestro				
Ser maltratado ou abusado				
Pancada forte na cabeça				
Labirintite				
Ser muito ansioso				
Vírus ou infecção				
Distúrbio de aprendizagem				
Problema no cérebro				
Falta de atenção nas atividades escolares				
Hiperatividade				
Timidez				

10. Qual o fator que o Sr (a) acredita que mais contribuiu para o problema de Guilherme? (escolha apenas um da lista acima)

11. Gostaria de saber sua opinião sobre a gravidade da situação de Guilherme. O (A) Sr. (a) acredita que a situação?

Não é grave pouco grave é grave é muito grave é gravíssima não sei

12. O (A) Sr. (a) acredita que situações como esta de Guilherme costumam acontecer entre as crianças?

muito raramente raramente com alguma frequência

frequentemente muito frequentemente não sei

13. Se ao chegar à escola Guilherme apresentasse esse quadro o que o (a) Sr. (a) faria?

pediria para abaixar a cabeça chamaria a sua família

a encaminharia para a coordenação daria um pouco de chá e/ou água

a encaminharia ao posto de saúde/hospital

14. Se ele não receber tratamento adequado o (a) Sr. (a) acredita que ele poderia?

melhorar ficar da mesma maneira piorar não sei

15. Se ele receber tratamento adequado o (a) Sr. (a) acredita que ele poderia?

melhorar ficar da mesma maneira piorar não sei

16. No seu tempo de carreira no magistério o (a) Sr.(a) já observou algum aluno na mesma situação de Guilherme?

Muito raramente Raramente Com alguma frequência

Frequentemente Muito frequentemente Não sabe

17. Se as crianças que convivem com Guilherme, como amigos (as) da escola, conhecidos, vizinhos soubessem o que ele sente, o (a) Sr. (a) acredita que eles teriam ideias negativas a seu respeito?

Sim Não Não sabe

18. Se as pessoas que convivem com Guilherme, como amigos (as) da escola, conhecidos, vizinhos, soubessem o que ele sente, o (a) Sr. (a) acredita que eles se afastariam, evitariam ficar perto dele ?

Sim Não Não sabe

19. Agora gostaria de saber que reações ou sentimentos uma criança como Guilherme provoca no (a) Sr. (a). O (A) Sr. (a) diria que sente _____

	Sim	Não	Não Sabe
Pena			
Irritação/ Impaciência			
Simpatia			
Indiferença			
Vontade de ajudar			
Ternura/ Carinho			
Medo de uma pessoa como ele (a)			
Vontade de se afastar			

20. Em sua opinião, uma criança como Guilherme poderia cometer algum ato violento contra as outras crianças?

() Sim () Talvez () Não () Não sabe

21. Uma criança como Guilherme poderia, na sua opinião, ser vítima de preconceito, gozação (ou algo similar) entre os colegas e professores?

() Sim () Talvez () Não () Não sabe