

# RETORNO ESCOLAR: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS CRIANÇAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA<sup>1</sup>

Karina Cristina Rabelo Simões<sup>2</sup>  
Silvana Maria Moura da Silva<sup>3</sup>  
Maria Piedade Resende da Costa<sup>4</sup>

## RESUMO

A hospitalização e/ou atendimento ambulatorial hemodialítico ocasionam limitações ao processo de escolarização de crianças com insuficiência renal crônica e podem comprometer o retorno escolar, sobretudo, a continuidade de seus estudos. Buscou-se analisar as principais dificuldades enfrentadas por essas crianças no retorno escolar. Tratou-se de uma pesquisa do tipo quanti-qualitativa, descritiva sob a forma de múltiplos casos. Os participantes foram 10 crianças com insuficiência renal crônica, de ambos os sexos, com faixas etárias entre 8 e 12 anos de idade, inseridas em três grupos contextuais: três crianças hospitalizadas, seis em atendimento ambulatorial hemodialítico e uma que estava submetida aos dois processos hospitalares em duas unidades de atendimento de um hospital público federal em São Luís. Para a coleta de dados foram aplicadas individualmente entrevistas semiestruturadas, utilizando-se recursos lúdicos criados como história interativa, livro autobiográfico e caixa dos desejos. As maiores dificuldades enfrentadas no retorno escolar foram: relembrar os conteúdos escolares (30%), dificuldades sem especificações (20%), desestímulo e perda do vínculo escolar por questões espaço-temporais (10%) e não apresentaram dificuldades (10%). Destaca-se, ainda, que 30% das crianças não retornaram ao espaço escolar, caracterizando a evasão escolar por grandes dificuldades educacionais no dia a dia. Concluiu-se que as maiores dificuldades no retorno escolar foram manifestadas pelas crianças em tratamento ambulatorial hemodialítico por ser um tratamento indeterminado e imprevisível, impondo diversas limitações físicas, psicológicas e ausências do contexto escolar e que comprometeram esse retorno, causando instabilidade e maiores déficits acadêmicos infantis.

**Palavras-chave:** Insuficiência renal crônica, Infância, Retorno escolar, Dificuldades.

---

<sup>1</sup> Pesquisa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Educação da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

<sup>2</sup> Mestre em Educação pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Professora do Atendimento Educacional Especializado da Secretaria Municipal de Educação do Estado do Maranhão, karinarabelo.simoes@gmail.com.

<sup>3</sup> Pós-Doutora pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, silvana.moura@ufma.br.

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, piedade@ufscar.br.

## INTRODUÇÃO

A infância em seu contexto histórico-social obteve graus de importância elevados processualmente, tornando-se de grande relevância em seus vários aspectos, principalmente, no meio educacional. Esta característica processual mostra que o olhar voltado à criança ocorreu lentamente até alcançar sua devida importância. Para Rocha (2012, p. 27) apresentam-se infâncias que, ao longo do percurso histórico, “[...] não couberam e, ainda hoje, não cabem, no estatuto e perfil universais da infância, desconsiderando a existência de outras infâncias que não foram atingidas pelas estratégias e instituições civilizatórias e pedagógicas”.

Os impactos provenientes da hospitalização e/ou atendimento ambulatorial hemodialítico ao processo de escolarização de crianças com IRC podem ser comprometedores ao desenvolvimento infantil. As limitações e submissões ocasionadas pela patologia causam o impedimento ao retorno escolar, consonantes à realidade que cada uma vivencia, bem como dificuldades quando retornam ao espaço escolar, seja por alta médica ou mesmo em intervalos do tratamento ambulatorial. A cronicidade da patologia faz com que a criança dependa do contexto hospitalar por longos períodos de tempo para tratamento da saúde e, assim, as defasagens escolares tendem a se intensificar. (VIEIRA; LIMA, 2002; FROTA *et al.*, 2010; PENNAFORT, 2010).

Assim, as crianças sofrem várias privações quando submetidas à hospitalização infantil e/ou atendimentos ambulatoriais como a hemodiálise e, geralmente, vivenciam experiências ameaçadoras e dolorosas, alterando significativamente o desenvolvimento infantil, devido ao distanciamento do convívio familiar, do vínculo com os amigos, das limitações na vida escolar e do ato de brincar (MENÇA; SOUSA, 2013).

Além disso, essas situações provenientes da hospitalização e/ou atendimento ambulatorial hemodialítico geram impactos ao processo de escolarização dessas crianças com IRC e podem impedir o retorno escolar pelas exigências que a patologia crônica demanda, típicas de um tratamento de saúde com limitações e submissões a procedimentos médicos, que as conduzem à dependência do espaço hospitalar por longos períodos de tempo, condicionada ao seu estado clínico e, assim, as defasagens escolares tendem a se intensificar (PENNAFORT; QUEIROZ; JORGE, 2012).

Pennafort (2010) afirmou que a IRC se oriunda e se desenvolve após complicações e disfunções renais, seguida da perda lenta, progressiva e irreversível da função renal. A principal definição que a caracteriza é a impossibilidade de cura, exigindo assim

tratamentos, que podem se estender ao longo de toda vida. Esses tratamentos podem ser considerados adequados e necessários, porém nem sempre são suficientes na garantia de bons resultados à saúde (GROSSMAN, 2007; PENNAFORT, 2010).

Para Grossman (2007), a doença crônica pode se manifestar na infância ou em qualquer fase de desenvolvimento, sendo sintomática ou assintomática. Diante destas primeiras conceituações, compreende-se a doença renal crônica como uma patologia bem específica, que impõe limitações na vida do ser humano, sendo aquelas sem cura, porém exigem controle clínico permanente, devido às suas conseqüentes limitações e/ou incapacitações em graus permanentes, comprometendo assim a rotina de vida de crianças, jovens e adultos (GROSSMAN, 2007).

Como afirmaram Frota *et al.* (2010, p. 528), em relação às implicações da IRC “na realidade infantil, suas repercussões são ainda mais graves, pois requerem atenção diferenciada. A criança passa por alteração relacionada ao crescimento e desenvolvimento”. As crianças com IRC, muitas oriundas de interiores da capital ludovicense, conforme seu estágio de insuficiência dos rins dependem da hemodiálise e só se tornarão independentes dela, por intermédio do transplante renal.

As alterações da saúde da criança, em especial no que se refere às conseqüências da insuficiência renal crônica, desencadeiam estresse, desorganizam sua vida, atingem a autoimagem, bem como mudam o modo de perceber a vida. As transformações físicas e psicossociais alteram a aquisição do controle progressivo sobre o próprio corpo e redimensionam seu mundo. A criança com IRC percebe-se excluída do contexto das outras, descobre-se comprometida, obrigada a se adaptar às intervenções terapêuticas, o que as impede de desfrutar da liberdade comum à infância. (FROTA *et al.*, 2010, p. 527).

A espera por um transplante é muito complexa, pois além de ser muito burocrático na saúde pública, pela grande demanda de pessoas com a mesma patologia e necessidade dos mesmos cuidados deve existir compatibilidade do órgão doador, o que torna mais delicado todo o seu processo. Desta forma, a hemodiálise se torna presente na vida das crianças por meses e até anos, muitas alcançando a fase da adolescência e até a fase adulta. Além disso, o procedimento essencial à vida dessas pessoas pode ocasionar limitações agravantes, como as deficiências adquiridas no decorrer do tratamento, assim como acontecer associada a outras patologias.

Vieira, Dupas e Ferreira (2009) discorreram que as condições exigem da criança com IRC um controle das condições de saúde a longo prazo e que tais condições nem sempre são incapacitantes, mas provocam limitações de suas atividades rotineiras. A durabilidade e risco de complicações dependem de controle e cuidados permanentes para

que se evitem possíveis sequelas. Suscetíveis a estes fatores, as crianças sofrem muitas privações e limitações pelas exigências de seu tratamento. De acordo com os autores:

O indivíduo afetado por uma doença crônica sofre mudanças no estilo e qualidade de vida, acarretadas pela presença da patologia, da demanda terapêutica, do controle clínico e das hospitalizações recorrentes. As implicações da doença crônica na infância abrangem dificuldades estruturais e instabilidade emocional que atingem toda a família. A criança pode ter seu desenvolvimento físico e emocional afetado e apresenta desajustes psicológicos decorrentes do tratamento. (VIEIRA; DUPAS; FERREIRA, 2009, p. 74).

A sujeição da criança à hospitalização por longos períodos ou constantes deslocamentos da cidade de origem para a capital maranhense, visando ao tratamento ambulatorial de hemodiálise, assim como a necessidade de hospitalizações constantes e recorrentes, além de ocasionarem transtornos psicossociais, impossibilita a sua ida à escola, dificultando seu processo de escolarização. Ressalta-se que os impactos ao processo de escolarização podem ser ocasionados pela distância de casa, da família e do espaço escolar, mostrando a realidade de uma infância diferenciada das demais.

Deslocar-se da cidade de origem para o hospital, compreende uma rotina incomum à criança e à infância. Normalmente, muitas famílias são oriundas de interiores da capital ludovicense e com a impossibilidade de assistência em suas respectivas cidades tendem a se deslocar de três a quatro dias para realizar hemodiálise, havendo necessidade às vezes de mudança da residência do interior para a capital, quando torna-se impossível o auxílio de programas da saúde, que ajudem financeiramente as famílias nesse deslocamento.

Ressalta-se que as residências das crianças com IRC se localizavam em locais geograficamente distantes da capital São Luís, em cidades do interior maranhense. Tal situação, obrigava o deslocamento frequente delas para essa capital, cujas distâncias variavam de 213 km a 2.965 km. Além dessa realidade, algumas crianças oriundas de cidades mais distantes precisaram se mudar para São Luís. Acrescenta-se a ausência de classe hospitalar no local de pesquisa selecionado, fato este que impossibilitou a manutenção do vínculo escolar das crianças com as escolas na tentativa de suprir as necessidades educacionais infantis, minimizar os impactos causados pela hospitalização e/ou pelo atendimento ambulatorial hemodialítico e, sobretudo, possibilitar o retorno escolar delas, após finalização dos tratamentos de saúde a que foram submetidas.

Apesar de todas as limitações é importante destacar que se trata de uma infância não estagnada e que permanece com suas necessidades educacionais e biopsicossociais. Trata-se de pessoas de direito, precisam ser vistas como seres em desenvolvimento e não

somente como pacientes com limitações de seu estado clínico. Dessa forma, Rocha (2012, p. 128) enfatizou que a construção de saberes e desenvolvimento de suas funções psicológicas e cognitivas permanecem e:

[...] ao enfermar, o paciente pediátrico mantém as funções cognitivas preservadas, o corpo doente não supõe uma totalidade de debilitações, tais funções precisam ser estimuladas e, assim, o papel da educação no hospital toma seus contornos, ao apostar na saúde da história de vida do paciente/aluno, na sua pulsação e na indagação diante da vida e dos integridade e o direito a construção de saberes, mesmo em circunstâncias adversas, e de produzir subjetividades.

A educação em sociedade é considerada como um direito constitucional e é dever do Estado garanti-la (BRASIL, [2016]). Para Rabelo (2014), novos espaços educacionais surgem na dinâmica da sociedade e, dessa maneira, a educação formal enfrenta mudanças que dão visibilidade à educação não escolar. Diante disso, entende-se que a educação deve estar presente em locais com manifestações de necessidades educacionais, ou seja, naqueles que se diferem do espaço escolar, mas que são emergentes na garantia do direito de aprender (SIMÕES, 2016).

Nessa dinâmica que constitui a sociedade, novos atores sociais surgem e merecem um olhar singular, de acordo com suas sutilezas e especificidades manifestadas em consonância com a realidade de cada um. Considerando o contexto histórico social, apesar de sempre existirem em sociedade, foram pouco vistos, escutados e compreendidos de maneira unilateral, reduzidos ao próprio espaço e situações em que estavam inseridos. Tendo em vista esses aspectos, a pesquisa adotou como atores sociais, as crianças com IRC pela permanência delas por longos períodos hospitalizadas e/ou em atendimento ambulatorial hemodialítico e se tornaram sujeitos aos impactos causados à escolarização por esses processos, que podem trazer dificuldades no retorno escolar e contribuir até mesmo para uma evasão escolar precoce.

De acordo com Drago (2011, p. 19) “a escola, para grande parte das crianças brasileiras é o único espaço de acesso aos conhecimentos universais e sistematizados socialmente”. Nesse sentido, a escola enquanto espaço democrático promotor de inclusão e acesso à educação a todos, normalmente é pensada como local exclusivo de conhecimento, delimitando assim grupos sociais impedidos de se integrar a ela por algum motivo, a exemplo, hospitalização e atendimento ambulatorial.

A criança, enquanto paciente no hospital, é acolhida na perspectiva da cura e a atenção está voltada predominantemente ao seu estado clínico. Essa atenção muitas vezes centralizada apenas no cuidar e na doença ocasiona o distanciamento por parte das

crianças de necessidades próprias da infância como o processo de escolarização e o vínculo familiar sofrendo rupturas, tornando-se até permanentes (SIMÕES, 2016).

Os comprometimentos educacionais e sociais se tornaram visíveis, a partir da criação de documentos legais, que asseguram o direito à educação a crianças e adolescentes em processo de hospitalização e/ou atendimentos ambulatoriais múltiplos, a exemplo, a Resolução de nº 41 de 1995, dos Direitos da Criança Hospitalizada que assegurava em seu art 9º “[...] direito de usufruir de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar” (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995, p. 16.320).

Embora a Resolução de nº 41/95 contemple os direitos da criança hospitalizada, sobretudo, à educação, considerando o contexto histórico-social das legislações em prol desse público, os documentos legais relativos ao atendimento educacional hospitalar eram oriundos da Educação Especial, uma das modalidades de ensino da educação brasileira.

Assim, o § 1º do Art. 1º do Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011 e a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva consideram como público-alvo da educação especial: pessoas com deficiência, com transtornos globais de desenvolvimento e com altas habilidades e/ou superdotação (BRASIL, 2008, 2011). Complementando estas considerações a Resolução nº 4, de 2009, reafirma esse público, assegurando o atendimento educacional especializado complementar e/ou suplementar ao ensino comum, em escolas regulares ou centros de ensino e aplicando diretrizes operacionais ao atendimento educacional especializado-AEE (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o direito à educação, garantido por meio do atendimento educacional hospitalar de crianças em situação de agravamento das condições de saúde, como aquelas com IRC, até então, era condicional, pois não estão inclusas no público-alvo da Educação Especial. No entanto, esse direito deve ser integral e oferecido por classes hospitalares, serviço de atendimento especializado, que permita articulação entre hospital e escola origem, no intuito de evitar maiores defasagens e evasão escolares, cenário bastante comum em crianças com IRC hospitalizadas e/ou em atendimentos ambulatoriais hemodialíticos. Porém, analisando a situação legislativa desse público, percebem-se mudanças relevantes e promissoras.

Até o ano de 2017, considerando a legislação brasileira, não existia uma lei específica para abranger o contexto de crianças em situação de agravamento das condições de saúde. No entanto, em 2018, contemplando também aquelas com IRC, foi

aprovada a Lei nº 13.716, definindo o acompanhamento curricular durante o tratamento de saúde como espaço de direito, tornando a inserção dessas crianças integral e não condicional no atendimento educacional hospitalar (BRASIL, 2018). Este documento, também, traz alterações à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que rege a educação brasileira, assegurando no seu Art. 4º:

[...] o atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar, por tempo prolongado, conforme dispuser o Poder Público em regulamento, na esfera de sua competência federativa. (BRASIL, 2018, não paginado).

A partir dessa lei, os atendimentos educacionais sistematizados realizados nas classes hospitalares inseridas nos espaços para tratamento de saúde, em regimes de internação, encontram-se legalmente amparados, com o objetivo de assegurarem o direito à educação, proporcionando a continuidade dos vínculos escolares em articulação com as escolas de origem e possibilitando assegurar o acesso e a permanência ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar, por tempo prolongado nos ambientes escolares, como previsto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996).

No entanto, a infância que acontece no intermédio de um tratamento de saúde e suas peculiaridades, por muitas vezes é desconhecida. Normalmente, entende-se que uma pessoa acometida por uma patologia, especialmente, quando se refere às crianças, apresentam uma representatividade mais frágil, limitando-as pelo estado de saúde e submissões decorrentes da hospitalização e/ou de atendimentos ambulatoriais.

Para Matos e Mugiatti (2011, p. 26) a dependência ao espaço hospitalar se apresenta e institui-se uma “[...] alienante subjacência”, que acarreta prejuízos integrais ao desenvolvimento da criança. Sendo assim, discorre-se sobre uma infância limitada, pois não permite o total acesso aos seus direitos, enquanto sujeitos e crianças”. Esse olhar precisa ser desmistificando, a partir do entendimento de que essa criança continua em desenvolvimento intelectual, social, físico e psíquico, precisando de estimulação para que estes processos aconteçam de maneira saudável e sem grandes impactos.

Assim, o atendimento educacional hospital se torna imprescindível, a partir do momento que se preza pelo direito à educação durante todo o percurso de um tratamento de saúde para que o retorno escolar possa ser enfrentado sem grandes dificuldades. Como ressaltou Fonseca (2020, p. 5):

[...] esta modalidade de ensino requer mais divulgação e empenho de todos para que tenha a devida implantação e o adequado

funcionamento, principalmente por parte da Administração Pública para que se configure como realidade nos documentos legais e na prática escolar cotidiana desse alunado.

Considerando a educação e a saúde como direitos constitucionais e inalienáveis, assegurados pela Constituição Brasileira, percebe-se que a pessoa acometida por uma patologia é inserida em cenário contraditório e vulnerável, por incompatibilidades espaço-temporais, ou seja, a necessidade de estar em dois espaços, hospital e escola. Dessa forma, esses direitos se anulam na medida em que é preciso ausentar-se da escola, na busca pela garantia da saúde (SIMÕES, 2016).

Complementando esse pensamento, Matos e Mugiatti (2011, p. 57) fizeram a análise desse cenário como contraditório, tendo em vista a necessidade de hospitalizações prolongadas ou atendimentos múltiplos da criança em tratamento de saúde, afirmando que “[...] tais direitos essenciais contraditoriamente se encontram na mais plena desproteção, diante do impasse com que se deparam: ou o tratamento, ou a escola, ou então, prejuízo de ambos; ou ainda acomodação ou conformismo”.

Tendo em vista o contexto brasileiro, o comprometimento do processo de escolarização de crianças em tratamento de saúde, especialmente, as acometidas por IRC se torna comum, devido à escassez de estratégias para contemplá-las e amenizarem os impactos da hospitalização e/ou atendimentos ambulatoriais hemodialíticos e, conseqüentemente, as possíveis dificuldades educacionais no retorno escolar (SIMÕES, 2016). A acomodação e o conformismo apontados por Matos e Mugiatti (2011) podem ser considerados como elementos refletores de questões culturais, oriundos de uma visão unilateral em que a doença é interpretada com estranhamento e negativismo. Dessa forma, o olhar centralizado em interpretações como essa debilita e mobiliza a pessoa e sua família, levando-as à dedicação apenas do quadro doentio, deixando à mercê elementos essenciais à vida humana como o direito à educação.

Dessa forma, a pesquisa teve como enfoque o retorno escolar das crianças com IRC, submetidas a hospitalizações e/ou atendimentos ambulatoriais hemodialíticos, cujo objetivo foi analisar as principais dificuldades enfrentadas pelas crianças com IRC no retorno escolar.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa foi realizada em duas unidades de atendimento de um hospital público federal em São Luís-Maranhão, mediante o Parecer Consubstanciado nº 1.522.437. A

escolha por estas unidades ocorreu por atenderem o público infantil em processo de hospitalização e/ou atendimento ambulatorial hemodialítico ocasionados pela IRC.

Definiu-se como método de pesquisa, o estudo de múltiplos casos como aquele que investiga o fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não puderem ser claramente evidentes (YIN, 2015).

Tratou-se de uma pesquisa do tipo quanti-qualitativa, descritiva, sob a forma de múltiplos casos com 10 crianças, inseridas em três grupos contextuais: três crianças hospitalizadas, seis em atendimento ambulatorial hemodialítico e uma submetida aos dois processos hospitalares em duas unidades de atendimento de um hospital público federal em São Luís, sendo 50% meninos e 50% meninas; com faixas etárias variando entre 8 a 12 anos de idade; 90% das crianças adquiriram a IRC e 10% foram acometidas pela enfermidade desde a gestação de sua mãe; 90% eram oriundas de interiores do Maranhão e somente 10% residiam na capital maranhense.

As crianças pesquisadas cursavam da 1ª série/2º ano à 4ª série/5º ano do ensino fundamental, porém com idades cronológicas não compatíveis às etapas de escolarização, indicando possibilidade de atrasos escolares, pois deveriam estar em séries entre 3º ano ao 7º ano do referido ensino, caso houvesse regularidade escolar. Como a maioria das crianças era de interiores da capital ludovicense, 80% não frequentavam a escola e 20% a frequentavam com limitações. As defasagens escolares estavam presentes nas crianças dos três grupos contextuais.

As crianças pesquisadas foram denominadas por letras alfabéticas e codinomes como: **Criança A** (Pequeno Príncipe), **Criança B** (Sorriso), **Criança C** (Esmeralda), **Criança D** (Valente), **Criança E** (Pérola), **Criança F** (Vitório), **Criança G** (Jasmin), **Criança H** (Apolo), **Criança I** (Estrela) e **Criança J** (Luna), resguardando suas identidades em cumprimento à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Desta forma, adotou-se como técnica de pesquisa para coleta de dados, a entrevista semiestruturada, subdividida em dois blocos de perguntas associadas à problemática da pesquisa, constituídos pelos dados gerais das crianças e a experiência no hospital, tendo em vista que a mesma foi realizada com o uso de recursos lúdicos como: livro didático de história interativa, livro autobiográfico e caixa dos desejos.

O **livro didático de história interativa** compreendeu um recurso utilizado para promover a expressão e comunicação da criança hospitalizada, contemplou uma história próxima das vivências e realidades das crianças com IRC hospitalizadas e/ou atendimento

ambulatorial hemodialítico, com personagens de mesmas faixas etárias, em constantes deslocamentos, limitações e rupturas contextuais, mas com possibilidades de ressignificação. O **livro autobiográfico** elaborado com propostas de desenhos, no qual as crianças tinham a oportunidade de expressar suas principais emoções, significações e ressignificações referentes ao hospital. A **caixa dos desejos** foi utilizada para as crianças escreverem ou desenharem em bilhetes seus principais desejos referentes ao hospital, especialmente, aqueles relacionados às mudanças necessárias para que este se tornasse dos sonhos. Tais bilhetes foram depositados por todas as crianças pesquisadas em uma pequena caixa colorida.

Enfatiza-se que esses três recursos lúdicos foram pensados, construídos pelas pesquisadoras e utilizados para a coleta de dados, a partir de análises em trabalhos anteriores sobre a importância da leitura mediada às crianças hospitalizadas e aperfeiçoada por Cruz (2004, 2008), que visavam à escuta de crianças em pesquisas, através de métodos lúdicos voltados ao público infantil.

As entrevistas começaram com a contação da história interativa, proposta pelas pesquisadoras, denominada “**Os irmãos colecionadores de histórias**”, a qual apresentou as vivências de dois irmãos, que necessitavam se deslocar constantemente de uma cidade para outra, devido às mudanças de seus pais em seus respectivos empregos. Esses deslocamentos os obrigavam a estar em vários lugares em pouco espaço de tempo e geravam muitas mudanças às crianças, pois precisavam se afastar da escola, dos amigos, do restante da família e de tudo que realizavam e gostavam na cidade de origem.

Este aspecto foi pensado, objetivando alcançar as vivências das crianças hospitalizadas por IRC, considerando que a maioria, também, deslocava-se de suas cidades de origem ao hospital em de São Luís, algumas necessitando morar na mesma ou, então, submeter-se a uma rotina de constantes idas e vindas para tratamento de saúde.

A partir dessa história interativa foi aplicada a entrevista semiestruturada com cada criança pesquisada. Paralelo às perguntas, as crianças confeccionaram livros autobiográficos, os quais continham desenhos de bonecos com rostinhos crus para que as crianças pudessem expressar seus sentimentos em relação ao hospital, assim como foram solicitados desenhos, que representassem o mesmo, buscando as significações e ressignificações deste às crianças pesquisadas. Tais livros favoreceram o momento das entrevistas, deixando-as mais confortáveis, assim como proporcionaram formas diferenciadas de expressão no decorrer do processo.

Posterior a este procedimento (os desenhos), os livros juntamente com pequenos bilhetes ou desenhos produzidos pelas crianças foram colocados na caixa dos desejos, sendo possível se expressarem. O objetivo dos bilhetes foi de solicitar a elas, que colocassem nessa caixa, os seus maiores desejos referentes às mudanças relativas ao hospital, tendo em vista a grande representatividade deste local na vida das crianças e suas referências. Os bilhetes foram escritos por elas. Caso não soubessem escrever foram ditados pelas crianças e escritos pelas pesquisadoras.

As entrevistas foram gravadas na íntegra, através de dispositivo móvel Samsung® (SM-G530) e, posteriormente, transcritas e analisadas, utilizando-se a análise de conteúdo, estabelecendo categorias no intuito de alcançar os objetivos propostos. Segundo Bardin (1977, p. 38): “[...] a análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de apresentar os resultados desta pesquisa sobre as dificuldades enfrentadas pelas crianças com IRC no retorno escolar, os dados coletados foram agrupados em cinco categorias: lembrar os conteúdos escolares (30%), dificuldades sem especificações (20%), desestímulo e perda do vínculo escolar por questões espaço-temporais (10%) e não apresentaram dificuldades (10%). Destaca-se ainda que 30% das crianças não retornaram ao espaço escolar, mas ressaltaram em suas falas dificuldades educacionais no dia a dia. Essas categorias foram formadas em consonância com o contexto de cada criança participante.

Conforme a análise de dados foi possível perceber que as dificuldades enfrentadas no retorno escolar, ou mesmo a ausência delas, dependem da intensidade dos impactos das hospitalizações e/ou atendimentos ambulatoriais hemodialíticos ao processo de escolarização de cada uma.

Considerando o grupo de crianças entrevistadas, 30% da totalidade (**Crianças A, D, F**) desde que descobriram a insuficiência renal crônica e iniciaram o atendimento ambulatorial hemodialítico, não retornaram mais à escola. No entanto, ainda que não tenham retornado, perceberam as **dificuldades de lembrar os conteúdos escolares** pela ausência da escola em seu dia a dia, como pode ser visto em suas verbalizações:

Uhum... aí não me acostumei mais. Eu fiquei com muita dificuldade. É porque eu vim pra cá e passou muitos anos... eu passei quatro meses, aí quando fui pra lá não me 'alebrava' mais como era. (**Criança A**).  
Já. Foi. O terceiro. Uhum. Um bocado de coisa... mas ela não passa não a mesma matéria. Quase todo mundo lá na minha escola sabe... a diretora... quase todo mundo. (**Criança D**).  
Senti. Achei. Porque assim é muito difícil eu fazer. (**Criança F**).

A **criança A** em sua fala apontou um fator determinante relacionado a essa dificuldade de retorno escolar. Desde os cinco anos de idade, já passou por várias hospitalizações, que refletiram nas repetências em seu histórico escolar. Assim, destacou o tempo no qual ficou afastada da escola e dos obstáculos enfrentados, referentes à adaptação ao contexto escolar e as consequências dessa ausência com reflexos em sua escolarização, por não recordar os conteúdos anteriormente aprendidos. Impossibilitada de dar continuidade aos seus estudos, suas idas à cidade de origem eram esporádicas pelo seu estado clínico, com imprevisibilidade de previsão de volta, contexto favorável às dificuldades enfrentadas no retorno escolar.

A **criança D**, por exemplo, afastada da escola por 1 ano, enfatizou que mesmo longe da escola por muito tempo, em suas experiências de retorno à cidade de origem no inteiro do Maranhão, as atividades escolares não eram resgatadas em sala de aula, como forma de suprirem os conteúdos escolares perdidos. Isto acontecia pela ausência de ações pedagógicas sistematizadas entre escola e hospital, bem como a formação de professores para que estes pudessem contribuir para as inclusões escolar e social destas crianças.

A **criança F** enfatizou a dificuldade em realizar as atividades da escola, refletindo na ausência de acompanhamento curricular durante sua permanência no hospital, bem como em seu retorno. Caso realizasse no hospital as atividades da sala de aula seria possível suprir os déficits escolares, tendo em vista também que em seu caso, seu problema de saúde implicava em tratamento contínuo. Assim, pode-se perceber que as dificuldades apresentadas não estavam relacionadas especificamente ao contexto escolar, mas também às vivências infantis do cotidiano.

Observou-se que as crianças em períodos mais longos de tratamento de saúde relataram dificuldades de relembrar os conteúdos, manifestadas pela ausência de uma sequência lógica de aprendizado dos mesmos e, conseqüente, fragmentação destes no retorno escolar, impossibilitando uma aprendizagem efetiva e continuada.

Compactua-se com Vieira e Lima (2002) ao considerarem a escolarização como etapa de desenvolvimento, quando apontaram que as demandas da IRC interferem na frequência às aulas. Ao falarem do retorno escolar da criança, após uma alta hospitalar

ou mesmo no intermédio dos atendimentos ambulatoriais hemodialíticos, destacaram que estas são condições diretamente relacionadas à reintegração no espaço escolar, referindo-se ao processo de readaptação, sendo consonantes às falas das três crianças pesquisadas.

É importante destacar que as dificuldades enfrentadas no retorno escolar são reflexos dos impactos que a hospitalização e/ou atendimento ambulatorial hemodialítico causaram nas crianças. Frota *et al.* (2010) foram consonantes a essa afirmação quando discorreram sobre as consequências da IRC como: o desencadeamento de estresse, desorganização na vida, estranhamentos na autoimagem e as mudanças de como percebem a vida. A criança acometida por uma patologia crônica tende a se ver diferente e excluída das demais, por seguir caminhos atípicos da infância, comprometendo assim, também, a sua reintegração ao espaço escolar.

Como destacaram Matos e Mugiatti (2011) a etapa escolar representa o desenvolvimento de potencialidades, personalidade e capacidade de comunicação. A criança perdendo o vínculo com a escola, gera instabilidade no seu processo de aprendizagem e escolarização, refletindo nas eventuais dificuldades no retorno escolar.

A respeito disso Frota *et al.* (2010) enfatizaram que a escola é um espaço de excelência no qual a criança tem a possibilidade de desenvolver habilidades sociais e intelectuais, e que, a IRC por ocasionar limitações à vida infantil, traz atrasos e prejuízos ao aprendizado pela necessidade de se ausentar da escola.

A Resolução de nº 41 de 1995 dos Direitos da Criança Hospitalizada, ao tratar dos direitos da criança em tratamento de saúde, discorre sobre o direito de usufruir do acompanhamento do currículo escolar, durante a permanência hospitalar (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995). No entanto, como apontado pelas **crianças A, D e F**, a ausência desse acompanhamento gerava as dificuldades no retorno escolar.

Concorda-se com Matos e Mugiatti (2011) quando falaram das defasagens escolares, podendo tais dificuldade serem vistas pelas crianças de diversas formas, conforme a restrição ao processo de escolarização. Algumas apresentam níveis diferenciados de consciência em relação aos prejuízos escolares e outras terem perdido o vínculo, a motivação e precisam se readaptar ao espaço escolar, bem como outras talvez não sintam tanto essa ausência e os consequentes impactos ao processo de escolarização.

Estes aspectos foram bem nítidos nas falas das crianças pesquisadas e variaram de acordo com o contexto de cada uma, bem como a estimulação educacional que recebiam, no hospital e no retorno à escola, que dependeram de como a realidade delas era vista,

como a escola, o hospital e a família anulavam o processo de escolarização ou como algo que podia ter continuidade. Normalmente, prioriza-se a saúde, independente do tempo que possa ser exigido, para posteriormente ocorrer o retorno à escola. Isso influenciará diretamente na inclusão escolar e social dessas crianças.

De acordo com Vieira e Lima (2002) há necessidade do estabelecimento de diálogos entre família/escola/hospital, no intuito de proporcionarem condições para a preservação do processo de escolarização dessas crianças, além de intervenções voltadas para a aceitação e reintegração do aluno, facilitando seu retorno à escola, sem prejuízo nas atividades curriculares, a exemplo, a classe hospitalar.

Frota *et al.* (2010) ao realizarem revisão de literatura a respeito do cuidado à criança com IRC, ressaltaram que a patologia apresenta implicações nos desenvolvimentos físico, mental e emocional, cujos cotidianos são modificados por restrições provocadas pela patologia. Essas restrições influenciam diretamente toda a vida da criança, sobretudo, o processo de escolarização, pois comprometidas fisicamente, mentalmente e emocionalmente, as dificuldades enfrentadas no retorno escolar tendem a ser mais agressivas e a trazerem maiores comprometimento à educação dessas crianças.

Em consonância com Mattos e Mugiatti (2011) como cenário contraditório ocorre o fato da educação ser privada para a busca da garantia da saúde, ainda que os dois sejam direitos constitucionais. Amiúde, trata-se de uma necessidade que deve ser observada de maneira mais próxima no contexto brasileiro, pois os comprometimentos escolares ocorrem em função da escassez de estratégias, que contemplem a amenização dos impactos da hospitalização e/ou atendimentos ambulatoriais, possibilitando conformismos em que a saúde torna-se condicional à garantia de outros direitos, como a educação (PENNAFORT, 2010; MATTOS; MUGIATTI, 2011).

Ressalta-se que três (30%) delas não chegaram a retornar à escola para explanar essa experiência, sendo uma delas hospitalizada (**Criança C**) e as outras duas em atendimento ambulatorial hemodialítico (**Crianças H e I**). É importante enfatizar essas 3 crianças estavam sem o vínculo escolar por longos períodos, variando entre dois meses e quatro anos, todas oriundas de interiores da capital maranhense. Destaca-se a fala da **criança I**, pois apesar de não ter retornado ao espaço escolar, retratou dificuldades educacionais em seu dia a dia, ao relatar sua tentativa de leituras em livros com necessidade de ajuda, pois já havia esquecido de muitas coisas desde que se ausentou da escola. Verificou-se, também, que a família luta para retornar para a cidade de origem e dar continuidade a tudo que deixaram, buscando apoio da prefeitura para esse retorno.

Eu é... que pena que eu não tenho mais, eu acabei ficando ruim de ler, só umas coisas que eu sei. Por que fico longe né? Da escola... acabo me esquecendo as coisas... aí na hora que eu vou ler os livros, aí sempre tem que ter uma ajuda pra eu ler. Não, nunca recebi alta daqui não. Aí mamãe as vezes pra falar, pra fazer uma hora extra na hemodiálise, mamãe vai sexta e volta segunda, aí a mãe fala pra eles arrumar cadeira, pra fazer hemodiálise, que não pode faltar, aí eu vou pro interior, passo pouco tempo. (**Criança I**).

A partir dessa fala, observa-se a problemática existente, também, pela distância do hospital à escola de origem, assim como a dificuldade dos professores em lidarem com esse acompanhamento posterior ao processo de hospitalização de seus alunos. Percebeu-se que a criança para apresentar defasagens escolares não precisa estar necessariamente hospitalizada. Mattos e Mugiatti (2011) apontaram que os atendimentos ambulatoriais intermitentes, também, ocasionam impactos ao processo de escolarização pelas especificidades da patologia, destacando a evasão escolar, prejuízos e atrasos.

Esses dados se assemelham ao que discorreu Rocha (2012) ao considerar o processo de aprendizagem como construção sobre o que a criança já tem consolidado em suas funções psicológicas e que se articulam com novos conhecimentos, ampliando-se ao longo do desenvolvimento. Percebeu-se que, na maioria das vezes, as crianças em tratamento permanente de saúde, nem sempre possuíam o apoio na escola para a recuperação dos atrasos escolares, refletindo na ausência de estratégias para acolherem efetivamente essas crianças, a exemplo a proposta da classe hospitalar (BRASIL, 2002).

Assim, o contexto se agravou pela necessidade constante de estar no hospital para tratamento de uma patologia crônica e, dessa forma é necessário que se promovam estratégias para o enfrentamento dessas dificuldades e que possam suprir ou amenizar as dificuldades escolares enfrentadas no retorno escolar e no cotidiano.

As **crianças E e G** (20%) relataram **dificuldades sem especificações** enfrentadas no retorno escolar; desestímulo e perda do vínculo escolar por questões espaço-temporais (**Criança J** – 10%) e não apresentou dificuldades (**Criança B** – 10%).

Como revelou a **criança E** ao falar sobre suas dificuldades “Sinto. Dos deveres” e a **criança G** que disse não se lembrar, afirmando: “Já, uma vez. Senti. Não lembro direito”. “Já, um monte. Não sei”. Essa ausência de detalhes pelas **crianças E e G** em relação às dificuldades no retorno escolar representou a pouca frequência dessas crianças à escola, devido à hemodiálise. Assim, ainda que percebam e sintam as dificuldades, estas podem não ser tão representativas pela raridade de frequência ao espaço escolar (MATOS; MUGIATTI, 2011).

A **criança J** contemplou a categoria desestímulo e perda do vínculo escolar por questões espaço-temporais, retratou em sua fala que já retornou à escola e que sentiu dificuldades em realizar as atividades acadêmicas pela pouca frequência escolar e afirmava: Já, um monte. Às vezes num faço dever não... só vou dois dias pro colégio. Considerando sua realidade, a criança estava em tratamento por 7 anos, ou seja, desde os 3 anos de idade. Oriunda do interior do Maranhão, precisou se deslocar para São Luís, devido ao atendimento ambulatorial hemodialítico realizado 4 vezes na semana. Assim, em sua fala se percebeu maior desestímulo ocasionado pelas limitações ao espaço escolar. A fala da **criança J** condiz com o que Matos e Mugiatti (2011) afirmaram, quando retratam a dependência do espaço hospitalar como uma alienante, refletindo em prejuízos escolares, como discorreu essa criança, ao mencionar que não fazia as tarefas da escola.

A **criança B** disse **não sentir dificuldades**. Porém, apresentou menor período hospitalizadas e, ainda, não havia retornado à escola, sendo que em 2016 foi a sua primeira hospitalização mais longa. Assim, as intensidades dos impactos ao processo de escolarização, bem como as dificuldades enfrentadas no retorno escolar, dependem do contexto da condição clínica de cada criança (GROSSMAN, 2007; PENNAFORT, 2010; SIMÕES, 2016).

Dessa forma, as dificuldades enfrentadas pelas crianças com IRC no retorno escolar variaram conforme a experiência de cada uma no hospital e o tempo distante da escola. Percebeu-se que as ausências da escola e das classes hospitalares representam grandes atrasos escolares, desestímulos e demais comprometimentos sofridos pelas crianças com IRC hospitalizadas e/ou atendimento ambulatorial hemodialítico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação e a escolarização são processos essenciais e de direito, na vida do ser humano, especialmente para as crianças em pleno desenvolvimento e recebendo formação para se tornarem cidadãos inseridos na sociedade. As garantias de acesso e de permanência das crianças na escola são previstas e asseguradas legalmente para todas, mas para isso precisam estar em consonância com o contexto e realidade de cada uma.

A escola é o espaço para a democratização educacional e acesso aos conhecimentos universais e sistematizados socialmente. No entanto, considerando que as necessidades educacionais podem ser manifestadas em outros espaços, como no caso das crianças com IRC, hospitalizadas e/ou em atendimento ambulatorial hemodialítico, torna-

se fundamental olhares voltados para as limitações espaço-temporais, que acometem o processo de escolarização delas durante o tratamento de saúde, mas também preparar o retorno escolar pelas dificuldades que enfrentarão ao voltarem para esse local.

As maiores dificuldades enfrentadas no retorno escolar foram: relembrar os conteúdos (30%), dificuldades sem especificações (20%), desestímulo e perda do vínculo escolar por questões espaço-temporais (10%) e não apresentaram dificuldades (10%). Destaca-se ainda que 30% das crianças não retornaram ao espaço escolar, mas apresentaram em suas falas dificuldades educacionais cotidianas.

Tendo em vista as falas infantis, foram detectadas várias dificuldades como: relembrar os conteúdos, desestímulo e perda do vínculo escolar, evasão escolar. Essas dificuldades sendo permanentes e por longos períodos de tempo, especialmente, com as crianças em atendimento ambulatorial hemodialítico, inseridas em um contexto de maior imprevisibilidade, pela dependência de uma patologia crônica, podem ser mais agravantes e comprometedoras à continuidade de seus estudos.

Sendo assim, são necessárias ações pedagógicas coerentes a esse contexto que possam promover o acompanhamento curricular durante o tratamento de saúde para que o retorno escolar possa ser mais saudável e sem grandes dificuldades.

A estimulação educacional favorece o desenvolvimento infantil integralmente e permite o vínculo com a educação, ainda que os contextos possam parecer antagônicos. É importante mostrar à criança em tratamento da IRC as possibilidades de ser criança novamente, fazendo coisas da infância, como brincar, ter amigos, família, ser vista, escutada e, sobretudo, estudar mesmo no hospital. A educação permite englobar tudo isso, pois é ponte de conhecimento, criatividade e ludicidade.

Dessa forma, o acompanhamento curricular pode ser concretizado com a criação de classes hospitalares sistematizadas pedagogicamente nos espaços hospitalares e em articulação com as escolas de origem de cada criança para a continuidade de sua escolarização e, conseqüente, redução das dificuldades promovidas pelas limitações inerentes às realidades delas.

A pesquisa trouxe dados pertinentes para mover ações em prol desse público, especialmente as crianças maranhenses em tratamento de saúde pela IRC, bem como para a concretização de novos estudos para contemplá-las e tornar essas dificuldades minimizadas.

Ressalta-se a importância da escuta das crianças para qualquer ação pensada para elas, pois dessa maneira será possível traçar caminhos com melhores direcionamentos.

Outros aspectos importantes para serem trabalhados são: sistematização do acompanhamento curricular, estudos voltados para a infância articulada ao espaço hospitalar, formação de professores para a inclusão escolar e social dessas crianças, políticas educacionais para assegurarem o direito à educação e à infância desse público. Concluiu-se que as maiores dificuldades no retorno escolar foram manifestadas pelas crianças em tratamento ambulatorial hemodialítico por ser um tratamento indeterminado e imprevisível, impondo diversas limitações físicas, psicológicas e ausências do contexto escolar e que comprometeram esse retorno, causando instabilidade e maiores déficits acadêmicos infantis.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm). Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2018. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Lei/L13716.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13716.htm). Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm). Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB nº 4, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 17, 5 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Grupo de Trabalho da Política Nacional de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério de Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Brasília, DF: Secretaria de Educação Especial, 2002.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Aprova em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 16.319-16.320, 17 out. 1995.

CRUZ, Sílvia Helena Vieira. **A criança fala**: a escuta de crianças em pesquisas. São Paulo: Cortez, 2008.

CRUZ, Sílvia Helena Vieira. Ouvindo crianças: considerações sobre o desejo de captar a perspectiva da criança acerca da sua experiência educativa. *In*: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 27., 2004, Caxambu. **Anais** [...]. Caxambu: Anped, 2004.

DRAGO, Rogério. **Inclusão na educação infantil**. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

FONSECA, Eneida Simões. A escolaridade na doença. **Revista Educação**, Santa Maria, v. 45, p. 1-19, 2020.

FROTA, Mirna Albuquerque *et al.* Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 527-533, 2010.

GROSSMAN, Eloísa. Casos crônicos: quando é preciso aprender a conviver com a doença. *In*: KAPLAN, Sheila. (coord.). **Conversando sobre saúde com adolescentes**. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 2007. (Ciência Hoje na Escola, 13). p. 68-71.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia hospitalar**: a humanização integrando educação e saúde. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MENÇA, Viviane Bayer; SOUSA, Sandra Sales Paula Silva. A criança e o processo de hospitalização: os desafios promovidos pela situação da doença. **Psicodom**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2013.

PENNAFORT, Viviane Peixoto dos Santos. **Crianças e adolescentes em tratamento dialítico**: aproximações com o cuidado cultural da enfermagem. 2010. 138 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

PENNAFORT, Viviane Peixoto dos Santos; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.5, p. 1057-1065, out. 2012.

RABELO, Francly Sousa. **Educação não escolar e saberes docentes na formação do pedagogo**: análise de uma experiência no espaço hospitalar. 2014. 184 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

ROCHA, Simone Maria da. **Narrativas infantis**: o que nos contam as crianças de suas experiências no hospital e na classe hospitalar. 2012. 163 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

SIMÕES, Karina Cristina Rabelo. **Vozes à infância silenciada**: impactos da hospitalização e/ou atendimento ambulatorial hemodialítico ao processo de escolarização de crianças com insuficiência renal crônica. 2016. 264 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 52-60, 2002.

VIEIRA, Sheila de Souza; DUPAS, Giselle; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. Doença renal crônica: conhecendo a experiência da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 74-83, 2009.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.