

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL



**ESTUDANTES COM DOENÇA CRÔNICA E/OU DEFICIÊNCIA COM
COMORBIDADE: AÇÕES ESCOLARES EM PROL DA INCLUSÃO ESCOLAR**

GABRIELA GUIMARÃES MARCHI

SÃO CARLOS -SP

2022

GABRIELA GUIMARÃES MARCHI

**ESTUDANTES COM DOENÇA CRÔNICA E/OU DEFICIÊNCIA COM
COMORBIDADE: AÇÕES ESCOLARES EM PROL DA INCLUSÃO ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito obrigatório para a obtenção do título em Licenciatura em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob a orientação da Prof^a Dra. Adriana Garcia Gonçalves e coorientação da Dra. Mariana Cristina Pedrino.

São Carlos-SP

2022

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que fizeram parte da minha jornada universitária e principalmente aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato sincero e que demonstra a gratidão e a humildade que existe em alguém. A jornada de escrita deste trabalho passou por vários desafios, alguns externos, mas a maioria internos, que só foi possível serem derrotados por contarem com a ajuda de Deus e de algumas pessoas.

Primeiro, quero agradecer aos meus pais, Fabiana e Humberto, pelo apoio, por todos os conselhos, pela paciência e até mesmo alguns puxões de orelha que ocorrem no meio do caminho. Sou muito agradecida por Deus ter escolhido vocês como meus pais. Também, não posso esquecer das minhas queridas avós, Mirani e Izaura, que são exemplos de mulheres para mim.

Agradeço aos membros do Grupo de Pesquisa “Núcleo de Estudos e Pesquisas: Educação inclusiva, tecnologia educacional e formação profissional em diferentes contextos” do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, por me ajudarem nas etapas dessa jornada.

A minha orientadora Adriana Gongalves e minha coorientadora Mariana Pedrino, que compartilho memórias desde 2018 com o projeto de extensão que fiz em conjunto nos Hospitais de São Carlos até agora com meu TCC. Muito obrigada pelos conselhos, apoio e aprendizagens durante todos esses anos.

Agradeço a Aline Pacco e a Andreia Silva por aceitarem o convite e participarem como membros arguidores da minha banca, muito obrigada pelos seus comentários e avaliações sobre o trabalho.

E não poderia esquecer também de agradecer ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pela concessão da Bolsa de Iniciação Científica que possibilitou a realização mais aprofundada do tema para o meu TCC.

De uma forma geral, quero agradecer a todos os meus amigos ou pessoas que fizeram parte da minha caminhada de escrita e universitária, seja de forma presencial e/ou à distância. De alguma forma ou de outra me ajudaram a estar menos só.

“Não urso bobinho, é mais corajoso do que acredita, mais forte do que parece, e mais esperto do que pensa.”

A Maior Aventura do Ursinho Puff.

RESUMO

A educação é um direito para todos, a qual deve ter um ensino com base na equidade que ofereça oportunidades e condições para o acesso e permanência de crianças e adolescentes na escola. Políticas inclusivas visando o acesso à educação surgiram a partir da década de 90 e foram importantes movimentos para a inclusão e acesso a serviços que auxiliam estudantes a atender suas demandas e necessidade educativas, direitos importantes para estudantes com doença crônica e também com deficiência com comorbidade. O objetivo da pesquisa foi investigar a prevalência de doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em estudantes de municípios pertencentes a um Departamento Regional de Saúde do interior do estado de São Paulo, bem como identificar as ações realizadas no contexto escolar para minimizar as dificuldades no processo de escolarização desses estudantes. A pesquisa tem um caráter descritivo-exploratório e uma abordagem quali-quantitativa, a qual ocorreu de forma virtual. Os primeiros contatos ocorreram por meio de e-mails e telefonemas, e teve como participantes profissionais da área de Educação relacionados às Secretarias / Departamentos Municipais de Educação ou das Instituições de Ensino Municipal que responderam a um questionário online. Dos 23 municípios selecionados para a pesquisa houve a devolutiva de nove municípios, sendo um total de doze respostas (um Departamento de educação, uma Secretaria de Educação e 10 escolas municipais). Com as respostas obtidas do questionário foi possível verificar uma prevalência maior de matrículas de estudantes com doença crônica em relação aos alunos com deficiência com comorbidade. Sendo asma brônquica, a doença crônica, e síndrome de Down e cardiopatia, a deficiência com comorbidade, que tiveram a maior prevalência entre o número de alunos delineados pelos municípios nos anos de 2017 a 2020. Políticas públicas são importantes para assegurar o direito e serviços à educação com qualidade para todos, e tentar garantir que não haja afastamentos e consequências aos estudantes, inclusive aqueles em tratamento de saúde, seja por conta do acometimento por doença crônica ou por deficiência com comorbidade, entre outras.

Palavras-chave: Educação Especial. Doença crônica. Deficiência com comorbidade. Inclusão escolar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. REVISÃO DE LITERATURA	15
1.1 Crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade: conceituação e caracterização	15
1.1.1 Estudantes com doença crônica.....	15
1.1.2 Estudantes com deficiência com comorbidade.....	22
1.2 Apoios para educação escolar de crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade.....	26
1.3 Crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade e os desafios no processo de escolarização: algumas pesquisas	31
2. MÉTODO	35
2.1 Aspectos Éticos.....	35
2.2 Delineamento de pesquisa.....	35
2.3 Local de pesquisa.....	35
2.4 Participantes.....	36
2.5 Materiais e instrumento de coleta.....	36
2.6 Procedimentos de coletas de dados.....	37
2.7 Análise dos dados.....	39
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
3.1 Cargo/Função dos participantes e locais provenientes dos dados.....	41
3.2 Número de estudantes com doença crônica nos anos de 2017 a 2020	45
3.3 Prevalência de estudantes com doença crônica nos municípios de 2017 a 2020.....	46
3.4 Números de estudantes com deficiência com comorbidade nos anos de 2017 a 2020.....	48
3.5 Prevalência de estudantes com deficiência com comorbidade nos municípios de 2017 a 2020	49
3.6 Afastamentos, consequências e ações em relação aos estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade	51
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	71

APRESENTAÇÃO

A escola sempre fez parte da minha vida, eu lembro que não gostava de faltar de maneira alguma, mesmo doente queria ir para escola, sempre admirei e respeitei bastante os meus professores, um dos motivos que me fizeram querer seguir uma formação para me tornar uma futura docente.

Já o hospital, fez parte indiretamente da minha vida, nunca tive uma doença ou uma condição crônica que me afastasse da escola, mesmo sendo celíaca, doença autoimune causada pela intolerância ao glúten. Mas a minha mãe sempre cuidou de parentes meus, principalmente meus avós, levando e acompanhando em tratamentos e idas constantes aos hospitais.

Em um colégio que estudei, o dinheiro arrecadado na Festa Junina era destinado para algumas instituições da região e eram feitas palestras com alguns alunos para ver a apresentação e a doação do arrecadamento. Quando estava no quinto ano, a antiga quarta série, pelo que eu me lembro, fui chamada a ver e me encantei por uma instituição que é um hospital destinado para crianças e adolescentes para tratamento de câncer. Pensei em um dia trabalhar lá, não como médica, mas com outra profissão.

Passado alguns anos deste marco, quando estava na faculdade, no segundo ano, fiz uma matéria optativa do meu curso chamada “Atendimento Pedagógico Hospitalar”, que destaca uma das áreas que o educador especial pode atuar, além da sala de aula, que é o Hospital.

Esta matéria abriu uma oportunidade no segundo semestre daquele mesmo ano de fazer parte de um Projeto de Extensão oferecido pela minha orientadora para atuar em dois hospitais de São Carlos, interior do estado de São Paulo, no atendimento e acompanhamento pedagógico das crianças internadas.

Gostei bastante de participar, e no começo do ano seguinte, minha orientadora junto com minha corientadora me chamaram para fazer parte de uma pesquisa de Iniciação Científica sobre mapeamento de estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade. Aceitei o convite que foi a ponte para o tema deste trabalho de conclusão de curso.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a educação é um direito de todos, dever do Estado e da família com o incentivo e colaboração da sociedade civil, visando o pleno desenvolvimento das pessoas, com base em um ensino que instiga a igualdade e oportunidades de condições para o acesso e permanência na escola (BRASIL, 1988).

A partir da década de 1990, em muitos países, como o Brasil, começaram a implantar políticas inclusivas que visavam aumentar significativamente o acesso à educação, que foram influenciados por movimentos internacionais. Sendo a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990), elaborada em Jomtien (Tailândia) (UNESCO, 1990), esse marco inicial de projeto de educação em um nível mundial, tendo como visão principal satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003).

No Art. 3º da referida Declaração retrata que nenhum indivíduo deve sofrer qualquer tipo de discriminação no acesso às oportunidades educacionais. Em relação às necessidades básicas de aprendizagem das pessoas com deficiência, ressalta que é preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação de toda e qualquer pessoa com deficiência, como parte integrante do sistema educativo (UNESCO, 1990).

A Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) também foi marco que influenciou o desenvolvimento da educação inclusiva, sendo o Brasil um dos países signatários.

Aquelas deveriam incluir crianças deficientes e superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nômade, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais, e crianças de outros grupos desvantajados ou marginalizados (UNESCO, 1994, p.3).

A Declaração de Salamanca esclarece que as escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Essas condições geram uma variedade de diferentes desafios aos sistemas escolares e nesse contexto, o termo “necessidades educacionais especiais” se refere a todos cujas necessidades educacionais originam em função de alguma deficiência ou dificuldade de aprendizagem em algum momento durante a sua escolarização, levando a escola à busca de diferentes formas de ensinar os estudantes, incluindo aqueles que

possuem desvantagens severas.

No Brasil, no ano de 1990, foi criada a lei nº 8.069, mais conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, assegurando entre outros direitos, o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, de preferência na rede regular de ensino.

A Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional - LDBEN (BRASIL, 1996), tem um capítulo exclusivo para a educação especial, afirmando que quando necessário, serviços de apoio especializado deverão ser realizados na escola regular do aluno, para atender às suas demandas. O atendimento educacional deverá ser realizado em classes, escolas ou serviços especializados, em função das condições específicas dos alunos, sempre que não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular. Devem-se assegurar currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica para atender às necessidades educativas do público.

Em 2001, foi criada a Resolução CNE/CEB nº 2/2001, que instituiu as Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica, em todas as suas modalidades e etapas, e estabelece o Atendimento Educacional Especializado (AEE). No seu Art. 13º, apresenta que

os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio (BRASIL, 2001, p. 4).

A Resolução de 2001 reforçou a preocupação com estudantes doentes que estavam impossibilitados de frequentar a escola. Antes disso, surgiu a Resolução nº 41/1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995), especificamente no nono direito, que garante ao estudante internado: “desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar” (p.1).

As Diretrizes Operacionais para o AEE na Educação Básica, implementada pela Resolução CNE/CEB nº 04/2009, também foi importante para o desenvolvimento de uma educação inclusiva, pois definiu o Público-Alvo da

Educação Especial e potencializa em seu Art. 6º o AEE em ambiente hospitalar ou domiciliar de forma complementar ou suplementar ao ensino para estudantes impossibilitados de frequentar a escola por problemas de saúde (BRASIL, 2009).

Documentos do Ministério da Saúde foram importantes para a garantia de direitos e cuidados para as pessoas com deficiência, como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012); as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013c), além da Política Nacional de atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2018), por exemplos.

A rede de cuidados à pessoa com deficiência tem o objetivo de implantar o acesso e qualificar o atendimento das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), além de promover cuidados em saúde, como trabalhos de reabilitação e desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiência em todas as fases: pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta (BRASIL, 2012).

As diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, norteiam a organização das linhas de cuidado para pessoas com alguma doença crônica, com os objetivos de caracterizar o que são as doenças crônicas, o porquê de organizar a atenção às pessoas com doenças crônicas no SUS, em rede e linhas de cuidado prioritárias. Além dessa organização, tem os objetivos gerais de:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas.
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas.
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.
4. Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2013c, p. 11).

E a Política Nacional de atenção integral à saúde da criança, tem o objetivo de:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018a, art. 2º).

Na população infantil, cerca de 15 a 18% crianças têm alguma doença e/ou

condição crônica e desse total, aproximadamente 5% são persistentes ou recorrentes. O tratamento é caracterizado por envolver muitos contatos com hospitalizações, procedimentos médicos aversivos, estresse e desconforto na criança e em sua família. Segundo uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, entre 1992 e 1994, estimou-se que 6,5% dos menores de 18 anos, tinham uma condição crônica bastante severa que chegava a interferir na participação em atividades normais como a escola (NONOSE, 2009).

É importante ressaltar que no Brasil cresce a população de crianças e adolescentes com doença crônica. Cerca de 9,1% das crianças de 0 a 5 anos; 9,7% de 6 a 13 anos e 11% dos adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população nessa faixa etária têm algum tipo de doença crônica (NOBREGA *et al.*, 2017). Porém, as informações sobre este público nas escolas não são facilmente encontradas ou esclarecidas por diferentes fatores, como a falta de conhecimento das escolas e dos profissionais da educação sobre as doenças crônicas e condições de saúde de seus estudantes.

Considerando o exposto, a pesquisa se debruça para compreensão dos desafios acerca do processo de escolarização de estudantes com doença crônica e/ou com deficiência com comorbidade, primeiramente fazendo uma busca do perfil destes estudantes matriculados em escolas municipais de cidades que pertencem a uma regional de saúde do interior do estado de São Paulo.

Considerando doença crônica parte de um conjunto de condições crônicas que podem ser definidas como aquelas de base biológica, psicológica ou cognitiva, com uma duração longa ou indeterminada. Geralmente não há cura ou apresenta tempo de remissão prolongado, pois existem tratamentos para controle garantindo uma melhor qualidade de vida por meio do cuidado diário. Porém, em alguns casos, podem gerar consequências como: dependência de medicamentos, alimentação restrita, dispositivos tecnológicos ou cuidados. Necessitando muitas das vezes, assistência em serviços de saúde e educacionais (BARROS; LUSTOSA, 2009; DUARTE *et al.*, 2015; NOBREGA *et al.*, 2017).

Além dos estudantes com doença crônica, a presente pesquisa também se preocupa com a escolarização de estudantes com deficiência que apresentam comorbidade. A Lei nº13.146, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), define a pessoa com deficiência como

aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2015, p.1).

A comorbidade se refere à presença de qualquer doença coexistindo adicionalmente, em um paciente, com uma doença ou condição particular. A presença desta doença adicional pode mudar o curso clínico, o período quando a doença é detectada, prognósticos iniciais e os cuidados após o tratamento. Portanto, a comorbidade pode ser definida como a expressão de uma potencialização recíproca, entre dois tipos diferentes de transtorno (RATTO, 2000).

Outros dois termos importantes para conceituar é o de inclusão e de saúde, que podem ser utilizados de diversas formas e sentidos.

A escola deve ser acessível para todos, tendo a criança no centro, devendo os recursos educacionais serem adaptados para suprir suas necessidades. Se referindo assim, a inclusão é esse processo de adaptação da escola para que todos os estudantes encontrem os melhores meios para aprender. Não se trata apenas de ajustar o estudante à escola. E é importante ressaltar que incluir não é só para os alunos com deficiência, mas dar atenção a todos (SKJORTEN, 2013).

A concepção de saúde da antiguidade ao século XXI, é concebida como a ausência de enfermidade, ou seja, doença, deficiência ou invalidez. Estado que revelava o equilíbrio do indivíduo, com referência aos seus meios interno e externo. Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (BVSMS, 2022). A definição está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Podendo dizer que o melhor conceito de saúde, atualmente, é de um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Conviver com uma doença crônica e/ou com uma deficiência com possíveis comorbidades pode afetar o acesso e a continuidade da escolarização, pois impacta na realidade da vida cotidiana, sendo a doença considerada uma ruptura de estilo de vida (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004).

O estudante nestas condições pode ausentar-se da escola, devido às frequentes hospitalizações, aos sintomas e sinais apresentados, ao tratamento e limitações físicas, acarretando atraso e prejuízo de seu aprendizado, o que leva ao

abandono dos estudos (VIEIRA; LIMA, 2002).

A escola por sua vez também enfrenta grande desafio de acompanhar os seus alunos, em suas diferentes condições. Os estudantes com deficiência, algumas vezes, são lembrados e contemplados com adequações necessárias. Entretanto, os alunos com doença crônica não têm recebido oportunidades educacionais adequadas e suas especificidades de saúde respeitadas no ambiente escolar (BRAGA; BONFIM; SABBAG FILHO, 2012).

A condição de adoecimento crônico na infância e na adolescência ocasiona constantes internações e reinternações, pois a cronicidade faz com que os estudantes sejam dependentes de um acompanhamento recorrente nos serviços de saúde e de um suporte multiprofissional, e muitas das vezes, afastando-os do ambiente escolar, essencial para o processo de desenvolvimento cognitivo e social saudável (COHEN; MELO, 2010; FERREIRA *et al.*, 2015).

Diante do que foi apresentado, a pesquisa se justifica pela relevância do tema cujo objetivo foi o de investigar a prevalência de doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em estudantes de municípios pertencentes a uma regional de saúde do interior do estado de São Paulo, bem como de identificar as ações realizadas no contexto escolar para minimizar as dificuldades no processo de escolarização destes estudantes.

O trabalho se organiza em três seções, sendo a primeira a revisão de literatura. A segunda apresenta o método e a terceira, traz os resultados e discussões. A revisão de literatura se divide em três subseções: Crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade: conceituação e caracterização; Tipos de apoios para crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade; e Crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade e os desafios no processo de escolarização: algumas pesquisas. Após o referencial teórico, a segunda seção refere-se ao método, que apresenta o delineamento metodológico, os procedimentos de coleta, bem como a análise de dados. A terceira seção apresenta os resultados e discussões que foram organizados em tópicos. Por fim, foram tecidas as considerações finais.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade: conceituação e caracterização

A infância e a adolescência são fases da vida muito importante para o desenvolvimento de uma pessoa em sociedade. Nessas etapas, a grande maioria passa pelo processo de escolarização, que geralmente segue um fluxo contínuo, porém estudantes com uma doença crônica e/ou com alguma deficiência com comorbidade podem apresentar certos desafios e afastamentos devido à sua condição de saúde.

Uma doença crônica pode afetar o fluxo de vida cotidiano do estudante, causando uma ruptura com o mundo social em que se encontra e o que deveria ser. Seu ritmo de vida é mudado e existem algumas restrições impostas para manter qualidade de vida (SCHNEIDER; MARTINI, 2011).

As crianças e adolescentes com deficiência podem apresentar diversas comorbidades associadas, podendo afetar todo o seu desenvolvimento, principalmente o neuropsicomotor, a sua coordenação motora, além de irritabilidade (agitação) ou distúrbios comportamentais (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

1.1.1 Estudantes com doenças crônicas

Uma gama de condições, gravidades e prognósticos diversos envolve as doenças crônicas. Têm etiologias variadas: metabólicas, autoimunes, inflamatórias, degenerativas, hereditárias, congênitas, infecciosas. Em uma definição mais detalhada, tem a duração ou expectativa de pelo menos um ano e pode produzir pelo menos uma dessas alterações: limitação das funções, atividades ou convívio em comparação às pessoas de sua faixa etária, nas áreas física, emocional, cognitiva, ou de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2014; HEINZER, 1998; THOMPSON; GUSTAFSON, 1996).

A pessoa necessita de cuidados multiprofissionais, dependendo de medicações, dietas especiais, tecnologia médica, aparelhos de suporte e assistência pessoal para minimizar ou compensar as limitações impostas pela doença (NOGUEIRA, 2016; PFRIMER *et al.*, 2018).

Estudos internacionais mostram que aproximadamente 25% das crianças e adolescentes dos Estados Unidos da América sejam afetados por condições

crônicas, sendo as mais comuns na infância: a asma, as alergias, as desordens digestivas, a epilepsia, fibrose cística, doenças hepáticas, câncer e a artrite reumatoide juvenil (VAN CLEAVE; GORTMAKER; PERRIN, 2010; NEWACHECK; HALFON, 1998).

Na busca de material para este trabalho, a pesquisadora percebeu que o Brasil sofre uma certa escassez e atualização de estudos sobre essa temática, e os dados apresentados anteriormente referem-se às pesquisas que foram realizadas há mais de uma década, pertencentes a uma determinada população, podendo ter mudanças no quadro atual em diferentes regiões e perfil populacional no decorrer dos anos. Porém, os dados de prevalência serviram de indicativos para dados nacionais, o que será possível embasar o presente estudo.

Em uma pesquisa de Nonose (2009), realizada em um município no Noroeste do Paraná, na qual analisou e buscou investigar a prevalência de doenças e/ou condições crônicas entre crianças e adolescentes em idade escolar, foram identificadas as seguintes enfermidades: diabetes, hipertensão, anemia, bronquite/asma, alergia, reumatismo, cefaléia, amigdalite, diarreia, otite, problemas mentais, epilepsia, doença renal, cardiopatia, doença no osso, hepatite e câncer.

Algumas das doenças crônicas levantadas no estudo de Nonose serão caracterizadas neste item, além de pesquisas que comprovem a prevalência na infância e/ou adolescência.

Existem duas categorias de doença crônica: as transmissíveis como AIDS, hepatite B e C e tuberculose, e as não transmissíveis como, por exemplo, a asma brônquica, câncer, doenças renais crônicas.

A seguir, especificaremos algumas das doenças crônicas não transmissíveis, utilizadas como critério de apresentação com base nos sistemas que as doenças acometem as crianças e adolescentes, pois este estudo se debruçou em estudá-las e verificar sua prevalência e também trazer dados para discussão de um âmbito social.

As doenças respiratórias crônicas são tanto doenças das vias aéreas superiores como das inferiores, sendo as mais comuns a asma brônquica, a rinite alérgica e a amigdalite aguda (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

A asma brônquica é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo

aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2002).

Estima-se que cerca de 334 milhões de pessoas em todo o mundo são afetados pela asma, sendo representada como a doença crônica mais comum na infância e na adolescência. No Brasil, entre adolescentes, a prevalência média é de 18,5%. A asma compromete a qualidade de vida nestas etapas de desenvolvimento, sendo assim, associa ao absenteísmo escolar, que acaba comprometendo o desempenho acadêmico, como a participação destes estudantes em atividades relacionadas à escola, de uma forma geral (CHONG-NETO *et al.*, 2020; PITCHON *et al.*, 2020).

A rinite alérgica é a inflamação da mucosa nasal, induzida pela exposição de alérgenos, caracterizada por alguns sintomas: obstrução nasal, rinorréia aquosa, espirros e sintomas oculares. Em um estudo colaborativo do *International Study on Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*, em escala mundial, a prevalência de sintomas associados à rinoconjuntivite alérgica, nos 12 meses que antecederam à aplicação do questionário padrão, variou de 2,2 a 14,6% entre crianças de 6 a 7 anos, e de 4,5 a 45,5% entre as idades de 13 e 14 anos (ASHER *et al.*, 2006; BOUSQUET *et al.*, 2001).

Além da rinite alérgica, que é a forma mais comum de rinite crônica, existem mais três subgrupos com base no principal agente etiológico, segundo a Academia Europeia de Alergia e Imunologia. As rinites infecciosas, as quais podem ser agudas, autolimitadas, geralmente causadas por vírus ou bactérias; Rinite não alérgica não infecciosa: um grupo heterogêneo, pacientes sem sinais de infecção e sem sinais sistêmicos de inflamação alérgica; e a rinite mista: expressão significativa em pacientes com rinite crônica, com mais de um agente etiológico, conhecido ou não (HELLINGS *et al.*, 2017).

A alergia é uma resposta imunológica exagerada, que se desenvolve após a exposição a um determinado antígeno e que pode ocorrer em pessoas de forma crônica e previamente sensibilizados a determinadas substâncias, como determinados alimentos, medicamentos, animais, entre outros (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA, 2017).

Muitas reações alérgicas podem ter o componente genético como a causa

maior para o surgimento, mas também existe a possibilidade de algumas alergias surgirem em algum momento da vida da pessoa, quando o sistema imunológico começa identificar determinada substância como um invasor desenvolve um anticorpo, desencadeando assim, uma série de reações e sintomas no indivíduo afetado. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA, 2017).

A Fibrose Cística é uma doença genética autossômica recessiva, crônica e progressiva, com manifestações sistêmicas, comprometendo o funcionamento de vários órgãos e sistemas do organismo, como o respiratório, digestivo e reprodutor (ROSA *et al.*, 2018).

Atualmente existem quase 2.700 brasileiros com Fibrose Cística, e um a cada 10 mil nascimentos sofrem com a doença no Brasil, sendo considerada a doença grave mais comum da infância, podendo ser identificada através do Teste do Pezinho, com amostras colhidas até 30 dias de vida do recém-nascido, e o exame que confirma casos suspeitos é o Teste do Suor (GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE FIBROSE CÍSTICA, 2020; SCHNEIDERS, 2020).

A otite média é uma das infecções mais comum na infância e diagnosticada pelos pediatras, é o resultado da interação de múltiplos fatores de risco, como: infecções virais ou bacterianas, fatores anatômicos, deficiência imunológica, alergias, amamentação, predisposição familiar, fatores sociais (creche), estação do ano, uso de chupeta, refluxo e infecções das adenóides. Pode ser classificada como aguda, recorrente e secretora (PEREIRA; RAMOS, 1998).

Estudos mostram que 50% das crianças com um ano de idade apresentam pelo menos um episódio de otite, entre um a três anos de idade, 35% destas crianças apresentam otites de repetição e esses episódios podem causar transtornos fonológicos nas crianças, prejudicando o seu desenvolvimento. Além disso, cerca de 80% das crianças até oito anos de idade têm pelo menos um episódio de otite média secretora.

A perda auditiva causada pela otite faz que alguns sons se tornem inaudíveis, alterando a percepção e/ou a produção da fala da criança e até mesmo pode ocasionar dificuldades na aprendizagem (BALBANI; MONTOVANI, 2003; WERTZNER; PAGAN; GURGUEIRA, 2009).

A amigdalite aguda é normalmente, uma infecção viral ou bacteriana nas amígdalas. Ocorre com frequência nas crianças, principalmente em idade escolar, sendo rara antes dos três anos, pois é nesse período que os agentes patogênicos

são experienciados pela primeira vez através da boca (YANG, 2019).

A cefaleia é um dos sintomas mais comuns da espécie humana e, na infância, é uma das principais queixas nas clínicas pediátricas e neuropediátricas. Podendo ser divididas entre três principais categorias diagnósticas: a aguda, crônica recorrente e crônica progressiva (ARRUDA, 1997)

A cefaleia aguda não é sentida anteriormente pela criança e sua intensidade se agrava rapidamente no decorrer de minutos ou horas, sendo as causas mais frequentes: sinusites, otites e mastoidites; distúrbios dentários; distúrbios oftalmológicos; meningites e encefalites; e hipertensão arterial. Já a cefaleia crônica recorrente é a enxaqueca e a cefaleia do tipo tensional episódica, que ocorrem em ataques, como a migrânea e a tensional episódica.

E a cefaleia crônica progressiva é quando a criança visita frequentemente o neurologista devido a uma enxaqueca e os pais suspeitam de uma doença mais grave associada, por exemplo, um tumor cerebral, o que é realmente raro na infância. Porém, se a cefaleia tem início há menos de seis meses, com piora progressiva da intensidade e frequência dos ataques, a hipótese deve ser considerada (ARRUDA, 1997).

O sistema endócrino é o principal mecanismo pelo qual o corpo transmite informações entre diferentes células e tecidos. O termo “endócrino” refere-se à secreção de hormônios, que são substâncias químicas secretadas por uma glândula transportada pela corrente sanguínea com função de regular uma parte específica do corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA ESTADO DE SÃO PAULO, 2020). Algumas doenças endócrinas crônicas são: Diabetes Mellitus, obesidade infantil e problemas na tireoide.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, caracterizada por hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos mecanismos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017). Os três tipos principais são DM tipo 1, DM tipo 2 e DM gestacional.

A DM do tipo 1 frequentemente é diagnosticada na infância ou na adolescência, afetando igualmente homens e mulheres. É uma doença autoimune, poligênica, decorrente da destruição das células beta pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina.

Já a DM do tipo 2, acomete mais os adultos, embora haja aumento na sua incidência em crianças e adolescentes. É uma doença poligênica, com forte herança

familiar e sua ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais, que acarreta a perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Não se tem um consenso em relação à definição da obesidade infantil, por conta de não haver unanimidade nos métodos de avaliação. Porém, define-se a obesidade como um fenótipo, pois é um grupo heterogêneo de diversas causas e não apenas uma desordem singular. A obesidade é uma doença grave podendo acarretar riscos à saúde do indivíduo com infartos, acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial e dislipidemia (FRANCISCHI *et al.*, 2000; LEÃO *et al.*, 2003).

A tireoide é uma glândula que regula a função de alguns órgãos importantes, garantindo o equilíbrio no organismo. Atua diretamente no crescimento e desenvolvimento da infância e da adolescência, na regulação dos ciclos menstruais, na fertilidade, no peso, na memória, na concentração, no humor e controle emocional.

A tireoide pode não funcionar corretamente, liberando hormônios em quantidade insuficiente (Hipotireoidismo) ou em excesso (Hipertireoidismo), podendo ocorrer esses problemas em qualquer etapa da vida (DEPARTAMENTO DE TIREOIDE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2020).

A Doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo na infância, ela é pouco frequente antes dos cinco anos, mas aumenta na adolescência e tem um pico máximo entre 11 e 15 anos, o sexo feminino é cinco vezes mais afetado do que o masculino (SANDRINI *et al.*, 2001). Já a Tireoidite de Hashimoto é uma doença autoimune, sendo a principal causa de bócio e hipotireoidismo em crianças e adolescentes. Sua incidência e prevalência nestas fases tem sido estimada em 0,1 a 1% (SZELIGA *et al.*, 2002).

A anemia é definida como a condição em que a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal, podendo ser determinada por vários fatores. A maioria dos casos acontece em função da deficiência de ferro, mas também pode ser relacionada às deficiências de fosfato, vitamina B12 ou vitamina A, inflamação crônica e doenças hereditárias (BRASIL, 2016).

Uma pesquisa no Brasil estimou a prevalência de 20,9% de anemia entre crianças menores de 5 anos, porém outros estudos brasileiros mostram uma oscilação de 36,4% a 47,8% entre menores de 5 anos e 47,8% a 54% entre menores

de 3 anos (CASTRO *et al.*, 2011).

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos vizinhos (INCA, 2019). O câncer infanto-juvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os mais comuns na infância e na adolescência são: as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), os que atingem o sistema nervoso central e os linfomas (INCA, 2021).

A doença renal crônica é uma síndrome clínica decorrente da lesão renal progressiva, de etiologia diversificada, por um período maior de três meses. É caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem alterações do ritmo de filtração glomerular (HOSTETTER; RENNKE; BRENNER, 1982; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

Estudos internacionais supõem que a incidência anual da doença renal crônica terminal na população infantil permanece entre 5 e 15 pacientes por milhão e com prevalência entre 22 e 62 pacientes por milhão, mesmo representando um número menor em relação à população adulta a taxa de mortalidade é 30 a 150% maior do que a da população pediátrica geral e a expectativa de vida para uma criança de zero a 14 anos em diálise é de somente 20 anos (SOARES *et al.*, 2008).

A epilepsia é uma das desordens mais comuns do cérebro, afetando cerca de 50 milhões de pessoas no mundo. Na população pediátrica, se apresenta em 18,5 em cada 1000 crianças, já que é um distúrbio crônico caracterizado pela presença de crises epiléticas recorrentes além de um período de vinte e quatro horas, resultantes de uma descarga excessiva de neurônios em determinada área do encéfalo sem que haja um fator desencadeante agudo ou imediato, tais como condições tóxico-metabólicas e febris, repercutindo na cognição, linguagem e na escolarização da criança epilética (MOURA *et al.*, 2014).

A artrite reumatoide juvenil é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que se inicia até os 16 anos de idade e se caracteriza pela presença de artrite crônica em uma ou mais articulações e outros órgãos, como: a pele, os olhos e o coração. A incidência dela é desconhecida no Brasil, mas dados provenientes de países da América do Norte e da Europa indicam que cerca de 0,1 a 1 em cada 1.000 crianças têm essa doença (RAMOS *et al.*, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2019).

Todas as condições das doenças crônicas mencionadas anteriormente podem trazer complicações de saúde, bem como todo o desenvolvimento do estudante, no que se refere aos aspectos sociais, culturais e educacionais.

Assim, conhecer o diagnóstico clínico é importante para que os profissionais da escola, bem como os demais possam ficar atentos aos sinais de sobrecarga física, emocional, escolar e como é possível pensar em alternativas viáveis para que o estudante continue seu processo de escolarização, uma vez que o direito à educação é inerente para todos.

1.1.2 Estudantes com deficiência com comorbidade

A pesquisa, também tem o foco nos estudantes que possam ter alguma deficiência ou Transtorno do Espectro do autismo (TEA) e que devido à deficiência podem apresentar alguma comorbidade.

Entende-se por comorbidade a presença de qualquer doença coexistindo de forma adicional com uma doença ou condição particular em uma pessoa (RATTO, 2000).

A Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, considera a pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Segundo o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, a deficiência física pode ser definida como:

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004, p.1).

A pessoa com deficiência física, pode ter como comorbidades predominantes associadas: as doenças crônicas não transmissíveis, sendo as mais comuns a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, além de dor neuropática ou no coto e infecção urinária (NOGUEIRA, 2016).

A Paralisia Cerebral (PC), é um dos mais importantes e mais frequentes

problemas neurológicos, acarretando deficiência física e/ou intelectual em uma pessoa (PETEAN; MURATA; 2000).

A pessoa com PC pode apresentar um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, atribuído a um distúrbio não progressivo que acontece durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa (BRASIL, 2013a).

A desordem motora pode ser acompanhada por distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e comportamental, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários, além de ocasionar várias modificações decorrentes da encefalopatia (ROSENBAUM *et al.*, 2007).

As crianças com PC podem ter comorbidades ligadas ao sistema gastrointestinal, como: refluxo gastroesofágico; ao sistema respiratório: a aspiração pulmonar; ao sistema osteoarticular, é mais comum apresentarem graus variáveis de espasticidade em diferentes grupos musculoesquelético; a epilepsia, que ocorre em cerca de 30% dos pacientes com PC; as anormalidades da visão tem um índice de 40% nas crianças (MARANHÃO, 2005).

A deficiência auditiva ou surdez se caracteriza pela diminuição da capacidade de percepção normal dos sons, podendo ser a perda bilateral, parcial ou total (BRASIL, 2004). É importante destacar que a identificação da pessoa como surdez ou com deficiência auditiva, vem como uma questão de identidade.

Muitos adultos, principalmente aqueles que apresentam perda auditiva de leve a moderada, que não se consideram totalmente surdos, se autodenominam como deficiente auditivo. Já entre as crianças e adolescentes e particularmente entre aqueles que apresentam perdas auditivas severas e profundas, assumem a sua própria surdez, rejeitando o termo “deficiente”, que remete um conceito de déficit, preferindo assim, a identidade como surdo (REDONDO, 2000).

A perda auditiva é considerada uma das condições que pode trazer dificuldades para o convívio social do indivíduo, pois interfere na comunicação interpessoal, na linguagem e nas atividades de aprendizagem. E tem como comorbidades associadas à perda auditiva: a otite média, a diabetes, a hipertensão arterial sistêmica, o reumatismo e a depressão (CHIARI *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2018).

Uma pesquisa brasileira constatou que no sudeste, das crianças afetadas,

aproximadamente 55% tem perda auditiva leve nas frequências de fala e a prevalência de otite média crônica em idade escolar é de 0,94% (BALBANI; MONTOVANI, 2003).

A deficiência visual se refere ao espectro desde a cegueira, a qual a acuidade visual é igual ou menor 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Até a visão subnormal/baixa visão, que se refere a acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Também inclui os casos, os quais ambos os olhos forem iguais ou menores que 60° na somatória da medida do campo visual ou na ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2004; GIL, 2000).

Uma das principais causas de cegueira, que pode ser evitável na infância é a retinopatia da prematuridade, que é uma doença caracterizada clinicamente pela proliferação anormal de vasos da retina imatura de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer. As comorbidades associadas à ela, são: a função pulmonar comprometida (síndrome do desconforto respiratório e outras doenças crônicas pulmonares), hemorragia intraventricular, anemia e candidemia (SOUZA *et al.*, 2018).

A Deficiência Intelectual (DI) é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, originadas antes dos 18 anos, evidente em habilidades conceituais, sociais e práticas, como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho (BRASIL, 2004; LUCKASSON *et al.*, 2002).

Na DI, é frequente a ocorrência concomitante de condições mentais, médicas, físicas e do neurodesenvolvimento, com taxas de algumas condições 3 a 4 vezes mais altas que na população em geral. Alguns dos transtornos mentais e do neurodesenvolvimento comórbidos mais comuns são os associados com a comunicação, o sensorial, a aprendizagem, de controle de impulsos, neurocognitivo e motor, como o transtorno do movimento estereotipado (com ou sem comportamento auto lesivo) (APA, 2014).

Faz parte da DI, a síndrome de Down (SD), que é uma alteração genética produzida pela presença de um cromossomo a mais, o par 21, sendo conhecida também de Cromotrissomia 21.

A SD afeta o desenvolvimento do indivíduo, pode associar com

comorbidades: a cardiopatia congênita, problemas de audição e de visão, distúrbios da tireoide, problemas neurológicos, obesidade e envelhecimento precoce (COOLEY; GRAHAM, 1991; FUNDAÇÃO SÍNDROME DE DOWN, 2020).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é o transtorno mais conhecido do desenvolvimento, que segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) se caracteriza por:

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (APA, 2014, p. 31).

O TEA é regularmente associado com comprometimento intelectual e transtorno estrutural da linguagem, mas muitos indivíduos com o espectro apresentam sintomas psiquiátricos que não fazem parte dos critérios de diagnóstico do transtorno. As comorbidades associadas mais comuns são os transtornos: de déficit de atenção e/ou hiperatividade (TDAH), de ansiedade e depressivos (APA, 2014).

Outras comorbidades são as dificuldades específicas de aprendizagem, assim como o transtorno do desenvolvimento da coordenação. As condições médicas incluem epilepsia, distúrbios do sono e constipação. As pessoas com TEA podem ter preferências alimentares extremas e reduzidas, o que é bastante frequente, podendo desenvolver um transtorno alimentar restritivo/evitativo (APA, 2014).

Bianchini e Souza (2014) realizaram uma revisão sistemática por meio de base internacional, que analisou 499 artigos sobre a temática do autismo e as comorbidades associadas e conforme o que foi apresentado no DSM-V (APA, 2014) confirma as comorbidades mais comuns, sendo elas a epilepsia, distúrbio do sono, TDAH, ansiedade, estereotipia, comportamento infrator e DI. Além de também ser achado em alguns artigos, a deficiência auditiva associada.

No TEA, existem diversas possíveis comorbidades associadas, que podem ser neurológicas. Porém, o campo de conhecimento das comorbidades ainda é pouco aprofundado, e ainda estão em estruturação inicial os estudos sobre o assunto, em especial no campo educacional.

No espectro, existem diferentes graus de comprometimento, exigindo demandas curriculares tênues, mas fundamentais para o processo de inclusão. O

estudante com TEA e comorbidades associadas, acaba necessitando de maior aparato que perpassa por demandas múltiplas, que vai de princípios curriculares às práticas de autocuidados (GODIM; SOBRAL, 2019).

Finalizando a presente seção, na qual foram contextualizadas e caracterizadas as doenças crônicas mais comuns na infância e na adolescência, além de também trazer as comorbidades associadas com as deficiências e o TEA, por meio de pesquisas relacionadas com o tema. A seção seguinte apresentará os tipos de apoios que existem para esses estudantes em período de afastamento e para seu retorno na instituição de ensino.

1.2 Apoios para educação escolar de crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade

A vida do estudante com doença crônica precisa se reorganizar dentro de suas novas possibilidades, principalmente em sua escolarização, já que a doença, o tratamento e os efeitos colaterais interferem no seu desempenho, dificultando sua frequência às aulas e sua adaptação escolar, não somente por aspectos médicos, mas também, por conta dos efeitos secundários, sendo um indicador do desajustamento social ou até depressão (NONOSE, 2009; SCHNEIRDERL; MARTINI, 2011).

A escola é compreendida pelo cenário ideal para oportunizar as habilidades de socialização e cognição, contribuindo para o desenvolvimento das potencialidades dos estudantes. Mas em meio às constantes hospitalizações, as crianças e os adolescentes se enxergam afastados do ambiente escolar. Ficar à margem desse espaço de vivência pode ser doloroso ao estudante hospitalizado, que necessita ser produtivo e com atividades parecidas aos demais da sua idade. No caso de doenças crônicas, passam um longo período ou com interrupções na sua frequência e longe desse processo de escolarização, o estudante pode abandonar a escola e a escola abandonar o estudante (FERREIRA *et al.*, 2005; HOLANDA; COLLET, 2011; PINTO *et al.*, 2017).

Para que esse abandono não aconteça, de acordo com a Constituição Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), o acesso à escola de educação básica é considerado obrigatório e promover a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola. Com o intuito de evitar a interrupção da escolarização desses estudantes, em função das internações, o ECA (BRASIL, 1990) e a

Resolução nº 41/ 1995 dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Hospitalizados (BRASIL, 1995), começaram o debate de políticas públicas para esse público, visando crianças e adolescentes hospitalizados como sujeitos de direitos (HOLANDA; COLLET, 2011).

A Resolução CNE/CEB nº 2 (BRASIL, 2001) institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica:

Art. 13. Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio. § 1º As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular. § 2º Nos casos de que trata este Artigo, a certificação de frequência deve ser realizada com base no relatório elaborado pelo professor especializado que atende o aluno (BRASIL, 2001, p.4).

A atendimento educacional especializado (AEE) destinado aos estudantes impossibilitados de frequentar a escola deve estar vinculado aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias de Educação, como também às direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam (BRASIL, 2002).

Na Resolução CNE/CEB nº 4/2009, que institui as Diretrizes Operacionais para o AEE na Educação Básica, na modalidade de Educação Especial, no Art. 6º especificamente indica que em casos de AEE em ambiente hospitalar ou domiciliar, esse atendimento deverá ser ofertado aos alunos, pelo seu respectivo sistema de ensino de forma complementar ou suplementar (BRASIL, 2009).

A Lei nº 13.716 de 24 de setembro de 2018, altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, e assegura essa modalidade de atendimento educacional, como dever do Estado com a educação escolar pública:

Art. 4º-A. É assegurado 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, 2018b, p.1).

O AEE, tratado na resolução, pode ter o entendimento de que é um serviço

ofertado pela Classe Hospitalar ou pelo atendimento pedagógico domiciliar. A classe hospitalar é entendida como uma possibilidade de atendimento educacional dentro dos hospitais, vinculada, administrativa e pedagogicamente, a uma rede de ensino, com o objetivo de promover o acesso à educação escolar ao aluno em idade para frequentar o Ensino Fundamental ou Médio, assegurando um currículo flexível à condição do aluno e contribuindo para o seu retorno e reintegração ao ambiente escolar. É também assegurado o acesso ao ensino regular, àqueles não matriculados no sistema educacional (BRASIL, 2002).

As classes hospitalares são ambientes projetados com a missão de favorecer o desenvolvimento e a construção do conhecimento de alunos, cuja condição clínica ou de cuidado em saúde interfiram na permanência ou que impeçam a frequência escolar, temporária ou permanente, respeitando suas capacidades e necessidades educacionais especiais individuais (BRASIL, 2002).

Se configuram como um serviço de cunho educativo de maior expressividade nos hospitais brasileiros, prevendo a assistência educativa às crianças internadas em situação de risco educacional, ao fracasso escolar e à evasão escolar (LIMA, 2011).

No Brasil, o atendimento hospitalar pode se desenvolver na enfermaria, no quarto de isolamento ou até mesmo em uma sala específica de classe hospitalar ou utilizar os espaços cedidos pelo Hospital para realizar os atendimentos educacionais, o ambiente que melhor se adequar às restrições impostas ao educando por sua condição clínica ou aquela que seu tratamento exige (BRASIL, 2002).

No estado de São Paulo, este atendimento deve ser adequado às necessidades dos alunos e às especificidades do atendimento realizado, podendo ser de forma individual ou em pequenos grupos, no leito hospitalar, no ambulatório ou na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (SÃO PAULO, 2016).

Outra modalidade de atendimento educacional, baseada em uma pedagogia hospitalar é o atendimento pedagógico domiciliar, que ocorre no domicílio do aluno, em casas de apoio, casas-lar e/ou estruturas de apoio à sociedade, por conta da condição clínica ou da exigência de atenção integral à saúde do estudante (BRASIL, 2002).

Nessa modalidade de atendimento domiciliar, o professor vai até o domicílio do aluno, o qual disponibiliza condições para o acesso ao currículo, a igualdade de

aquisição de conhecimentos e permanência do aluno na escola. Torna-se mediador assegurando o desenvolvimento intelectual, auxiliando na apropriação dos conteúdos das disciplinas do ano escolar, contribuindo para minimizar o estresse causado pela situação da doença. Isso ocorre, pois este atendimento oferece atividades semelhantes às realizadas pelos colegas de turma, podendo favorecer na redução no período de recuperação da saúde (BRANDÃO, 2011).

Seja na classe hospitalar ou no atendimento pedagógico domiciliar segue um modelo de educação inclusiva, enquadrado nos moldes da Educação Especial, já que a situação do estudante enfermo exige uma forma de trabalho diferenciado com materiais e conteúdos didático-pedagógicos adaptados às necessidades e possibilidades do educando (SILVA; FARAGO, 2014).

Porém, vale a pena ressaltar que embora a legislação reconheça o direito do estudante receber estes tipos de atendimento, esta oferta ainda é bastante restrita, o que não garante a todos esses direitos, gerando desigualdades (AROSA, 2009).

Outra adaptação que muitos estudantes enfermos precisam passar é a do retorno ao ambiente escolar, ao ensino regular, o qual varia de acordo com as necessidades do educando, contemplando desde a eliminação de obstáculos físicos, até os cuidados pessoais e com a alimentação (AROSA, 2009).

Pode ser que haja também a desmotivação para frequentar a escola. Por isso é necessário identificar situações facilitadoras para o ajustamento e aprendizagem destes alunos com oportunidade de aulas de reforço, na tentativa de amenizar as dificuldades no retorno às aulas (VIEIRA; LIMA, 2002).

A inclusão no ensino regular traz incertezas não apenas para o estudante com doença crônica, mas também para o professor, cuja formação não inclui o conhecimento e a compreensão das necessidades singulares do aluno que passa por longos períodos de hospitalização e várias interrupções das atividades diárias. Portanto, é necessário rever a organização da escola com concepções de ensino inovadoras que não remetam ao fracasso e às incapacidades, havendo se possível a intersectorialidade entre as áreas de educação e saúde com objetivo de oferecer atenção integral e compreender o estudante no seu processo de desenvolvimento (ALBERTONI; RABAÇA, 2015).

Focando no estado de São Paulo, existe a Resolução SE nº 71 de 22 de dezembro de 2016, referente aos alunos que necessitam de um atendimento escolar no ambiente hospitalar, que dispõe desse serviço e dá providências correlatas

referindo à importância de definir e implementar ações que promovam um atendimento de forma eficiente e adequada às características e expectativas desses alunos, além de atividades apropriadas ao desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à reintegração social (SÃO PAULO, 2016).

No Art. 1º da resolução, especifica que o AEE em ambiente hospitalar é destinado às crianças e adolescentes em idade escolar, impossibilitados de acompanhar as aulas, em razão de problema de saúde que resultem internação hospitalar ou atendimento ambulatorial contínuo para tratamento de doenças crônicas que dificultam seu comparecimento regular à escola. O AEE é assegurado pelo período que for necessário, desde que o período de internação para tratamento do aluno seja superior a 15 dias (SÃO PAULO, 2016).

Segundo a Lei nº 16.925, de 19 de janeiro de 2019, do governo do estado de São Paulo é vedada qualquer discriminação à criança e ao adolescente com deficiência ou doença crônica nos estabelecimentos de ensino, creche ou similares, em instituições públicas ou privadas. A instituição deverá capacitar seu corpo docente e equipe de apoio para acolher o estudante com essas condições propiciando-lhe a integração e o lazer que sua condição pessoal possibilite (SÃO PAULO, 2019).

O estudante com deficiência com ou sem comorbidade deve também receber um atendimento educacional especializado pensado em atender às suas necessidades, a garantia de acesso e apoio à aprendizagem, bem como à sua continuidade por meio das Salas de Recursos, que atende os alunos matriculados em classe comum no contraturno, de acordo com sua necessidade, podendo ser das áreas de deficiência auditiva, física, intelectual, visual, múltipla ou TEA.

Ou também pode ocorrer pelo atendimento itinerante, em que o professor especializado em Educação Especial desloca-se até a escola onde o aluno está matriculado para oferecer o atendimento conforme as necessidades apresentadas (SÃO PAULO, 2021).

Finalizando essa subseção, foram apresentados os apoios oferecidos para os estudantes com doença crônica e/ou com deficiência com comorbidade pelo sistema de ensino brasileiro, seja em período de afastamento ou retorno à instituição. Na subseção seguinte serão apresentadas pesquisas relacionadas aos processos e desafios da escolarização de crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade.

1.3 Crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade e os desafios no processo de escolarização: algumas pesquisas

É importante promover debates e observar o que as pesquisas dizem sobre as pessoas com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade, principalmente em relação às crianças e adolescentes que são o foco desta pesquisa. Algumas pessoas têm deficiência por conta de doenças crônicas outras têm deficiência não causada por doenças, mas por conta desta condição podem ter como consequência alguns problemas crônicos de saúde, as comorbidades (NOGUEIRA, 2016).

As pesquisas escolhidas foram coletadas através de buscas pelos bancos de dados confiáveis como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico e os periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de palavras de busca com relação ao tema retratado.

Algumas pesquisas apresentadas têm como foco a infância e a adolescência de estudantes com alguma doença crônica e/ou deficiência com comorbidade, principalmente seu processo de escolarização: os desafios que passam, os profissionais, o afastamento e que medidas foram utilizadas para diminuir os prejuízos educacionais por conta das internações e do tratamento de saúde prolongado.

Segundo Schneider e Martini (2011), os adolescentes que são acometidos por uma doença crônica necessitam reorganizar sua vida dentro de suas novas possibilidades. Um aspecto frequente é a sua escolarização, já que muitas doenças necessitam de tratamento contínuo e seus efeitos colaterais podem interferir no desempenho escolar, afetando sua frequência às aulas e sua adaptação escolar.

Em uma pesquisa de 2009, realizada no Hospital Universitário Federal de Santa Catarina, localizado em Florianópolis, na Unidade de internação Pediátrica e no Ambulatório de Pediatria, participaram 11 adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos com diagnóstico de doença crônica. Pelos relatos, eles se mostravam tristes ao falar dos períodos de afastamento escolar em razão do adoecimento e se preocupavam com a perda do ano letivo, sendo um acontecimento frequente no cotidiano deles, e também por não encontrarem alternativas ou formas disponíveis para continuar desenvolvendo seus estudos durante o período de internação (SCHNEIDER; MARTINI, 2011).

Nesta mesma pesquisa, Schneider e Martini (2011) reforçam que a escola é um espaço marcante na vida dos adolescentes, sendo um espaço de vários tipos de aprendizagens e de relacionamentos interpessoais, além de proporcionar a experimentação da formação da identidade para além da família, exercendo um papel significativo na transição de desenvolvimento da infância para adolescência.

A pesquisa também apontou depoimentos acerca da ocorrência no cotidiano devido aos decorrentes cuidados exigidos, que a curto e a longo tempo levam a sérias dificuldades no acompanhar do ano escolar, devido aos afastamento do ambiente escolar, em função da hospitalização. Outro ponto é a falta de conhecimento e participação da escola para sanar ou diminuir as dificuldades enfrentadas por estes adolescentes.

Holanda e Collet (2011) fizeram uma pesquisa com os pais de crianças com doenças crônicas que frequentavam escolas públicas, municipais ou estaduais, e das dez presentes no estudo apenas uma não estava estudando. A duração de internação no hospital era variável, mas a que permaneceu maior tempo internada foi o período de nove meses e a de mínimo tempo de internação, foi de cinco dias.

A média geral do período de internação das crianças era de 15 a 30 dias, com exceção daquelas que eram internadas mensalmente, o período de hospitalização era de oito dias. As doenças crônicas que as crianças apresentavam tinham quadros que implicavam em reinternações periódicas e até mesmo prolongadas, porém não eram impeditivas ao ato de estudar. Das dez crianças, seis se encontravam defasadas quanto à sua escolaridade e as demais, por descobrirem o diagnóstico recentemente, ainda não estavam sentindo as limitações e implicações impostas pelas suas condições.

Em uma pesquisa sobre avaliação do estado de saúde de 69 crianças e adolescentes com deficiência, em uma Associação em um município de Pernambuco, os autores constataram que as crianças tinham mais de um tipo de comorbidade associada. No que diz a respeito às deficiências e transtornos mais frequentes estão: TEA, Paralisia Cerebral, síndrome de Down, TDAH, deficiência auditiva, microcefalia, encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido, hidrocefalia e Retardo do Desenvolvimento Neuropsicomotor (RDNPM), síndrome de West, síndrome de Edward, tetraplegia espástica e transtorno afetivo bipolar.

As comorbidades relacionadas à deficiência que se destacaram neste estudo foram: coordenação motora, irritabilidade/agitação, distúrbios comportamentais,

problemas cognitivos, problemas ortopédicos, problemas visuais, crises epiléticas, hiperatividade, comunicação, déficit de atenção e interação social. E a especialidade mais requerida pelas crianças com comorbidade associada e disponíveis na Associação, destaca a pedagógica, em primeiro lugar, seguida pela psicológica, fisioterapêutica, fonoaudiológica, arteterapia e hidroterapia. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa realizada no município do Noroeste do Paraná traz o questionamento que as escolas enfrentam números crescentes dos estudantes com doenças crônicas e/ou condições crônicas de saúde, sendo este grupo mais provável de terem dificuldades acadêmicas, sociais e emocionais. Por meio da aplicação de um questionário estruturado dirigido aos pais para identificação destas doenças ou condições, dos retornados, selecionaram quinze crianças para os pais e professores delas responderem uma entrevista.

Os resultados indicaram uma prevalência de 60% dos estudantes com uma ou mais condições crônicas de saúde. Sobre a inclusão deste aluno, apenas quatro dos professores entrevistados relataram algum tipo de dificuldade, citando a falta de preparação e/ou orientação dos professores em lidar com estas situações específicas e garantir a aprendizagem.

Os dados da pesquisa, indicam a necessidade de investimentos na formação e na articulação da escola com serviços de saúde para que concretize uma educação equitativa, para a construção de uma concepção mais integrada e crítica da educação, capaz de nortear ações coletivas e planejadas conforme a realidade social. Deve-se garantir o acesso e permanência para todos os estudantes, criando comunidades acolhedoras e inclusivas (NONOSE, 2009).

Em um estudo de Peixoto e colaboradores (2020), realizado na cidade de Aracaju-SE, com 240 crianças e adolescentes com PC, a partir das respostas de um questionário proposto aos responsáveis, descreveu-se a prevalência da PC e suas comorbidades. A PC do tipo espástica quadriparética foi a mais frequente, porém neste estudo é importante destacar que 30% dos respondentes desconhecem o tipo de PC, por conta de informações insuficientes nos diagnósticos, mas a comorbidades referida na maioria dos casos foi a epilepsia, seguida de déficits intelectuais, visuais, auditivos e distúrbios do comportamento.

Pesquisas publicadas em Uganda e também na Noruega foram observadas que a PC espástica quadriparética é mais frequentemente, igualmente as comorbidades mais comuns são a epilepsia e dificuldades de aprendizagem

(PEIXOTO *et al.*, 2020).

Na pesquisa de Medeiros e Oliveira e Silva (2021), que realizou entrevistas com estudantes com Paralisia Cerebral que vivenciaram ou ainda vivenciam experiências sucessivas de hospitalizações e que foram e/ou conheciam a estrutura do atendimento escolar, dos 12 estudantes hospitalizados, apenas cinco deles quiseram participar, na faixa etária de 15 a 25 anos, que é a fase que frequentaram escolas regulares e/ou universidades.

Foi destacado que o atendimento educacional no hospital, que busca a garantia da manutenção do aluno com a escola, ainda tem uma pequena oferta, e precisa ser garantido a todos que necessitam dele. Quando o assunto é a inclusão de alunos com PC na escola, a pesquisa de Sanchez, Almeida e Gonçalves (2017) destaca a importância de mudanças nas estruturas física, instrumentais e metodológicas para que, indiretamente, possa de fato beneficiar todos os alunos, principalmente a utilização de recursos de Tecnologia Assistiva, que auxiliam a maior independência e autonomia do aluno na escola, garantindo e promovendo o acesso aos conteúdos escolares (SANCHEZ; ALMEIDA; GONÇALVES, 2017).

O presente estudo se justifica, uma vez que busca informações acerca da prevalência de doenças crônicas e deficiência com comorbidade no contexto de escolas municipais, identificando quais foram as ações necessárias para minimizar as dificuldades encontradas no processo de escolarização de crianças e adolescentes que apresentem essas condições.

Assim, o objetivo da pesquisa foi o de investigar a prevalência de doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em estudantes de municípios pertencentes a um Departamento Regional de Saúde do interior do estado de São Paulo, bem como de identificar as ações realizadas no contexto escolar para minimizar as dificuldades no processo de escolarização destes estudantes.

2. MÉTODO

2.1 Aspectos Éticos

A presente pesquisa se insere no projeto maior intitulado “Desafios e possibilidades para continuidade da escolarização de estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em municípios do interior do estado de São Paulo”, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob o CAEE 07659319.4.0000.5504.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado para os responsáveis das Secretarias/Departamentos de Educação dos municípios participantes e funcionários do corpo escolar das escolas municipais via e-mail. O TCLE estava acessível no questionário online anexado.

2.2 Delineamento de pesquisa

Este estudo é descritivo-exploratório. Descritivo, pois tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e também exploratório, já que tem como preocupação identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2008).

Tem uma abordagem quali-quantitativa, já que traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, focando na mensuração de fenômenos, envolvendo a coleta e análise de dados numéricos e aplicação de testes estatísticos, além de também fazer uma relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos que não podem ser traduzidos em números, realizando desta forma a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados (COLLIS; HUSSEY, 2005; GIL, 2006).

2.3 Local de pesquisa

A pesquisa ocorreu de forma virtual, por meio de e-mails e telefonemas para as Secretarias/Departamentos de educação e escolas dos municípios pertencentes a um Departamento Regional de Saúde (DRS) do interior do estado de São Paulo, que integra 24 municípios. Vale ressaltar que houve contato com 23 municípios, sendo que apenas um não participou deste estudo, uma vez que os dados deste município fez parte de outra pesquisa.

Os DRS são responsáveis em âmbito regional por coordenar as atividades da

Secretaria de Estado da Saúde e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2021), o que permite o desenvolvimento de ações mais adequadas à nova realidade do sistema de saúde e tem como uma das finalidades contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando, organizando e gerenciando o sistema de saúde local regional (SÃO PAULO, 2006).

2.4 Participantes

Os participantes deste estudo foram profissionais da área de Educação relacionados às Secretarias/Departamentos Municipais de Educação ou das Instituições de Ensino Municipal que responderam ao instrumento de coleta de dados, totalizando 12 profissionais de 9 municípios.

Quatro Diretores/as de escolas, quatro coordenadores/as pedagógicos/as, uma professora, um gerente de Educação Especial, uma supervisora técnica de Educação e um Gestor Pedagógico.

2.5 Materiais e instrumento de coleta

Os materiais para coleta de dados utilizados foram: computador com acesso à internet para o armazenamento dos dados; um celular para fazer as ligações às escolas e secretarias municipais, para informar e convidar a participar da pesquisa, além de saber o e-mail para envio do questionário online; anotações pessoais em papel de registros telefônicos e e-mails informados; planilha do *Microsoft Excel* para registrar os dados das secretarias (nome dos responsáveis, número telefônico, e-mail e site da prefeitura).

O instrumento utilizado foi um questionário online (APÊNDICE A) voltado para as Secretarias Municipais de Educação e para as escolas municipais. Foi utilizado o *Google* Formulário, que segundo Ribeiro (2008) por ser uma técnica que garante a criação de questões padronizadas e objetivas de fácil pontuação, deixa em aberto o tempo para os participantes pensarem sobre as respostas e facilidade de conversão de dados para análise.

O questionário passou por adequação no Grupo de Pesquisa “Núcleo de Estudos e Pesquisas: educação inclusiva, tecnologia educacional e formação profissional em diferentes contextos” do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos. O questionário foi composto por 34

questões, sendo a maioria de múltipla escolha e divididas por seções: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Identificação e Contato; Estudantes com doença crônica; Estudantes com deficiência com comorbidade; Afastamento; Espaço para comentários e sugestões. O período de coleta foi de junho a outubro de 2020.

2.6 Procedimentos de coletas de dados

A primeira etapa da coleta de dados foi a busca de informações sobre os municípios que compõem uma DRS do interior do estado de São Paulo, encontrados pelo site da Secretaria de Estado da Saúde.

Em uma planilha no *Excel* foi organizado com os nomes dos municípios, informações como o número de telefone para contato junto às Secretarias/Departamentos Municipais de Educação; nome e e-mail dos responsáveis para o envio do questionário; horário de atendimento que as Secretarias/Departamentos Municipais de Educação funcionavam para realizar as ligações; e os sites em que foram encontradas estas informações. A maioria dos dados estava disponibilizada no site das prefeituras selecionadas.

Sobre as ligações, a pesquisadora ligava para o número de cada Secretaria Municipal de Educação e quando ninguém atendia, era realizada ligação para número de telefone geral da prefeitura, pedindo para falar com os responsáveis pela educação do município. Era explicado o objetivo da pesquisa e se poderia enviar um e-mail reforçando o propósito, também com o questionário para o encaminhamento às escolas municipais. Para assegurar maior número de retorno, a pesquisadora também fez a busca das escolas pertencentes a cada município e tentou contato de forma direta, por meio de ligações telefônicas e e-mail.

As informações sobre o mapeamento das escolas foram encontradas no site da Secretaria da Educação de São Paulo, por meio da ferramenta disponibilizada chamada “Localize uma escola”. Nesta página, qualquer pessoa consegue localizar uma escola do estado de São Paulo, por diferentes filtros: diretoria, município, tipo de ensino, rede de ensino ou nome da escola.

Havia a opção de 94 diretorias e os filtros utilizados foram todos. Na parte dos Municípios, em que era possível encontrar todos os municípios pertencentes ao estado de São Paulo, foi utilizado na pesquisa o nome dos 24 municípios delimitados pertencentes ao DRS selecionado. No filtro “Tipo de ensino”, tinha como opção Infantil, Fundamental, Médio, EJA Presencial, EJA Semi-Presencial e Profissional,

além de poder escolher por todas as opções. Alguns tipos de ensino, se fossem escolhidos, tinham um subfiltro, por exemplo, “Infantil”, aparecia as opções: todas, creche ou pré; delimitando a escolha pela faixa etária de atendimento na etapa da educação infantil. Foi delimitado como filtro apenas o Ensino Fundamental com todos os anos no subfiltro. No filtro “Rede de ensino” podia-se escolher entre: Estadual, Municipal, Particular, Federal, Outra e Todas. Por conta do objetivo da pesquisa foram selecionados dados das instituições municipais. E, por fim, o nome da escola, que foi deixado em branco.

Depois dos campos preenchidos era apenas clicar em pesquisar, abrindo uma nova página mostrando a pesquisa de Escolas, que indicava a quantidade de registros na tabela com os dados da rede de ensino, a diretoria de ensino, município, escola, logradouro, bairro e telefone das escolas pertencentes ao município. Ao clicar no nome da escola, outros detalhes apareciam.

Com essa busca e filtro por cada município foram obtidas informações para ligar às escolas e pedir o e-mail para enviar o questionário online. Nem todas as escolas atenderam aos telefonemas, em algumas vezes um funcionário atendia e ficava de repassar para os diretores ou coordenadores das escolas. Como o período de coleta ocorreu numa situação de Pandemia, nem todos os profissionais estavam presentes no dia da ligação ou não estavam trabalhando de forma presencial na escola, o que dificultava o contato e a obtenção de informação. Quando o contato por telefone não resultava em dados, a pesquisadora buscava o e-mail das escolas, via contato com a Secretaria Municipal de Educação ou por buscas na internet com dados da escola.

A pesquisadora em contato com a escola fazia o mesmo procedimento que realizava com as Secretarias/Departamentos Municipais de Educação, explicava o objetivo da pesquisa e os procedimentos éticos e se a escola aceitasse, era solicitado o e-mail para enviar o questionário. Quando o contato não ocorria por telefone, mas se tinha informação do e-mail da escola, a pesquisadora enviava o questionário com o propósito da pesquisa.

Importante ressaltar que houve o contato com todos os municípios por meio, inicialmente, de todas as Secretarias/Departamentos Municipais de Educação, via ligação telefônica e por e-mail. Quando não havia resposta da Secretaria/Departamento, a tentativa foi junto à Prefeitura dos municípios. Também, em outras situações houve a necessidade de contato direto (via e-mail e ligação

telefônica) com as escolas municipais para obtenção de maior número de dados.

Assim, para esta pesquisa foram apresentados os dados de nove municípios (M1 a M9) com a participação de 12 pessoas, as quais responderam ao questionário online. Com os demais municípios foi possível constatar que nove Secretarias/Departamentos de Educação Municipais ficaram de repassar o e-mail com questionário para as escolas, mas não houve retorno de nenhuma, apesar de diversas tentativas.

Dois municípios atenderam as ligações telefônicas e indicaram diretamente que não iriam participar do estudo. Em quatro municípios não houve retorno, nem por ligações telefônicas e envio de e-mails. Em outro município, uma escola que atendeu a ligação, mesmo sendo enviado o questionário via e-mail, não houve devolutiva.

Assim, serão apresentados os dados de nove municípios que, ou por meio de informações provenientes das próprias Secretarias/Departamentos Municipais de Educação ou por meio das escolas, responderam diretamente ao questionário.

Segundo Lakatos e Marconi (2005), a média de devolução de questionários que são enviados para o público alvo das pesquisas, alcança 25%. Portanto, podemos considerar este estudo como satisfatório, pois houve uma devolutiva de 37,5% dos municípios participantes.

2.7 Análise dos dados

Após o retorno dos questionários foi possível organizar os dados por meio de planilhas eletrônicas do Programa *Microsoft Excel* com a quantidade de alunos com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade de cada município nos anos de 2017 a 2020.

Para análise dos dados, os resultados foram categorizados a partir dos procedimentos de busca e respostas dos participantes via questionário online, sendo eles: cargo/função dos respondentes e locais provenientes dos dados; número de estudantes com doença crônica entre os anos 2017 a 2020; número de estudantes com deficiência com comorbidade entre os anos 2017 a 2020; prevalência de estudantes com doença crônica nos municípios de 2017 a 2020; prevalência de estudantes com deficiência com comorbidade nos municípios de 2017 a 2020; afastamentos, consequências e ações em relação aos estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade.

Dos municípios participantes: M1 e M2 participaram respondendo por todas as unidades escolares do município. M6 e M7 tiveram uma participação, respectivamente de 2 e 3 unidades escolares respondentes, enquanto os demais municípios houve uma amostragem de apenas uma escola (M3, M4, M5, M8 e M9). Os dados apresentados foram discutidos conforme as respostas dos municípios que preencheram o questionário online, portanto, M1 a M3.

Finalizada a segunda seção, na qual foram descritos os procedimentos metodológicos realizados no estudo, na próxima seção serão apresentados os resultados e discussões da pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 23 municípios selecionados para a pesquisa houve a devolutiva de nove municípios, sendo um total de doze respostas (um Departamento de educação, uma Secretaria de Educação e 10 escolas municipais). Os outros 14 municípios, dois responderam que não iriam participar da pesquisa e os doze restantes não houve nenhuma devolutiva, nem por parte da Secretaria de Educação ou escolas municipais. Informações mais descritivas estão no Apêndice B.

3.1 Cargo/Função dos participantes e locais provenientes dos dados

O Quadro 1 apresenta os 23 municípios que pertencem ao Departamento Regional de Saúde escolhido neste estudo, excluindo apenas um município que teve seus dados analisados em outra pesquisa. O Quadro apresenta a quantidade total de escolas de cada tipo de ensino, as devolutivas representadas pelo número de escolas e o cargo/função do profissional responsável por responder o questionário. Os nomes dos municípios foram trocados por siglas para manter anonimato e os dados obtidos serem analisados de forma a não comprometer os participantes e as instituições.

Quadro 1 - Municípios, quantidades de tipos de ensino, cargo/função dos participantes e devolutivas

Município	EI	EF	EI/EF	EI/EF/ EJA	EJA	Total de devolutivas	Cargo/ Função	Observações
M1	9	5	0	0	0	14	Professor/a, coordenadora da área da Educação Especial da Secretaria de Educação.	Resposta dada por um representante por todas as escolas.
M2	43	14	0	0	2	59	Gerente de Educação Especial da Secretaria de Educação.	Resposta dada por um representante por todas as escolas.
M3	2	1	0	0	0	1EI	Supervisora técnica de Educação	Informou apenas dados de uma escola de Educação Infantil.
M4	15	9	0	0	0	1EF	Diretor/a da escola	-
M5	7	4	3	0	0	1EI/EF	Coordenador/a Pedagógico/a da escola	-
M6	4	3	0	0	1	2EF	Coordenador/a	-

							Pedagógico/a e Gestor Pedagógico das escolas	
M7	19	9	1	0	0	3EF	Diretor/a de duas escolas e Professora Coordenador/a Pedagógica de uma escola	-
M8	10	3	2	0	0	1EI/EF	Coordenador/a Pedagógico da escola	-
M9	20	10	0	3	0	1EI/EF/EJA	Diretor/a da escola	-
M10 a M23	76	33	5	0	3	0	-	M15 e M18 não consentiram em participar e os demais, apesar de várias tentativas, não houve nenhuma devolutiva.
Legenda: M – Município; EI – Educação Infantil; EF – Ensino Fundamental; EJA – Educação de Jovens e Adultos; EM: Ensino Médio.								

Fonte: autoria própria

Assim, para esta pesquisa foram apresentados os dados de nove municípios (M1 a M9) com a participação de 12 representantes, que responderam ao questionário online¹. Sobre os demais municípios (M10 a M23) foi possível constatar que nove Secretarias/Departamentos de Educação Municipais (M11, M12, M13, M14, M16, M17, M19, M20 e M23) ficaram de repassar o e-mail com questionário para as escolas, mas não houve retorno de nenhuma, apesar de diversas tentativas. Dos municípios M10, M21 e M22 não houve nenhuma devolutiva, nem por ligações telefônicas e envio de e-mails, porém no M10, em uma escola um funcionário atendeu uma ligação telefônica e mesmo enviando o questionário via e-mail não houve devolutiva.

No caso de M15, um funcionário da prefeitura informou que o município estava sem um Secretário da Educação e uma das três escolas do município respondeu que não iria participar. Já no M18 um funcionário da Secretaria de Educação enviou um e-mail informando que o município não iria participar da pesquisa.

É importante lembrar que o questionário é uma técnica de invenção composta por um determinado número de questões com o objetivo de conhecer as opiniões de

¹ Quadro mais detalhado no Apêndice B

um determinado grupo, que tem a vantagem de flexibilidade de responder quando julgar conveniente e não ter uma exposição dos pesquisados pela influência das opiniões do entrevistador, mesmo que possa apresentar resultados não esperados, já que os itens podem ter significados diferentes para cada respondente (HOSS; CATEN,2010).

Dos municípios participantes é possível perceber com o Quadro 1 que M1 e M2 participaram respondendo por todas as unidades escolares do município. Enquanto o restante dos municípios, M3 a M9, teve uma amostragem de uma escola, com exceção de M6 a qual teve participação de representantes de duas escolas e M7 de três escolas.

Analisando as 12 respostas obtidas, é possível perceber que o cargo/função que mais respondeu o questionário foram quatro Diretores/as de escolas e quatro coordenadores/as pedagógicos/as, sendo as profissões pertencentes às equipe gestora, que fazem parte da Equipe Escolar das unidades educacionais da Redes Municipais de Ensino, da Secretaria Municipal de Educação. As demais funções apresentou apenas um respondente de cada cargo: professora, gerente de Educação Especial, Supervisora técnica de Educação e Gestor Pedagógico. Focando na parte da Equipe Escolar, apenas a professora se enquadra na equipe docente e os demais cargos/funções se enquadram na equipe de Apoio a Educação.

Conforme o Decreto nº 54.453/2013, a Equipe Gestora é responsável pela administração e coordenação dos recursos e das ações curriculares propostas nos projetos políticopedagógicos de cada unidade educacional. Sendo o diretor da unidade escolar responsável pelo funcionamento geral da escola, deve ter como uma das suas competências a garantia do acesso e a permanência do aluno na unidade educacional e também prover as condições necessárias para o atendimento aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (SÃO PAULO, 2013).

Já o coordenador pedagógico é o responsável pela coordenação, articulação e acompanhamento dos programas, projetos e práticas pedagógicas desenvolvidas na unidade educacional, sendo atribuídas algumas funções, como: assegurar a implementação e avaliação dos programas e projetos que favoreçam a inclusão dos educandos, em especial dos alunos público alvo da educação especial e organizar e sistematizar, com a Equipe Docente, a comunicação de informações sobre o trabalho pedagógico, inclusive quanto à assiduidade e à necessidade de compensação de

ausências dos alunos junto aos pais ou responsáveis (SÃO PAULO, 2013).

Por conta destas atribuições são os profissionais que mais tem conhecimento sobre os alunos e suas condições na unidade escolar que estão inseridos, por mais que não tenham um contato direto com estes, como os professores de sala de aula, têm atribuições que exigem saber informações e garantir os direitos.

O tipo de escola com maior prevalência de resposta, descartando os dois municípios que tiveram um representante respondendo como um todo (Departamento de Educação e Secretaria de Educação) foram as escolas do Ensino Fundamental com o total de sete instituições, seguido de duas com Educação Infantil e Ensino Fundamental juntos. Também houve a presença de um representante de escola de Educação Infantil e de uma escola com Educação Infantil, Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos juntos, que responderam ao questionário.

A Educação Infantil é a etapa com mais escolas municipais dentre os 23 municípios, mas vale ressaltar o baixo índice de respostas para o questionário, devido às exclusões de ligações direcionadas para este tipo de escola. Somente as escolas de Ensino Fundamental estavam no critério de inclusão para ligação e envio de e-mails, por isso a maior participação na pesquisa.

Na pesquisa de Valentino, Tinós e Mazer (2020) realizada na cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, tinha o objetivo de compreender as experiências pedagógicas de professores com alunos diagnosticados com doença crônica. Para isso, no primeiro momento eles precisaram realizar um levantamento das escolas estaduais que ofereciam o Ensino Fundamental com anos iniciais, chegando ao número de 31 escolas, realizando o contato telefônico com cada uma delas.

Das 31 escolas, 18 informaram não ter nenhuma criança com algum tipo de doença crônica, cinco informaram que não tinham registros ou que não foram comunicadas pelos pais, uma escola informou ter uma aluna matriculada com doença crônica, mas nunca frequentou a instituição e sete escolas informaram ter apenas um aluno.

Estas sete escolas que informaram ter apenas um aluno, os pesquisadores, ainda por contato telefônico, fizeram o convite para os coordenadores ou a direção da escola para os professores participarem da pesquisa, mas somente três escolas aceitaram um encontro (VALENTINO; TINÓS; MAZER, 2020).

Mesmo sendo uma pesquisa com um objetivo diferente desta, expõe o mesmo desafio de participação da escola ou do corpo escolar em pesquisas e a

convergência de ter um número de crianças e adolescentes com doenças crônicas nas escolas.

A seguir, serão apresentados os dados em relação ao número de estudantes com doença crônica, informado pelos participantes da pesquisa. As informações foram em relação aos anos de 2017 a 2020.

3.2 Número de estudantes com doença crônica nos anos de 2017 a 2020

A Tabela 1 ilustra a quantidade de estudantes com doença crônica que se encontravam matriculados em escolas regulares dos municípios pesquisados.

Tabela 1- Número de estudantes com doença crônica nos anos de 2017 a 2020

Municípios	2017	2018	2019	2020	Total por Município
M1	0	0	0	0	0
M2	8	10	7	5	30
M3	1	0	0	0	1
M4	5	11	11	7	34
M5	0	1	2	2	5
M6	12	10	10	10	42
M7	2	2	3	3	10
M8	0	0	1	1	2
M9	0	0	0	0	0
TOTAL	28	34	34	28	124

Fonte: Autoria própria

Entre os anos de 2017 a 2020, não ocorreu uma variação significativa de estudantes com doença crônica, prevalecendo uma média de 26 estudantes nos quatro anos analisados. O ano de 2019 foi que apresentou o maior número de estudantes matriculados, sendo ao todo 34 alunos. E ao longo dos quatro anos foi registrado um total de 124 matrículas nas unidades escolares, não havendo informação concreta se os alunos se mantiveram ou saíram ao longo dos anos.

Do número de estudantes indicados pelos municípios nos anos de 2017 a 2020 a maior prevalência de doença crônica foi de asma brônquica, seguida do diabetes e em terceiro lugar, o câncer.

De acordo com Chatkin e Menezes (2005), a asma pode trazer um impacto emocional e social, uma vez que muitas crianças asmáticas e suas famílias recorrem aos serviços de emergência e há necessidade frequente de internações.

Assim, tem-se um prejuízo para o estudante asmático que apresenta faltas frequentes da escola. Em estudo realizado por Nonose (2009) em um município do Noroeste do Paraná, obteve resultados em relação à prevalência de doenças crônicas na infância e adolescência, sendo recorrentes as doenças pulmonares e diabetes, o que corrobora com os dados da presente pesquisa.

A seguir, serão apresentados os dados de prevalência dos tipos de doenças crônicas encontradas nos estudantes em cada um dos municípios que participaram do estudo.

3.3 Prevalência de estudantes com doença crônicas nos municípios de 2017 a 2020

O Quadro 2 ilustra os tipos de doenças crônicas encontradas nos estudantes em cada um dos municípios que participaram do estudo.

Quadro 2 - Prevalência de estudantes com doença crônica nos municípios de 2017 a 2020

Doenças Crônicas	2017	2018	2019	2020
Diabetes	M4, M6, M7	M4, M6, M7	M4, M6, M7	M4, M6, M7
Câncer	M3	M2	M2, M7	M7
Doenças Renais	M4	M4	M4	M4
Cardiopatas	M2	M2, M4, M5	M4, M5	M2, M4, M5
Asma Brônquica	M2, M4, M6	M2, M4, M6	M2, M4, M5 M6, M8	M4, M5, M6, M8
Artrite Reumatoide Juvenil	0	M2, M7	M6	0
Hipotireoidismo	0	0	0	0
Amigdalite Recorrente	0	0	0	0
Anemia Falciforme	M2	0	0	0
Otite Crônica	M2	0	0	0
Epilepsia	M2	M2	0	M2

Cefaleia Crônica	0	0	0	M6
Não teve	M1, M5, M8, M9	M1, M3, M8, M9	M1, M3, M9	M1, M3, M9

Fonte: autoria própria

No questionário enviado existia uma pergunta sobre os possíveis estudantes com doença crônica que poderiam estar ou que já foram matriculados na unidade escolar nos quatro anos analisados, 2017 a 2020.

Caso o respondente marcasse *quesim*, ele era direcionado para outra questão de cada ano com as possíveis doenças crônicas ou poderiam indicar outra condição crônica que os estudantes da instituição apresentavam.

Independente da quantidade de alunos com questões crônicas de saúde, a maior prevalência entre os municípios de estudantes com alguma doença crônica foi a asma brônquica (5), diabetes (3) e cardiopatias (3), enquanto a anemia falciforme e otite crônica se apresentaram presentes apenas no ano de 2017 no M2, e a cefaleia crônica no ano de 2020 no M6. Já o hipotireoidismo e a amigdalite recorrente não houve alunos matriculados com estas doenças nos municípios participantes.

Analisando as doenças com maior prevalência neste estudo (asma brônquica, diabetes e cardiopatias) é possível perceber que num cenário nacional e também global são condições que ocorrem neste público com um alto índice.

Segundo pesquisas, no Brasil, foi demonstrada de forma definitiva que a asma é uma doença de alta prevalência e impacto em crianças e adolescentes, entre seis a 14 anos, devendo ser encarada até mesmo como problema de Saúde Pública (SOLÉ *et al.*, 2014).

Já a diabetes, segundo o Atlas do IDF (Federação Internacional da Diabetes) do ano de 2017, o número de crianças e adolescentes com a Diabetes do tipo 1 (zero – 19 anos) era de 1.106.500 pessoas no mundo.

No ano de 2019, o nono Atlas também aponta que 1,1 milhão de meninos e meninas com menos de 20 anos têm a diabetes do tipo 1 no mundo, e a estimativa é que haja um aumento anual de casos globalmente em torno de 3%. O Brasil ocupa a terceira posição em números de crianças e adolescentes deste tipo (IDF, 2017).

Em relação às cardiopatias, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), dez crianças a cada mil nascidos vivos são acometidos por cardiopatias congênitas. Anualmente, são cerca de 130 milhões de crianças que nascem no mundo

com algum tipo de cardiopatia congênita. No Brasil, são mais de 21 mil bebês que precisam de algum tipo de intervenção cirúrgica para sobreviver.

3.4 Números de estudantes com deficiência com comorbidade nos anos de 2017 a 2020

Quando pensamos nos alunos com algum tipo de deficiência, geralmente nos referimos ao Público-alvo da Educação Especial, que são alunos com deficiência física, visual, auditiva, intelectual, transtorno global do desenvolvimento, além de altas habilidades e/ou superdotação.

O número de matrículas deste público chegou a 1,3 milhões em 2020 em classes regulares ou especiais. E o percentual de matrículas de alunos de 4 a 17 anos em salas regulares com deficiência teve um aumento gradativo de 2016 com 89,5% para 93,3% em 2020 (BRASIL, 2021).

A Tabela 2 ilustra a quantidade de estudantes com deficiência com comorbidade que se encontravam matriculados em escolas regulares dos municípios pesquisados.

Tabela 2 - Número de estudantes com deficiência com comorbidade nos anos de 2017 a 2020

Municípios	2017	2018	2019	2020	Total por Município
M1	3	3	4	4	14
M2	3	4	4	4	15
M3	0	0	0	0	0
M4	2	2	2	2	8
M5	0	0	0	0	0
M6	2	2	2	2	8
M7	0	0	0	0	0
M8	0	0	2	2	4
M9	1	0	0	0	1
TOTAL	11	11	14	14	50

Fonte: autoria própria

Entre os anos de 2017 a 2020 não ocorreu uma variação significativa de estudantes com deficiência com comorbidade, prevalecendo uma média de 12 estudantes nos quatro anos analisados. Os anos de 2017 e 2018 apresentaram a mesma quantidade de matrículas de 11 estudantes e os anos de 2019 e 2020 houve

um aumento para 14 matrículas. Ao longo dos quatro anos foi registrado um total de 50 matrículas nas unidades escolares, não havendo informação concreta se os alunos se mantiveram ou saíram ao longo dos anos.

Do número de alunos indicados pelos municípios nos anos de 2017 a 2020, a maior prevalência de estudantes com deficiência com comorbidade foi de síndrome de Down e cardiopatia, seguida da paralisia cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias ortopédicas.

A síndrome de Down em si não se enquadra numa condição dentro de grupos de risco, porém a grande questão são as comorbidades que podem ser associadas. As crianças acabam tendo mais problemas imunológicos, sendo mais suscetíveis às infecções respiratórias e refluxo. Há crianças que possuem alterações cardiológicas e a obesidade também é frequente e vista como fator de risco e agravante para as infecções pela COVID-19 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Muitos estudantes são submetidos aos tratamentos de saúde a longo prazo com internações recorrentes, recuperação após cirurgias, o que pode comprometer a continuidade do processo de ensino aprendizagem, sendo a condição considerada uma ruptura de estilo de vida (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004). Muitas vezes há necessidade de maior suporte do meio para conseguir realizar atividades com maior autonomia.

Por isso, é de extrema importância a atenção por parte dos professores e gestores das escolas, pois muitas vezes não é a questão da condição da deficiência que traz o impedimento para o estudante continuar seus estudos, mas sim, a comorbidade. Portanto, destaca-se a necessidade de conhecer os estudantes para proporcionar suportes necessários às suas condições.

3.5 Prevalência de estudantes com deficiência com comorbidade nos municípios de 2017 a 2020

O Quadro 3 ilustra as condições de deficiência com comorbidade encontradas nos estudantes em cada um dos municípios que participaram do estudo.

Quadro 3 - Prevalência de estudantes com deficiência com comorbidade nos municípios de 2017 a 2020

Deficiência com Comorbidade	2017	2018	2019	2020
Síndrome de Down e leucemia	0	0	0	0
Síndrome de Down e cardiopatia	M2, M4, M6	M2, M4, M6	M4, M6, M8	M4, M6, M8
Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias ortopédicas	M1	M1	M1	M1
Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato urinário	M1	M1	M1	M1
Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato respiratório	0	0	0	0
Não teve	M3, M5, M7, M8	M3, M5, M7, M8, M9	M3, M5, M7, M9	M3, M5, M7, M8, M9
Outro:	M1, M2, M4, M9	M1, M2, M4	M1, M2, M4	M1, M2

Fonte: autoria própria

Os municípios M1, M2, M4 e M6 foram os únicos que apresentaram nos quatro anos (2017, 2018, 2019 e 2020) a presença de algum estudante com deficiência com comorbidade matriculado nas unidades escolares. A prevalência maior foi de estudantes com síndrome de Down e cardiopatia.

Os municípios que não tiveram nenhum estudante com deficiência com comorbidade entre os anos 2017 a 2020 foi o M3, M5 e M7. O M8, só não teve no ano de 2017 e 2018, enquanto nos anos seguintes, 2019 e 2020, teve dois estudantes com síndrome de Down e cardiopatias.

A síndrome de Down tem uma prevalência mundial de um para 600 – 1000 nascidos vivos. Já a malformação cardíaca é a comorbidade congênita mais comum, de modo geral, estando presente em 40-60%. Os nascidos com cardiopatia congênita, cerca de 5-10% apresenta síndrome de Down (NORONHA *et al.*, 2012). Como as más formações congênitas são bastante comuns nestas crianças, 50% de prevalência, o exame de ecocardiograma é solicitado após o nascimento, e devem ser acompanhadas por um cardiologista ao longo da vida (BRASIL, 2013b).

Na categoria “Outros”, o participante tinha a opção de escrever uma condição não descrita na questão do formulário. O M1 nos anos de 2017 e 2018 acrescentou a presença de um estudante com TEA e TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade), e nos anos 2019 e 2020, além deste aluno tinha a presença do estudante com TEA e TOD (Transtorno do desafiador opositor).

No documento do DSM-V (APA, 2014), tanto para a seção de diagnóstico diferencial como comorbidades associados ao transtorno o TEA e TDAH os critérios

são preenchidos e ambos diagnósticos devem ser dados. Já em relação ao TEA e o TOD, não há informações no DSM-V de associações, apenas de TDAH e TOD, porém ultimamente este transtorno aparece frequentemente em comorbidade com outros transtornos, para a criança com autismo, um comportamento opositor pode representar uma maior abertura e possibilidade de entrada na linguagem, porém não de uma forma pacífica (LUCERO; SOUZA; CITTADINO, 2021).

Já em M2, nos quatros anos de análise, houve a matrícula de um estudante com Deficiência Intelectual e Epilepsia. No documento do DSM-V (APA, 2014) na parte das comorbidades associadas à deficiência intelectual é a ocorrência concomitante de condições mentais, do neurodesenvolvimento, médicas e físicas, com taxas de algumas condições como transtornos mentais, paralisia cerebral e epilepsia, que são 3 a 4 vezes mais altas que na população em geral.

O M4 apresentou que nos anos 2017 a 2019 houve um estudante que não tinha laudo descrito de sua condição, porém havia vários comprometimentos. E o M9, apenas no de 2017, acrescentou que tinha um estudante com uma lesão na coluna, e esta lesão fazia com que seu pescoço ficasse virado para o lado esquerdo.

Assim, foi possível observar que muitas vezes a comorbidade pode dificultar ainda mais o processo de escolarização do aluno com deficiência, em que sua condição exige tratamento prolongado de saúde, muitas vezes ausência no contexto escolar, pouca frequência e necessidade de adaptações do ambiente e de recursos.

3.6 Afastamentos, consequências e ações em relação aos estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade

O Quadro 4 a seguir, representa as respostas dos participantes no que diz respeito aos afastamentos dos estudantes para tratamento de saúde, as consequências deste afastamento e as ações que foram realizadas pela escola ou rede de ensino.

Em relação aos afastamentos dos estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade, foi investigada se realmente ocorreu algum tipo de afastamento, podendo ser categorizado por parcial (curta, média ou de longa duração) ou intermitente e até mesmo interrupção do processo de escolarização.

Caso tenha ocorrido algum tipo de afastamento categorizado, com algum estudante com doença crônica e/ou com deficiência com comorbidade, quais foram

as consequências ou prejuízo no contexto escolar, encaixando as possibilidades de prejuízo na aquisição dos conteúdos acadêmicos, atraso no processo de ensino-aprendizagem, mudanças de comportamento, dificuldade de socialização/interação com outros estudantes ou até a reprovação do ano letivo.

E quais as ações foram tomadas pelas unidades escolares diante essas ocorrências podendo não ter ocorrida nenhuma ou surgido o contato com a família, contato com profissionais da saúde ou também, envio das atividades pedagógicas durante o período de afastamento sem acompanhamento de algum professor.

Quadro 4 - Afastamentos da unidade escolar de estudantes com doença crônica ou deficiência com comorbidade

	Afastamento do contexto escolar por algum estudante com doença crônica ou com deficiência com comorbidade	Consequência ou prejuízo no contexto escolar em relação ao afastamento por algum estudante com doença crônica ou com deficiência com comorbidades	Ações que a unidade escolar tomou diante das ocorrências surgidas com os estudantes com doença crônica ou deficiência com comorbidade?
M1	- Afastamento parcial de curta duração (de 7 a 15 dias); - Afastamento parcial de longa duração (acima de 30 dias); - Afastamentos intermitentes (durante todo ano letivo número excessivo de faltas em decorrência da condição de saúde)	Prejuízo na aquisição dos conteúdos acadêmicos	- Contato com a família; - Contato com profissionais da saúde; - No caso dos alunos com Cardiopatia e Talassemia tiveram atendimento domiciliar.
M2	Não ocorreu afastamento	Não houve nenhuma consequência ou prejuízo para os estudantes no contexto escolar	Não realizou nenhuma ação
M3	Afastamento parcial de longa duração (acima de 30 dias)	- Prejuízo na aquisição dos conteúdos acadêmicos; - Atraso no processo de ensino-aprendizagem	- Contato com a família; - Envio das atividades pedagógicas durante o período de afastamento sem acompanhamento de algum professor
M4	Não tem dado se ocorreu ou não afastamento	Não tem dado	Não tem dado
M5	Não ocorreu afastamento	Não houve nenhuma consequência ou prejuízo para os estudantes no contexto escolar	Não realizou nenhuma ação
M6	Em uma escola ocorreu Afastamento parcial de média duração (15 a 30 dias); Na outra escola ocorreu afastamentos intermitentes (durante todo ano letivo número excessivo de faltas em decorrência da condição de	Em uma escola os estudantes tiveram prejuízos na aquisição dos conteúdos acadêmicos; Na outra escola não houve nenhuma consequência ou	Uma escola enviou as atividades com acompanhamento dos professores; Na outra escola ocorreu o contato com a família, o contato com profissionais da saúde e também atendimento domiciliar. As atividades também foram enviadas

	saúde)	prejuízo para os estudantes no contexto escolar	para a família
M7	Não ocorreu afastamento nas três escolas	Em duas escolas não houve nenhuma consequência ou prejuízo para os estudantes no contexto escolar e a outra escola pertencente ao município não tem dado	Não realizou nenhuma ação, por não haver nenhum caso
M8	Não ocorreu afastamento	Não houve nenhuma consequência ou prejuízo para os estudantes no contexto escolar	Não realizou nenhuma ação
M9	Não ocorreu afastamento	Não houve nenhuma consequência ou prejuízo para os estudantes no contexto escolar	Envio das atividades pedagógicas durante o período de afastamento sem acompanhamento de algum professor e Faltam políticas públicas para ajudar as famílias

Fonte: Autoria própria

É possível perceber que dos nove municípios, em um (M4), não há dados obtidos em nenhuma destas categorias expostas para análise. Em cinco municípios (M2, M5, M7, M8, M9), em relação aos estudantes com doença e/ou deficiência com comorbidade não ocorreu nenhum tipo de afastamento.

Os três municípios em que ocorreu afastamento dos estudantes, apenas no M1 apresentou afastamento de curta duração, enquanto uma escola de M6 apresentou parcial de média duração, já afastamentos parciais de longa duração foram em M1 e M3, e de afastamentos intermitentes M1 e outra escola de M6.

Os afastamentos parciais de longa duração são acompanhados geralmente por recorrentes internações dos estudantes, que segundo Holanda (2008), as crianças com doença crônica ao vivenciar o afastamento dos estudos demonstram de maneira negativa a vivência, reconhecendo os longos períodos de internação como limite entre sua escolarização e socialização, já que não estar na escola, neste período, simboliza estar excluído de um espaço de trocas e aprendizagem, podendo causar saudade e até ansiedade.

Para além do prejuízo acadêmico que os afastamentos podem causar nestes estudantes, Holanda e Collet (2011) trazem em um artigo as dificuldades da escolarização da criança com a doença crônica hospitalizada, indicando que a doença crônica altera o ritmo de vida da criança, privando de muitas atividades específicas do cotidiano infantil, já que pode apresentar limitações físicas, emocionais e referente à

sua escolarização pela sua autoimagem ou devido às intenações, como já citado. Porém, estas consequências são comuns também com os estudantes com deficiência com comorbidade.

Na pergunta sobre se tivesse ocorrido algum afastamento, o estudante com doença crônica e/ou com deficiência com comorbidade teve alguma consequência ou prejuízo no contexto escolar, M2, M5, M7, M8, M9 e uma escola pertencente a M6 responderam que não houve nenhuma consequência ou prejuízo para os estudantes no contexto escolar ou que não houve afastamento. Apenas uma escola de M7 informou que não tem dado sobre o que aconteceu com os estudantes com estas condições.

Já nas escolas que informaram que tiveram afastamentos, M1, M3 e uma escola de M6 pontuou que os estudantes tiveram prejuízo na aquisição dos conteúdos acadêmicos. M3 ainda respondeu que os estudantes tiveram atraso no processo de ensino-aprendizagem.

Como discutido anteriormente, o prejuízo escolar é uma das consequências mais comuns relacionadas ao afastamento do estudante do ambiente escolar, mas que pode ser agravado ainda mais se este estudante não tiver um atendimento educacional de sua própria escola, tanto no período de afastamento ou na reinserção na unidade escolar.

Quando o aluno pode retornar à escola, após a alta, pode se deparar com déficits que retratam o descaso do sistema educacional, já que não há uma flexibilização para medir seu desempenho aos demais estudantes. E os docentes e diretores, em grande parte, não se sentem preparados tanto em técnica e emocionalmente para acolher e incluir este estudante, por falta de informação (HOLANDA, 2008).

Na pergunta sobre quais as ações tomadas diante das ocorrências surgidas com os estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade M2, M5, M7 e M8 não realizaram nenhuma ação, devido a não terem casos de afastamentos deste público. Já M9, colocando nas outras respostas que não teve afastamentos destes estudantes, apresentou como ações tomadas o envio das atividades pedagógicas durante o período de afastamento sem acompanhamento de algum professor e levantou a discussão que falta políticas públicas para ajudar as famílias.

Sobre M9, além de ser contraditório responder que não houve afastamento, mas responder que realizou a ação de enviar atividades pedagógicas demonstra que

houve sim algum tipo de afastamento dos estudantes, mesmo que possa ser de curto prazo, porém não há como afirmar.

Em relação às políticas públicas, existem direitos a serem cumpridos, como já apresentados nesta pesquisa, porém muitas famílias, instituições escolares e hospitais não tem o conhecimento dos direitos e serviços a serem prestados, o que acarreta ainda mais prejuízo aos estudantes, seja dentro de uma sala de aula ou no período de afastamento em hospital ou até mesmodomiciliar.

A ação mais tomada pelos municípios em relação ao afastamento é entrar em contato com a família e em seguida, com os profissionais da saúde. M1, além de apresentar estas ações relatou que no caso dos alunos com cardiopatia e Talassemia obtiveram atendimento pedagógico domiciliar.

Já M3 fez o envio das atividades pedagógicas durante o período de afastamento sem acompanhamento de algum professor, além do contato com os familiares. E o M6, uma unidade escolar apenas enviou as atividades com acompanhamento dos professores, enquanto a outra além de apresentar as atividades mais recorrentes, teve estudantes que necessitaram do atendimento domiciliar e atividades enviadas para a família, a qual tinha o intuito de serem desenvolvidas quando possível.

As respostas destes municípios demonstram que as instituições escolares conhecem alguns dos direitos e amparos referentes à vida escolar dos estudantes afastados por conta de uma doença crônica e/ou deficiência com comorbidade, demonstrando até mesmo uma preocupação pelo estudante, porém estas ações não sanaram as dificuldades acadêmicas, pois estes municípios responderam que os alunos apresentaram prejuízos na aquisição dos conteúdos acadêmicos.

Levantando novamente a questão de políticas públicas, referem-se apenas aos estudantes com deficiência. No Brasil existe um campo amplo de estudo da Educação Inclusiva, porém sobre os estudantes com doença crônica na escola e do direito à escolarização enquanto internados existem poucos estudos ainda, principalmente sobre o enfrentamento da escolarização e do desempenho escolar em situação de adoecimento, já que a maioria se direciona às questões ligadas às demandas familiares ou de cuidadores. Deste modo, não dá para omitir sobre o possível desconhecimento social das verdadeiras intenções das políticas públicas na atenção à saúde do escolar (SOUSA; SILVA, 2020).

Em relação aos afastamentos, é importante ressaltar que necessita de uma

comunicação da família com a escola e até mesmo entre os profissionais da saúde para que no processo acadêmico do estudante não existam muitas barreiras e prejuízos a curto e a longo prazo.

É necessário que os direitos aos alunos com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade sejam mais discutidos e apresentados nas instituições, pelos colegas de sala, os professores e até mesmo os funcionários da escola para que quando o estudante retornar ao ambiente escolar não se sinta excluído e sim pertencente a um espaço que ficou afastado por uma condição de saúde.

Mesmo com o afastamento físico, a sensação de se manter pertencente continuou por conta das ações que a unidade escolar realizou durante o período, sendo o trabalho desenvolvido com o estudante, bem com toda a comunidade escolar.

Apresentados os resultados da pesquisa e as discussões acerca da temática com base na literatura existente, na próxima seção serão apresentadas as considerações finais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência de doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em estudantes de municípios pertencentes a um Departamento Regional de Saúde do interior do estado de São Paulo Além disso, procurou identificar as ações realizadas no contexto escolar para minimizar as dificuldades no processo de escolarização destes estudantes.

Com a aplicação dos questionários online para nove municípios foi possível verificar que há uma prevalência maior de matrículas de estudantes com doença crônica em relação aos alunos com deficiência com comorbidade.

Do número de estudantes matriculados informados pelos municípios nos anos de 2017 a 2020, a maior prevalência de doença crônica foi de asma brônquica, seguida do diabetes e o câncer. Em relação aos alunos com deficiência com comorbidade, a maior prevalência foi de síndrome de Down e cardiopatia, seguida da Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias ortopédicas.

Essas condições podem acarretar prejuízos no processo de ensino-aprendizagem das crianças e adolescentes em seu período escolar e, muitos, por conta do tratamento recorrente de saúde, acabam por obtendo faltas frequentes na escola, que conseqüentemente podem fazer que desistam e evadam do sistema educacional.

Portanto, é importante que políticas públicas possam assegurar o direito à educação com qualidade para todos, inclusive para os estudantes em tratamento de saúde, seja por conta do acometimento por doença crônica ou por deficiência com comorbidade, entre outras.

Estes alunos, mesmo afastados da escola regular, precisam prosseguir seus processos de escolarização por meio de serviços como as classes hospitalares e o atendimento pedagógico domiciliar, com vinculação às escolas regulares de todo o país para que se sintam incluídos e participantes do seu contexto educacional.

Esses serviços e apoios, mesmo descritos na legislação, acabam ficando em esquecimento ou postergado por algum outro motivo, diante dos impasses que tanto os sistemas de saúde quanto de educação enfrentam, como a falta de orientações próprias para nortear o atendimento pedagógico do estudante em tratamento de saúde.

É relevante oferecer formação aos profissionais da educação e a própria comunidade escolar, que muitas vezes não tem em seu currículo de formação ou especialização, conhecimento sobre esta área da educação e como agir frente ao estudante acometido por uma doença crônica e até mesmo com deficiência com comorbidade.

Seria também importante ocorrer trocas de conhecimento entre os profissionais da área da saúde e da educação, para oferecer uma melhor qualidade de ensino e aprendizagem, além de auxiliar nas situações que o aluno possa ter no dia a dia, que de forma indireta pode tangenciar seu bem estar na escola.

Levando em consideração que esta pesquisa foi realizada em sua maior totalidade em um momento pandêmico, por conta do vírus SARS-CoV-2 causador da COVID-19, a pesquisadora enfrentou problemas de entrar em contato com as escolas e secretarias municipais de educação para a coleta de dados. Se houvesse a possibilidade da coleta acontecer presencialmente nos municípios e nas escolas em questão, outras informações poderiam ser acrescentadas às apresentadas neste trabalho.

A contribuição desta pesquisa para a área da Educação Especial é justamente proporcionar visibilidade ao público em questão e direcionar as discussões sobre a importância de ações nas escolas e políticas públicas que visem o atendimento do estudante em tratamento de saúde.

Pesquisas futuras devem ser conduzidas para ampliar o andamento de como está sendo realizada a escolarização dessas crianças e adolescentes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em relação aos desafios enfrentados, especialmente no que se refere à frequência ou afastamento escolar.

REFERÊNCIAS

- ALBERTONI, L. C.; RABAÇA, S. V. C. Em discussão, a inclusão de alunos com doença crônicas no ensino regular. **Boas Práticas na perspectiva da Educação Especial Inclusiva**, v. I, 2015. Disponível em: http://cape.edunet.sp.gov.br/cape_arquivos/BoasPraticas/DiscussaoInclusaoAlunosDoencasCronicasER.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.
- A MAIOR AVENTURA DO URSINHO POOH. Direção: Karl Geurs. Estados Unidos da América: Disney. 1997. Disney plus.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.
- AROSA, A. de C.C. **Políticas educacionais para atendimento a estudantes hospitalizados**: algumas questões. Rio de Janeiro, p. 1-13. 2009. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/politicaseducacionais.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.
- ARRUDA, M. A. **Abordagem clínica das cefaléias na infância**. Medicina. Ribeirão Preto, 30: 449-457, out./dez. 1997.
- ASHER M. I. *et al.* **Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys**. Lancet. 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA – ASBAI. **O que são as alergias**. Alergias: saiba como acontecem e conheça as mais comuns. 22 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://asbai.org.br/o-que-sao-as-alergias>. Acesso em: 04 fev. 2022.
- BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. **Impacto das otites médias na aquisição da linguagem em crianças**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 391-396, 2003.
- BARBOSA, H. J. C. *et al.* Perfil clínico epidemiológico de pacientes com perda auditiva. **J. Health Biol Sci**. p. 424-430. 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964429/10-1783.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.
- BARROS, D. M. de S.; LUSTOSA, M. A. A ludoterapia na doença crônica infantil: Play therapy in chronic childhood. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 114-136, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020.

BIANCHINI, N. do C. P.; SOUZA, L. A. de P. Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 26 n. 3 (2014) e-ISSN 2176-2724. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/18180>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BOUSQUET, J. *et al.* **Allergic rhinitis and its impact on asthma**. J Allergy Clin Immunol. 2001.

BRAGA, T. M. S.; BOMFIM, D. P.; SABBAG FILHO, D. Necessidades especiais de escolares com diabetes mellitus tipo 1 identificadas por familiares. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 18, n. 3, p. 431-448, Set. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382012000300006. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRANDÃO, S. H. A. O atendimento educacional domiciliar ao aluno afastado da escola por motivo de doença. **X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**. I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE. Pontifca Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 7 – 10 de novembro de 2011. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4965_3003.pdf. Acesso em: 07 set. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995**. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da União 1995; Disponível em: https://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/idades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDBEN nº 9394/1996**.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001**, institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília: CNE/CEB, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC; SEESP, p. 35. 2002.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis n. 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 1-12, 13 dez. 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/decreto%205296-2004.pdf>. Acesso em:

26 ago. 2020.

BRASIL. 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, Brasília, DF, 25 set. 2009.

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 25 abr 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança** : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a. 180 p

BRASIL. **Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018**, que altera a LDB 9.394/1996, 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. 25 de setembro de 2018. Brasília: 2018b.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação básica 2020**: resumo técnico. Brasília. Inep, p. 70. 2021. Disponível em:

https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_escolar_2020.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

BVSMS – Biblioteca Virtual em Saúde: Ministério da Saúde. **05/8 – Dia Nacional da Saúde**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 29 abr. 2022

CASTRO, T. G. de *et al.* Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 131-142, Jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2020.

CHATKIN, M. N.; MENEZES, A. M. B. Prevalência e fatores de risco para asma em escolares de uma coorte no Sul do Brasil. **Jornal Pediátrico**. Rio de Janeiro, 81 (5), p. 411-416. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2022

CHIARI, B. M. *et al.* Perda auditiva sensorineural unilateral e distúrbios da comunicação. **Journal of Human Growth and Development**, 22(1): 1-6. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n1/pt_12.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

CHONG-NETO, H. J. *et al.* Guia prático de abordagem da criança e do adolescente com asma grave: Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arq Asma Alerg Imunol**. 2020;4(1):3-34. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1059 Acesso em: 03 fev. 2022.

COHEN, R. H. P.; MELO, A. G. S. Entre o hospital e a escola: o câncer em crianças. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 306-325, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v15n2/a03v15n2.pdf>. Acesso em: jul. 2020.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOLEY, W. C.; GRAHAM, J. M. **Down syndrome: An update and review for the primary pediatrician**. Clin Pediat. 1991.

DEPARTAMENTO DE TIREOIDE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - SBEM. **O que é Tireoide?**. Disponível em: <http://www.tireoide.org.br/o-que-e-a-tireoide/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DUARTE, E. D. *et al.* Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1009-1017, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000401009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 14 abr. 2020.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **IDF Diabetes Atlas: 8ª edição 2017**. Bruxelas, Bélgica. 2017. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

FERREIRA, M. K. M. *et al.* Criança e adolescente cronicamente adoecidos e a escolarização durante a internação hospitalar. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 639-655, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300639&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2020.

FRANCISCHI, R. P. P. D. *et al.* Obesidade: Atualização sobre sua Etiologia, Morbidade e Tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17- 28, jan./abr. 2000.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educação básica no Brasil na década de 1990: subordinação ativa e consentida à lógica do mercado. **Educ. Soc.**, Campinas, v.24, n. 82, p. 93-130, Apr. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302003000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Covid-19 e Síndrome de Down: médica geneticista esclarece dúvidas**. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-e-sindrome-de-down-medica-geneticista-esclarece-duvidas>. Acesso em: 06 fev. 2022.

FUNDAÇÃO SÍNDROME DE DOWN - FSDOWN. **O que é síndrome de down?**. Disponível em: <http://www.fsdown.org.br/sobre-a-sindrome-de-down/o-que-e-sindrome-de-down/>. Acesso em: 29 ago. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, M. **Deficiência visual**. Brasília: MEC – Secretaria de Educação a Distância. p. 80. (Cadernos da TV Escola). 2000.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2017 – GBD 2017. **Global Burden of Disease Collaborative Network**. Reference Life Table. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. Disponível em: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf. Acesso em 8 jul. 2020.

GODIM, S. T.; SOBRAL, R. da S. A. A inclusão do aluno com transtorno do espectro autista e transtorno de oposição desafiante da EAUFPA. Colóquio Internacional de Educação Especial e Inclusão Escolar 2019, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/cintedes-2019/papers/a-inclusao-do-aluno-com-transtorno-do-espectro-autista-e-transtorno-de-oposicao-desafiante-na-eaufpa>. Acesso em: 07 jun. 2021.

GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE FIBROSE CÍSTICA – GBEFC. **O que é fibrose cística**. 2020. Disponível em:

<http://portalgbefc.org.br/site/pagina.php?idpai=6&id=39>. Acesso em: 14 ago. 2020.

HEINZER, M. M. Health promotion during childhood chronic illness: A paradox facing society. **Holistic Nursing Practice**, 12(2), p. 8-16. 1998.

HELLINGS, P. W. *et al.* **Non-allergic rhinitis**: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/all.13200>. Acesso em: 20 ago. 2020.

HOLANDA, E. R. de. **Doença crônica na infância e o desafio do processo de escolarização**: percepção da família. Dissertação (Mestrado) -Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2008. 116p.

HOLANDA, E. R.; COLLET, N. As dificuldades da escolarização da criança com doença crônica no contexto hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 381-389, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2021.

HOSS, M., CATEN, C. S. Processo de Validação Interna de um Questionário em uma Survey Research Sobre ISO 9001:2000. **Produto&Produção**, vol. 11, n. 2, p. 104 - 119, jun. 2010.

HOSTETTER, T. H; RENNKE, H. G; BRENNER, B.M. **Compensatory renal hemodynamic injury**: a final common pathway of residual nephron destruction. *AmJ Kidney Dis*. 1982.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation. 2017. Disponível em: https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/. <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>. Acesso em: 25 ago. 2020.

INSTITUIÇÃO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Tipos de câncer**: Câncer infanto-juvenil. 04 de março de 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>. Acesso em: 20 jun. 2021.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ªEd. São Paulo: Atlas, 2005.

LEÃO, L. S. D. S. *et al.* Prevalência de Obesidade em Escolares de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [S.L], v. 47, n. 2, p. 151-157, mar./abr. 2003.

LIMA, M. da P. A. **Pontos e contrapontos**: a legislação educacional, a classe

hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar. Orientadora: Carla de Borja Reis. 2011. 66f. Monografia (Especialização) – Curso em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar. Universidade Aberta do Brasil/ Universidade de Brasília. Polo de Santa Maria. 2011. Disponível em: <https://fatebtb.edu.br/novosite/wp-content/uploads/2021/11/01-Pontos-e-Contrapontos.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.

LIRA, G.V.; NATIONS, M. K.; CATRIB, A. M. F. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? **Texto Contexto Enferm.** 2004 Jan-Mar; 13(1):147-55. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0221.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

LUCERO, A; SOUZA, I. M. C. de; CITTADINO, N. S. A criança agressiva para além do Transtorno Opositor Desafiador (TOD). **Mnemosine**. Universidade Federal do Espírito Santo. Vol.17, nº1, p. 332-348. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/61856/38845>. Acesso em: 27 set. 2021.

LUCKASSON, R. *et al.* **Mental Retardation** – Definition, Classification, and Systems of Supports. 9. ed. Washington (DC). American Association on Mental Retardation. 2002.

MARANHÃO, M. V. M. Anestesia e paralisia cerebral. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 55, n. 6, p. 680-702, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000600012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2020.

MEDEIROS, J. L. G. de.; OLIVEIRA E SILVA, Y. F. de . Atendimento educacional em ambiente hospitalar: visão do estudante portador de paralisia cerebral sobre direitos e formação. **Ensino em Re-Vista**, [S. l.], v. 28, n. Contínua, p. e005, 2021. DOI: 10.14393/ER-v28a2021-5. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/60046>. Acesso em: 20 jul. 2021.

MOURA, R. G. F. *et al.* Prevalência dos fatores intrínsecos e extrínsecos do processo de aprendizagem em crianças com epilepsia. **Revista CEFAC**. v. 16, n. 2. p. 472-478. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201416212>. Acesso em: 20 set. 2021.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification**. Am J Kidney Dis 39:S1-S266. 2002.

NEWACHECK, P. W; HALFON, N. Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood. **American journal of public health**, 88(4), p. 610–617. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.88.4.610>. Acesso em 20 abr. 2020.

NOBREGA, V. M. da *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo , v. 51, e03226, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-

220X-reeusp-51-e03226.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

NOGUEIRA, C. L. **Doenças crônicas e deficiência:** perspectivas dos profissionais médicos e assistentes sociais do INSS sobre a lei complementar 142/2013. 2016. 62 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

NONOSE, E. R. S. **Doenças crônicas na escola:** um estudo das necessidades dos alunos. 2009. 116f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP, Marília. 2009.

NORONHA, F. de L. *et al.* Prevalência de cardiopatia congênita em crianças com Síndrome de Down de Juiz de Fora e região. **HU Revista**, v. 37, n. 2, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1111>. Acesso em: 09 out. 2021.

OLIVEIRA, R. G. dos S. *et al.* Escala de triagem: Avaliação do estado de saúde de crianças com deficiência. **Brazilian Journal of health Review Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, v. 3, n. 6, p.18095-18109, nov./dez.2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Doenças respiratórias Crônicas.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=581:doencas-respiratorias-cronicas&Itemid=463. Acesso em: 22 ago. 2020.

PEIXOTO, M. V. da S. *et al.* Características epidemiológicas da paralisia cerebral em crianças e adolescentes em uma capital do nordeste brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa, [S. l.]**, v. 27, n. 4, p. 405-412, 2021. DOI: 10.1590/1809-2950/20012527042020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/187181>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PEREIRA, M. B. R; RAMOS, B. D. Otite média aguda e secretora. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro. 1998. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/98-74-s21/port.pdf>. 14 ago. 2020.

PETEAN, E. B. L.; MURATA, M. F. Paralisia cerebral: conhecimento das mães sobre o diagnóstico e o impacto deste na dinâmica familiar. **Paidéia.** Ribeirão Preto. v. 10, n. 19, pp. 40-46. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/phbnBvFWDsLsRbMfvcNhgRB/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 02 abr. 2022.

PFRIMER, E. O. *et al.* **O adolescente com doença crônica.** 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/artigo-adolescente-doencacronica.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

PINTO, M. B. *et al.* Percepção de mãe acerca da inclusão escolar de crianças com doença crônica. **Revista de Enfermagem**, UFPE, v.11, p. 1200-1206, 2017.

PITCHON, R. R. *et al.* **Mortalidade por asma em crianças e adolescentes no Brasil ao longo de 20 anos.** Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de

Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente, Belo Horizonte, MG, Brasil. *Jornal de Pediatria*. 2020, v. 96, n. 4, p. 432-438. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.02.006>. Acesso em: 3 fev. 2022.

RAMOS, V. C. S. *et al.* Caracterização epidemiológica, clínica e laboratorial de 100 crianças com artrite reumatoide juvenil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 24, n. 4, p. 335-342, 2006.

RATTO, L. R. C. **Prevalência de Comorbidade entre Transtornos Mentais Graves e Transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas** (2000), 83f. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02072004-163541/pt-br.php> Acesso em: 29 jan. 2022.

REDONDO, M. C. da F. **Deficiência Auditiva**. Secretaria da Educação a Distância - MEC. Cadernos da TV Escola 1. 2000.

RIBEIRO, E. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. In: **Evidência, olhares e pesquisas em saberes educacionais**. Número 4. Araxá. Centro Universitário do Planalto de Araxá. maio de 2008.

ROSA, F. R. *et al.* Fibrose cística: uma abordagem clínica e nutricional. **Revista de Nutrição**. v. 21, n. 6, pp. 725-737. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000600011>. Acessado em: 5 jun. 2020.

ROSENBAUM, P. *et al.* A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. **Developmental medicine and child neurology**. Supplement vol. 109. 2007.

SANCHEZ, G. C.; ALMEIDA, R. C. G. O.; GONÇALVES, A. G. Inclusão Escolar: os desafios de alunos com paralisia cerebral em seu processo de escolarização. **REVELLI**, v. 9, n. 2, p. 27-39, 2017. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/revelli/article/view/5897>. Acesso em: 15 maio 2021.

SANDRINI, R. *et al.* Tratamento do hipertireoidismo na infância e adolescência. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 32-36, fevereiro de 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006**. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, n. 246, p. 1, 2006.

SÃO PAULO (Município). **Decreto nº 54.453, de 10 de outubro de 2013**. Fixa atribuições dos Profissionais de Educação que integram as equipes escolares das unidades educacionais da Rede Municipal de Ensino. 2013. Diário Oficial [da]

Cidade, SP, p. 01-03, 11 out. 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/decreto/2013/5445/54453/decreto-n-54453-2013-fixa-as-atribuicoes-dos-profissionais-de-educacao-que-integram-as-equipes-escolares-das-unidades-educacionais-da-rede-municipal-de-ensino>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SÃO PAULO. **Resolução SE 71, de 22-12-2016**. Dispõe sobre o atendimento escolar a alunos em ambiente hospitalar. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, 2016. Disponível em: http://siau.edunet.sp.gov.br/ItemLise/arquivos/71_16.HTM?Time=06/06/2019%2020:15:49. Acesso em: 06 jul. 2021.

SÃO PAULO. **Lei nº 16.925, de 16 de janeiro de 2019**. Veda qualquer discriminação à criança e ao adolescente portador de deficiência ou doença crônica nos estabelecimentos de ensino, creches ou similares, em instituições públicas ou privadas. São Paulo, 2019. Disponível em: www.al.sp.gov.br/norma/189220. Acesso em 09 fev. 2021.

SÃO PAULO. **Política de Educação Especial do estado de São Paulo**. Secretaria da educação do estado de São Paulo. 2021. Disponível em: <https://www.educacao.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/PEE-SP-DOCUMENTO-OFICIAL.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SCHNEIDER, K. L. K.; MARTINI, J. G. **Cotidiano do adolescente com doença crônica**. Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 194-204. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2021.

SCHNEIDERS, L. **Fibrose cística é genética e mais comum na infância**. **Ministério da saúde**. 21 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46161-fibrose-cistica-e-genetica-e-mais-comum-na-infancia#:~:text=Tosse%20que%20n%C3%A3o%20passa%2C%20suor,frequ%C3%AAncia%2C%20pode%20indicar%20fibrose%20c%C3%ADstica>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Regionais da saúde**. Governo do Estado de São Paulo. 2021. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. Acesso em: 25 jun. 2021

SEGRE, S; FERRAZ, F, C. O conceito de saúde. Ponto de Vista. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5. Out 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/#ModalArticles>. Acesso em: 29 abr. 2022.

SILVA, R. da.; FARAGO, A. C. Pedagogia Hospitalar: A atuação do pedagogo em espaços não-formais de educação. **Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade**, Bebedouro - SP, v. 1, n. 1, p. 165-185, abr. 2014. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cadernodeeducacao/sumario/31/04042014074320.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

SKJORTEN, M. **Inclusão total é um sonho, mas devemos persegui-lo.** Disponível em: <http://novaescola.org.br/formacao/entrevista-miriam-skjorten-inclusao-noruega774763.shtml>. Acesso em: 29 abr. 2022.

SOARES, C. M. B. *et al.* Doenças renal crônica em pediatria – Programa interdisciplinar de abordagem pré-dialítica. **Rev. Med. Minas Gerais**, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-557666>. Acesso em 20 ago.2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** p. 19-21. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Informações sobre doenças.** Disponível em: <https://www.sbemsp.org.br/para-o-publico/informacoes-sobre-doencas#>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Dez crianças em cada mil nascidos vivos são acometidas por cardiopatia congênita.** 17 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/dez-criancas-em-cada-mil-nascidos-vivos-sao-acometidas-por-cardiopatia-congenita/>. Acesso em: 1 set. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Artrite Idiopática Juvenil:** Doença inflamatória crônica que acomete as articulações e outros órgãos, como a pele, os olhos e o coração. 8 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/artrite-idiopatica-juvenil/>. Acesso em: 25 ago. 2020.

SOLE, D. *et al.* Asthma in children and adolescents in Brazil: contribution of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 01, pp. 114-125. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822014000100018>. Acesso 24 ago. 2021.

SOUSA, F. M; SILVA, M. C. R. O direito à escolarização de crianças e adolescentes com doenças crônicas no Brasil: uma análise a partir do pensamento complexo e da teoria crítica. **Educação**, v. 45, 2020 – Jan./Dez. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/40327/html>. Acesso em 10 out. 2021.

SOUZA F. A. C. *et al.* Fatores de risco para retinopatia da prematuridade: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Enfermagem**. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/43943/25420>. Acesso em: 26 ago. 2020.

SZELIGA, D. V. M. *et al.* Tireoidite de Hashimoto na Infância e na Adolescência: Estudo Retrospectivo de 43 Casos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 150-154. abril de 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-

27302002000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2020.

THOMPSON, R. J.; GUSTAFSON, K. E. **Adaptation to Chronic Childhood Illness**. Washington DC: American Psychological Association. 1996

UNESCO. **Declaração mundial sobre educação para todos e plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem**. Jomtien, Tailândia: UNESCO, 1990.

UNESCO. Declaração de Salamanca. **Sobre Princípios, Política e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais**. Salamanca, Espanha: UNESCO, 1994.

VALENTINO, L. R. L.; TINÓS, L. M. S.; MAZER, S. M. Experiências pedagógicas de professores com alunos diagnosticados com doença crônica em sala de aula. **Revista Educação Especial em Debate**, v. 5, n. 9, p. 73-92. jan./jun. 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/reed>. Acesso em: 02 ago. 2021.

VAN CLEAV, J.; GORTMAKER, S. L.; PERRIN, J. M. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. **JAMA**, 303(7), p. 623–630, 2010.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 552-560, jul. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400013. Acesso em: 10 ago. 2021.

WERTZNER, H. F.; PAGAN, L. De O.; GURGUEIRA, A. L. Influência da otite média no transtorno fonológico: análise acústica da duração das fricativas do português brasileiro. **Rev. CEFAC**. Jan-Mar; 11(1):11-18, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/bRQSpWjTYPkhvwHKcksGHpp/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 11 ago. 2021.

YANG, T. **Prós e Contras da Amigdalectomia na Amigdalite Recorrente em Idade Pediátrica**. Trabalho final (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Março: 2019. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/43652/1/TongYang.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO: Mapeamento dos alunos com Doença Crônica e/ ou Deficiência com comorbidade

Esse formulário faz parte da pesquisa "Desafios e possibilidades para continuidade da escolarização de estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em municípios do interior do estado de São Paulo".

Com o objetivo de mapear os estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade havendo o intuito de identificar quais são as demandas necessárias para escolarização desses estudantes e a criação de um material informativo para propor ações compartilhadas para continuidade desse processo em rede de colaboração.

O preenchimento leva em torno de 10 minutos e sua participação a essa pesquisa é totalmente voluntária. Você tem total liberdade para recusar participar do trabalho proposto, e que, mesmo concordando e autorizando inicialmente, poderá retirar seu consentimento a qualquer instante, sem que haja qualquer prejuízo para você.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética da UFSCar sob o CAEE 07659319.4.0000.5504 nº parecer: 3.154.544 (19/02/2019).

Desde já agradecemos e contamos com sua contribuição.

Qualquer dúvida estamos à disposição para esclarecimentos. Você pode enviar um e-mail para as discentes Gabriela Guimarães Marchi (gabrielagmarchi@gmail), Mariana Cristina Pedrino (maripedrino@gmail.com) ou a Professora Orientadora Adriana Garcia Gonçalves (adrigarcia@ufscar.br).

Lengenda: *(pergunta obrigatória)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *

() Concordo em participar da pesquisa intitulada "Desafios e possibilidades para continuidade da escolarização de estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade em municípios do interior do estado de São Paulo" e declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

() Não concordo em participar da pesquisa

Se não concordar com termos, o formulário acaba, mas caso concordar segue para identificação do participante.

Identificação e Contato*

As informações a seguir têm por finalidade saber informações básicas sobre os/as respondentes.

Responsável/Representante *:

Função/Cargo *:

Nome da Instituição/Unidade escolar *:

Cidade *:

Email *:

Telefone (XX) XXXX-XXXX *:

Estudantes

As perguntas dessa seção é referente aos possíveis estudantes com doença crônica que possam estar ou já foram matriculados em sua unidade escolar.

1- A unidade teve nos anos de 2017, 2018, 2019 e atualmente em 2020, estudantes com doença crônica (ex: diabetes, câncer, doenças renais, cardiopatias, asma brônquica e artrite reumatoide juvenil.)? *

Sim

Não

2a- Caso a sua resposta for **Positiva**

Ano de 2017 *

Qual(is) doença(s)? (pode marcar mais de uma alternativa)

Diabetes

Câncer

Doenças Renais

Cardiopatias

Asma Brônquica

Artrite Reumatoide Juvenil

Hipotireoidismo

Amigdalite Recorrente

Anemia Falciforme

Otite Crônica

Epilepsia

Cefaleia Crônica

Não teve

Outro:

Quantos estudantes? Indique a doença (se for mais de um estudante) *

Ano de 2018 *

Qual(is) doença(s)? (pode marcar mais de uma alternativa)

Diabetes

Câncer

Doenças Renais

Cardiopatias

Asma Brônquica

Artrite Reumatoide Juvenil

Hipotireoidismo

Amigdalite Recorrente

Anemia Falciforme

Otite Crônica

Epilepsia

Cefaleia Crônica

Não teve

Outro:

Quantos estudantes? Indique a doença (se for mais de um estudante) *

Ano de 2019 *

Qual(is) doença(s)? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Diabetes
- Câncer
- Doenças Renais
- Cardiopatias
- Asma Brônquica
- Artrite Reumatoide Juvenil
- Hipotireoidismo
- Amigdalite Recorrente
- Anemia Falciforme
- Otite Crônica
- Epilepsia
- Cefaleia Crônica
- Não teve
- Outro:

Quantos estudantes? Indique a doença (se for mais de um estudante) *

Ano de 2020 *

Qual(is) doença(s)? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Diabetes
- Câncer
- Doenças Renais
- Cardiopatias
- Asma Brônquica
- Artrite Reumatoide Juvenil
- Hipotireoidismo
- Amigdalite Recorrente
- Anemia Falciforme
- Otite Crônica
- Epilepsia
- Cefaleia Crônica
- Não teve
- Outro:

Quantos estudantes? Indique a doença (se for mais de um estudante) *

2b-Caso a resposta for **Negativa**

- Houve estudantes com doença crônica em anos anteriores a 2016? *

- Sim
- Não
- Não tenho informação sobre

Se sim, em quais anos e que condições/doenças?

Exemplos: diabetes, câncer, doenças renais, cardiopatias, asma brônquica, artrite reumatoide juvenil, hipotireoidismo, amigdalite recorrente, anemia falciforme, otite crônica, epilepsia e cefaleia crônica

Estudantes com deficiência com comorbidade
As perguntas dessa seção é referente aos possíveis estudantes com doença crônica e deficiência com comorbidade possam estar ou já foram matriculados em sua unidade escolar.

3- A unidade teve nos anos de 2017, 2018, 2019 e atualmente em 2020, estudantes com deficiência com comorbidade? *

Exemplos: Síndrome de Down e cardiopatia; Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares que necessitam de intervenção cirúrgica; alunos com mielomeningocele e infecções recorrentes no trato urinário

- Sim
- Não

3a-Caso a resposta for **Positiva**

Ano 2017 *

Qual/(is) deficiência/s com comorbidade? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Síndrome de Down e leucemia
- Síndrome de Down e cardiopatia
- Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias ortopédicas
- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato urinário
- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato respiratório
- Não teve
- Outro:

Quantos estudantes e indique a deficiência com comorbidade (se for mais de um estudante)? *

Ano 2018 *

Qual/(is) deficiência/s com comorbidade? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Síndrome de Down e leucemia
- Síndrome de Down e cardiopatia
- Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias ortopédicas
- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato urinário
- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato respiratório
- Não teve
- Outro:

Quantos estudantes e indique a deficiência com comorbidade (se for mais de um estudante)? *

Ano 2019 *

Qual/(is) deficiência/s com comorbidade? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Síndrome de Down e leucemia
- Síndrome de Down e cardiopatia
- Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias

ortopédicas

- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato urinário
- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato respiratório
- Não teve
- Outro:

Quantos estudantes e indique a deficiência com comorbidade (se for mais de um estudante)? *

Ano 2020 *

Qual/(is) deficiência/s com comorbidade? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Síndrome de Down e leucemia
- Síndrome de Down e cardiopatia
- Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias ortopédicas
- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato urinário
- Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato respiratório
- Não teve
- Outro:

Quantos estudantes e indique a deficiência com comorbidade (se for mais de um estudante)? *

3b- Se a resposta for **Negativa**

Houve estudantes com deficiência com comorbidade em anos anteriores a 2016? *

- Sim
- Não
- Não tenho essa informação

Se sim, em quais anos e que deficiências/condições?

Exemplos: Síndrome de Down e leucemia, Síndrome de Down e cardiopatia, Paralisia Cerebral e deformidades osteoarticulares, realizando cirurgias ortopédicas, Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato urinário, Mielomeningocele e infecções recorrentes no trato respiratório.

Resposta:

Afastamento

As perguntas dessa seção é referente às medidas tomadas pela unidade escolar em relação ao afastamento desses estudantes

4- Dos estudantes com doença e/ou deficiência com comorbidade da unidade escolar, ocorreu algum afastamento? (pode marcar mais de uma alternativa) *

- Afastamento parcial de curta duração (de 7 a 15 dias)
- Afastamento parcial de média duração (15 a 30 dias)
- Afastamento parcial de longa duração (acima de 30 dias)
- Afastamentos intermitentes (durante todo ano letivo número excessivo de faltas em decorrência da condição de saúde)
- Interrupção do processo de escolarização

- Não ocorreu afastamento
- Outro:

5- Caso tenha ocorrido algum afastamento, teve alguma consequência ou prejuízo no contexto escolar? (pode marcar mais de uma alternativa) *

- Prejuízo na aquisição dos conteúdos acadêmicos;
- Atraso no processo de ensino-aprendizagem;
- Mudanças de comportamento
- Dificuldade de socialização/interação com outros estudantes
- Reprovação do ano letivo
- Não houve nenhuma consequência ou prejuízo para os estudantes no contexto escolar
- Outro:

6- Quais as ações que a unidade escolar tomou diante das ocorrências surgidas com os estudantes com doença crônica e/ou deficiência com comorbidade? (pode marcar mais de uma alternativa) *

- Contato com a família
- Contato com profissionais da saúde
- Envio das atividades pedagógicas durante o período de afastamento sem acompanhamento de algum professor
- Não realizou nenhuma ação
- Outro:

Espaço para comentar/relatar sobre o(s) afastamento(s) e ações tomadas

Obrigado por sua participação

Lembrando que os dados da pesquisa serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado suas informações pessoais ou de forma a possibilitar sua identificação, bem como informações da unidade escolar. Esses resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científica.

Espaço caso queira deixar um comentário ou sugestão

APÊNDICE B

Relação dos procedimentos de busca junto aos Municípios participantes

Município	Total de escolas Educação Básica Municipais divididas por etapa	Quantidade de escolas municipais com os dados obtidos	Formas de contato	Respondentes (Participantes)	Resultado obtido
M1	EI: 9 EF: 5	EI: 9 EF: 5	Ligação telefônica e e-mail para a Secretaria da Educação	Coordenadora da Educação Especial	A coordenadora da Educação Especial respondeu indicando a participação de toda a rede municipal de ensino
	Total: 14	Total: 14			
M2	43 EI 14 EF 2 EJA	43 EI 14 EF 2 EJA	Contato via e-mail direto com a gerente.	Gerente de Educação Especial	A gerente EESP respondeu indicando a participação de toda a rede municipal de ensino
	59 Total	Total: 59			
M3	EI: 2 EF: 1	EI: 1	Ligação Telefônica e e-mail para a Secretaria Municipal de Educação	Secretário da Educação	Ficou de repassar para as escolas, mas apenas uma escola de EI respondeu ao questionário.
	Total: 3				
M4	EI: 15 EF: 9	EF: 1	Ligação Telefônica e e-mail para a Secretaria Municipal de Educação e ligação e e-mail para as nove EF.	Diretora da escola de uma EF.	A secretária de Educação não deu retorno via ligação e e-mail, após ligação para 9 escolas e e-mails de EF, apenas uma respondeu o questionário
	Total: 23				
M5	EI: 7 EF: 4 EI e EF juntos: 3	EI e EF juntos: 1	Ligação Telefônica e e-mail para a Secretaria Municipal de Educação e ligação e e-mail para as quatro EF.	Coordenador Pedagógico	A secretária ficou de repassar o e-mail com o questionário para as escolas, porém somente uma escola de EF respondeu,
	Total: 14				

					mesmo tentando o contato direto via ligação e e-mail para as demais escolas, não houve retorno.
M6	EI: 4 EF: 3 EJA: 1	EF: 2	Ligação telefônica e e-mail para Secretaria de Educação. Ligação telefônica e e-mail para duas EF.	Coordenadora Pedagógica e Gestor Escolar	O secretário atendeu a ligação e repassou para as escolas, a qual uma EF respondeu. As outras duas EF, ocorreu a ligação telefônica e o envio do e-mail com o questionário, o qual apenas uma respondeu.
	Total: 8				
M7	EI: 19 EF: 9 EI e EF: 1	EF: 3	Ligação telefônica e email para a Secretaria da Educação. Ligação telefônica e email para as 10 escolas de EF.	Dois diretores de escolas e uma professora coordenadora pedagógica	Uma funcionária da secretária da Seção de Suporte e Inclusão Educacional/ Divisão de Ensino da Secretaria de Educação informou que não tinha público para a pesquisa. Porém quando ocorreu as ligações diretamente para as escolas, três de ensino fundamental responderam o questionário.
	Total: 29				
M8	EI: 10 EF: 3 EI junto EF: 2	EI e EF juntos: 1	Ligação para a Secretaria de Educação e envio de e-mail. Ligação para as escolas e envio de e-	Coordenadora Pedagógica	Ligação para a Secretaria de Educação, envio do e-mail. Ligações para escolas, apenas três atenderam e
	Total: 15				

			mail para 3 escolas.		houve envio do e-mail com questionário, a qual apenas uma respondeu.
M9	EI: 20 EF: 10 EI, EJA e EF juntos: 3	EI, EJA e EF juntos: 1	Ligação para a secretária e envio de e-mail. Ligações telefônicas e envio de e-mail para as 10 EF e 3 EM.	Diretora da escola	A secretária de educação não atendeu a ligação, mas mesmo assim foi encaminhado e-mail para ela. 8 escolas atenderam as ligações e foi passado o e-mail com questionário, apenas uma respondeu. As demais não atenderam o telefone.
	Total: 33				
M10	EI: 1 EF:1	0	Ligação e envio de e-mail para a Secretária de Educação e escola de EF.	0	A secretária não atendeu às ligações e envio de e-mail. A escola de fundamental atendeu a ligação e recebeu o e-mail, porém não houve envio do questionário.
	Total: 2				
M11	EI: 4 EF: 3 EF com EJA:1	0	Ligação telefônica e e-mail para Secretaria da Educação (primeira vez não atendeu); Ligação telefônica e e-mail para as escolas.	0	Um funcionário da secretaria de Educação passou o e-mail das escolas, houve tentativa de ligação telefônica para as escolas e nenhuma atendeu. Foram enviados e-mails, porém não houve resposta.
	Total: 8				
M12	EI: 3 EF e EI:1 EJA: 1	0	Ligação Telefônica e e-mail para a	0	A primeira ligação o atendente

	Total: 5		Secretaria Municipal de Educação e ligação e e-mail para uma EF		falou que iria ver se recebeu o e-mail e ficou responsável de repassar novamente para as escolas. Não houve devolutiva do questionário pelas escolas.
M13	EI: 3 EF:1	0	Envio de e-mail para Secretaria de Educação e ligação para prefeitura. Envio de e-mail e tentativa de ligação para EF.	0	Um funcionário da prefeitura passou o celular do secretário, porém não houve retorno via e-mail do questionário. A escola não atendeu às ligações e não retornaram os e-mails.
	Total: 4				
M14	EI:2 EF:3	0	Ligação telefônica no Departamento de Educação e e-mails. Ligação para as escolas de EF e e-mails para duas escolas.	0	Um funcionário atendeu, repassou para o secretário, porém não houve retorno de respostas via e-mail. As escolas, uma não atendeu e as outras duas de EF, atenderam, porém não retornaram os e-mails com questionário.
	Total: 5				
M15	EI: 2 EF:1	0	Ligação Telefônica para prefeitura e tentativa de e-mail disponível no site. Ligação Telefônica para as escolas.	0	Responderam que não havia secretário de educação e não tinha um e-mail específico. A escola respondeu que não iria participar da pesquisa.
	Total: 3				

M16	EI: 14 EF: 7 EI e EF juntos: 2	0	Ligação Telefônica e e-mail para a Secretaria Municipal de Educação e ligação e e-mail para as nove EF.	0	A funcionária que atendeu ficou de repassar as supervisoras, porém não houve retorno de e-mail com questionários. Somente quatro escolas atenderam as ligações informando o e-mail para repasse do questionário, porém não houve respostas.
	Total: 23				
M17	EI: 11 EF:1 EJA: 1 Profissional: 1	0	Ligação Telefônica e e-mail para a Secretaria Municipal de Educação e ligação e e-mail para uma EF.	0	Por telefone ficou de ver a possibilidade, porém não houve retorno das escolas e da secretária via e-mail.
	Total: 14				
M18	EI: 21 EF: 6 EF e EM: 1	0	Ligação telefônica e e-mail para secretaria de educação	0	Uma Funcionária da Secretaria enviou e-mail que estaria encaminhando para a Secretária que depois retornou com outro e-mail dizendo que não poderia participar da pesquisa.
	Total: 28				
M19	EI: 1 EF:1 EI e EF:1	0	Ligação Telefônica e e-mail para a Secretaria Municipal de Educação e ligação e e-mail para as duas escolas uma EF e outra EI e EF.	0	O funcionário da Secretaria de Educação falou que iria encaminhar os e-mails para as escolas, sem respostas das escolas foi realizada ligações telefônicas, a qual ninguém atendeu.
	Total: 3				

M20	E1: 3 EF: 2 EI junto EF: 1	0	Ligação para a secretaria e envio de e-mail. Ligações para as três escolas de fundamental.	0	Uma funcionária da secretária atendeu e passou para uma nutricionista que estava no local respondeu que havia dois alunos que se encaixava, passou o e-mail, porém não houve retorno. As escolas não atenderam as ligações e não houve envio de e-mail.
	Total: 6				
M21	EI: 3 EF: 2	0	Ligação e e-mail para secretaria de educação e as duas escolas de fundamental apenas ligação.	0	A secretária não atendeu a ligação, porém houve envio de e-mail, que não foi respondido. Escolas não atenderam as ligações.
	Total: 5				
M22	EI: 3 EF: 2	0	Ligação para a secretária e envio de e-mail, ligações para as duas escolas de fundamental.	0	Não houve retorno da escola e nem da Secretária, por ligações, porém encaminhei um e-mail para Secretaria, mas sem resposta.
	Total: 5				
M23	EI: 5 EF: 3 EJA: 1	0	Ligação para secretária e envio de e-mail. As três escolas de fundamental ligação e apenas uma envio de e-mail.	0	A secretária atendeu a ligação, encaminhou os e-mails, mas sem respostas. As escolas, apenas uma atendeu e foi enviado e-mail com questionário, porém não o respondeu.
	Total: 9				

Legenda: M – Município; EI – Educação Infantil; EF – Ensino Fundamental; EJA – Ensino de Jovens e Adultos; EM: Ensino Médio