

ações educativas, tratamento e recuperação, além de reunir a assistência à mulher em clínica ginecológica no pré-natal, parto, puerpério, no planejamento familiar, nas IST, câncer do colo do útero e de mama, e outros fatores identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Contudo, ainda sim, permaneceram as falhas no decorrer do processo, visto que não depende apenas de profissionais ou espaços institucionais. O contexto demanda de maior participações e atores sociais como estado, representantes políticos, financiamento entre outros. "Se no primeiro plano diz-se buscar a garantia de atendimento integral, no plano prático, ainda se reproduz ações fragmentadas dos programas e campanhas tradicionais, não repercutindo na melhoria do atendimento às mulheres" (SANTOS, 2005, p. 07).

Sabendo que o Brasil é um país desigual com características de gêneros, raças, etnias e modelos de vida bem diferentes, tanto em condições socioeconômicas quanto culturais, isto leva à reflexão de que a implantação de políticas e programas para saúde da mulher revela a discrepância nos dados epidemiológicos de uma região a outra do país, tendo vista que não se considerava as singularidades e as necessidades de cada região, dificultando a efetividade e eficácia da implementação desta política (BRASIL, 2004).

Estudos relacionados à saúde da mulher marcam que os problemas de saúde associados a relações sexuais, estão cada vez mais afetadas por diversos fatores, sejam eles o não uso do preservativo, fatores genéticos ou biológicos. A mulher possui uma particularidade biológica muito diferente, o que acaba gerando complicações na transmissão vertical de doenças, como a sífilis e o Vírus Da Imunodeficiência Humana (HIV), ocasionando a mortalidade materna e, mesmo com os avanços, os índices permanecem elevados e pouco mencionados ou até mesmo silenciados (BRASIL, 2004).

Coelho (2003) pontua que o estudo realizado sobre a mortalidade materna da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.

As IST estão presentes entre mulheres e homens, embora sendo evitáveis os números não demonstram a efetividade das ações que são lançadas pelas organizações e programas de saúde, persistindo entre os problemas de saúde pública mais comum do mundo. E, na maioria dessas infecções, podem evoluir para casos de doenças assintomáticas, tais como uretrites, úlceras, sífilis e verrugas genitais (BRASIL, 2004).

[...] Se, por um lado, não é possível conhecer a real magnitude das DST no Brasil, a sua transcendência é por demais conhecida: são consideradas, atualmente, o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV; algumas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito; durante a gestação [...] (BRASIL, 2004, p.34).

E quando se fala no atendimento integral à saúde da mulher reprodutiva, não podemos deixar de observar que dentro dessa integralidade está: o local de acesso à saúde, a família, o transporte, os profissionais na hora de prestar o atendimento, pode ser uma série de fatores que, no fim, contribuem para a efetividade da saúde integral (BRASIL, 2004).

Em uma análise da assistência pré-natal no Brasil, utilizando dados da pesquisa *Nascer no Brasil*, destaca-se que a cobertura do pré-natal no país é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do mesmo e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas; contudo o mesmo estudo mostra mulheres que iniciaram o pré-natal tardiamente (16ª semana), sendo que nas recomendações do Programa Rede Cegonha, o início do pré-natal deve ser realizado até a 12ª semana gestacional, e que em relação aos procedimentos recomendados sobre a primeira rotina de exames e resultados, as regiões Norte e Nordeste apresentaram a menor proporção de registro de exames (VIELLAS *et al.*, 2014).

Por meio do Programa Rede Cegonha são preconizadas ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, estas são: vinculação da gestante à unidade de

referência, o transporte seguro, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto (BRASIL, 2013).

Estas ações estão estabelecidas em quatro elementos estruturantes da estratégia: pré-natal, parto e nascimento puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico, transporte sanitário e regulação.

Todas as maternidades devem prestar o atendimento de forma humanizada e condizente com as ações da rede cegonha, mesmo em situações singelas o profissional poderá garantir o direito e a efetivação dessa rede.

Portanto, é preciso buscar cada vez mais as falhas e identificar como melhorar para que futuramente possa reduzir estatísticas negativas a respeito da mortalidade materno infantil, que é um dos ciclos da vida em que as mulheres se sentem realizadas. É preciso compreender se realmente estratégias de atenção à saúde da mulher reprodutiva, segue os parâmetros da atuação e os protocolos das diversas formas de cuidados (BRASIL, 2013).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional, tendo como princípios a humanização do parto e do nascimento, a organização dos serviços de saúde, enquanto uma rede de atenção à saúde, o acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, a vinculação da gestante à maternidade, a gestante não peregrina e existe a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

O componente pré-natal da Rede Cegonha de acordo com a Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011, estabelece, entre outras, a realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e alto risco com acesso aos resultados em tempo oportuno, incluindo a disponibilização do teste rápido para triagem de sífilis, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites, implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

A Política de Saúde da Mulher reflete a implementação de ações de saúde que deveriam contribuir para garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzir os agravos, as doenças e a mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, como a questão da sífilis, que é uma doença totalmente evitável, pois diversos estudos mostram aumento significativo de Unidades Básicas de Saúde em todos os Estados do Brasil, isto deveria favorecer e permitir o acesso ao teste rápido e ao tratamento que é de baixo custo.

Metodologia

A escolha pelo município de Palmas ocorreu pelo fato da cidade apresentar um índice crescente em relação à sífilis, durante as buscas e pesquisa de dados foi a que mais apresentou e vem apresentando uma alta taxa de sífilis congênita, além disso ter sediada a Maternidade pública que é referência no estado. A maternidade também funciona como campo de pesquisa e estágios supervisionados, o que também possibilitou o interesse pela discussão do tema.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, direcionada ao Conselho de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos – CEP da Universidade Estadual do Tocantins, a qual foi aprovada pelo parecer consubstanciado de Nº 2.939.812.

O processo de avaliação deste trabalho não teve finalidade em interferir em nenhum procedimento no âmbito das ações internas já realizadas nas unidades de saúde, mas identificar o objetivo proposto em relação à pesquisa. Obtendo apenas aspecto de análise de informações.

A análise das informações pode ser feita por meio de matriz comparativa entre informações registradas nos documentos e aquelas obtidas nas entrevistas com informantes-chave e na observação (SILVA, 2014, p. 24).

A amostra proposta inicialmente foi de nove mulheres, que estiveram no período gestacional no ano de 2016 a 2017 que foram acompanhadas pelas Unidades Básicas de Saúde de Palmas, porém, somente foi possível entrevistar cinco mulheres, tendo em vista que duas não foram localizadas e duas não aceitaram participar da pesquisa.

Palmas possui um total de 34 UBS que estão distribuídas por regiões de saúde, sendo 9 unidades básicas de saúde na região norte, 16 na região sul e nove unidades básicas na região central. Para definir o quantitativo das mulheres participantes foram sorteadas seis UBS, considerando a quantidade populacional de moradores de cada região, de acordo com mapeamento da Secretaria Municipal de Palmas.

A partir do sorteio que foram definidos por regiões de saúde:

Quadro 1. Região de Saúde

Região de Saúde em Palmas	Nº de UBS por Região	Nº de Mulheres entrevistadas
Região Norte	2	1
Região Central	1	1
Região Sul	3	3
Total	06	05

Fonte: Autoras (2018).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário de perguntas fechadas, construído por meio de pesquisa documental em consonância às normativas e protocolos do Ministério da Saúde. No questionário continham questões acerca das distintas dimensões avaliadas, quais sejam:

- Faixa etária
- Planejamento reprodutivo se a gravidez foi desejada
- Se a gravidez possuía risco
- Número de consultas de pré-natal
- Vínculo familiar
- Ações da UBS em relação a busca ativa
- Atendimento pela equipe de saúde
- Oferta de exames e teste rápido para a detecção inicial da sífilis
- Tratamento adequado a gestante e suas parcerias sexuais.

A coleta de informações foi realizada em cada unidade de saúde sorteada, no qual um enfermeiro (a) representante do local fez as indicações através da análise de documentos e registros, das respectivas mulheres atendidas na unidade para que se fizesse a busca para aplicação do roteiro de entrevista.

Todas as mulheres entrevistadas tiveram sífilis congênita nos anos de 2016 a 2017, sendo acompanhadas pelas unidades de saúde de suas referências.

A avaliação dos dados foi por meio de um comparativo entre as normativas e protocolos do Ministério da Saúde que preconizam as boas práticas para o pré-natal e o tratamento da sífilis e sífilis congênita, buscando visualizar de maneira comparativa, como esses documentos do MS estão sendo aplicados de acordo com atendimento prestados diretamente a mulher gestante com sífilis.

Resultados e discussão

CRITÉRIO PARA AVALIAÇÃO	PRECONIZADO PELO MS	AÇÕES REALIZADAS DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DAS MULHERES PARTICIPANTES	AVALIAÇÃO DO RESULTADO
<i>Teste rápido</i>	Deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal na UBS referência.	Das cinco entrevistadas todas Relataram não ter realizado o teste rápido na primeira consulta na UBS, e duas afirmaram ter realizado na maternidade.	O teste rápido não vem sendo realizado de modo oportuno, deixando de estabelecer uma das práticas normatizadas pelo ministério da saúde. Fragilizando a lógica de cuidados e tratamento a esse grupo específico, dificultando a identificação da sífilis no tempo oportuno.
<i>Oferta De Testes Rápidos E Exames De Sangue A Suas Parcerias(o)</i>	É estabelecido que todos os exames realizados na gestante devem ser realizados em seus parceiros(a)	Somente duas gestantes tiveram suas parcerias(o) com os exames e o teste rápido, solicitados aos parceiros.	Das cinco entrevistadas, três não sabiam da possibilidade do parceiro realizar os exames para a detecção da sífilis; o que demonstra uma grande lacuna na continuidade do cuidado, sendo que suas parcerias (o) se não tratadas (o) a gestante terá o tratamento inadequado, mesmo com a oferta na UBS para ambos.
<i>Acompanhamento De 0 A 24meses Após O Nascimento Da Criança</i>	Preconiza acompanhamento até a criança completar 02 anos de idade solicitando e encaminhando aos cuidados necessários.	Duas das cinco mulheres identificaram que não foram acompanhadas durante o processo até os dois anos de idade da criança, Foi realizado apenas a vinculação da gestante em sua unidade referência e acompanhada nos 06 primeiros meses.	É importante não só a vinculação da mulher com a sua maternidade, mas sim completar o ciclo de cuidados que perpassa da mulher ao bebe principalmente aqueles que tiveram a sífilis por meio da placenta, para eles estima-se cuidados a longo prazo
<i>Registro na caderneta gestante</i>	A caderneta da gestante deve ser preenchida tanto para os atendimentos médicos e equipe de saúde quanto para a mãe sendo necessário explicitar todo o processo de cuidado realizado	Três mulheres apresentaram a caderneta preenchida de forma completa, obtendo todas as informações das consultas e cuidados realizados durante toda a gestação.	A caderneta da gestante tem todo o fluxo de atendimento que deve ser registrado é importante o registro ter informações não só para uso dos médicos e sim para entendimento da própria gestante sobre sua real situação

<p><i>Orientações gerais, antes e durante a gravidez (Manual da sífilis)</i></p>	<p>Promoção prevenção e orientação a saúde em relação a sífilis</p>	<p>Das cinco entrevistadas três receberam orientações, e foram convidadas a participar de ações nas UBS sobre cuidados no âmbito de prevenção através do uso da camisinha. Mas não consideraram uma ação de forma clara, deixando ainda algumas dúvidas em relação à transmissão vertical da sífilis.</p>	<p>É necessário mapear as necessidades e queixas dessas mulheres para poder intervir. As campanhas que vem sendo realizadas não tem buscado o verdadeiro diagnóstico do público que se quer trabalhar</p>
<p><i>Realização do Pre natal</i></p>	<p><i>11 ° é o Número máximo de consultas de pre-natal que devem ser realizadas</i></p>	<p>Das cincos entrevistadas todas realizaram mais de sete consultas de pré-natal o que está de acordo com o indicado pelo MS.</p>	<p>O número de consultas foi efetuado de acordo com o esperado, porém as falhas nos atendimentos refletem em questões como orientações e tratamentos adequados, onde as participantes explicitaram em outro momento da entrevista.</p>

Fonte: As autoras.

A faixa de idade das 05 mulheres entrevistadas era entre 25 a 30 anos de idade. Nesse momento, todas relatam vida sexual ativa e que usam preservativos, mas não houve relato das mesmas sobre ter participado de ações de prevenção sobre IST's nas UBS e sobre o uso do preservativo especificamente, isto demonstra que há poucas informações sobre as questões relacionadas às IST's. O manual da sífilis elaborado pelo ministério da saúde aponta objetivos e formas de prevenção de diversas IST antes e durante a gravidez sendo a sífilis uma delas, o manual traz em seus objetivos:

Enfoque à promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, em geral, e mais especificamente quanto à sífilis. Prática de sexo protegido (uso regular de preservativos - masculino ou feminino) (BRASIL, 2006, p. 36).

Apesar das 05 mulheres possuírem uma idade maior que 18 anos, todas afirmaram não ser uma gravidez planejada, apenas três delas poderia contar com o total apoio da família, e esses fatores podem ter contribuído para a busca tardia pela primeira consulta.

Destas, duas afirmaram procurar a UBS com apenas dois meses de gestação, já perdendo um mês que poderia ser evitado diversos fatores de infecção.

A sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública no Brasil, com taxa de 1,7 por 1.000 nascidos vivos em 2006, taxa que está, talvez, subestimada,⁷² devido a subnotificação, e considerada inadmissível para uma doença totalmente prevenível,⁷³ em um país onde a atenção pré-natal é praticamente universal (THE LANCET, 2011, p. 38).

Em relação ao teste rápido das cinco mulheres entrevistadas, todas informaram que não fizeram na primeira consulta, como é preconizado pela Rede Cegonha, sendo que apenas duas destas informaram que seus parceiros sexuais tiveram os exames e o teste rápido solicitados; também preconizado e incluso na caderneta da mulher gestante, demonstrando pouco alcance do público masculino, o que impossibilita de forma expressiva contribuir para a redução da sífilis

uma vez que a infecção pode não estar presente na mulher e sim no homem, talvez também a falta de insumos nas unidades reduzem a oferta de diversos serviços à comunidade, mas que de certa forma não impedem de solicitar por outros caminhos para esses mesmos procedimentos.

Os testes rápidos são utilizados para o diagnóstico de HIV e sífilis, visando identificar a sífilis no tempo oportuno no campo da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Esses testes rápidos estão inseridos no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2013).

O tratamento da sífilis é um direito que deve abranger tanto a gestante quanto a sua parceria(s). Muitas dessas mulheres procuram o tratamento na rede de atenção básica, porém suas parcerias por motivos diversos não atribuem a responsabilidade do cuidado para com o casal; foram registrados com os dados epidemiológicos de 2016 que 62,3% dos casos o parceiro não foi tratado, 13,9% fizeram tratamento e para 23,8% dos casos essa informação é ignorada (Brasil, 2016). Todos os documentos e normativas preconizam atendimento para ambos.

As cinco entrevistadas demonstraram total desconhecimento, dessa abrangência, mesmo as que tiveram o parceiro incluído no tratamento não soube responder com autonomia sendo um direito delas mesmas. O protocolo de atenção integral à saúde da mulher tocantinense pelo MS da ênfase nas primeiras consultas, apresenta que:

A Consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetiva identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. A consulta traz fatores como: respeitar o desejo de gestar; Orientar o casal sobre os riscos presentes na gestação, tanto para a mulher quanto para o bebê; Encaminhar para a referência para acompanhamento por médico gineco-obstetra, com o intuito de detectar precocemente, prevenir e tratar possíveis complicações (BRASIL, 2012, p. 12).

Fazendo essa observação entre os pacotes de ações e normativas elaboradas pelo MS e as ações nas unidades básicas o número de infecção da sífilis ainda é muito alto, visto que obteve alguns avanços e principalmente no que diz respeito ao registro e notificações compulsórias.

A notificação compulsória foi instituída por meio da Portaria Nº 33 de 14 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, que obriga a notificação de todas as doenças e agravos por meios dos exames laboratoriais, sendo registrados tanto pelos laboratórios nacionais como regionais, assim permite acompanhar o número de infecções e doenças em grande escala. Esses dados são representados através dos boletins epidemiológicos publicados e de fácil acesso para todos pelo portal do MS. O boletim epidemiológico de 2016 traz em relação a essa notificação:

No Brasil, na última década, observou-se um aumento de notificação de casos de sífilis em gestante que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do Sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação da distribuição de testes rápidos (BRASIL, 2016, p. 3).

Em relação a notificação compulsória no âmbito nacional:

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria no 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestante foi instituída pela Portaria no 33, de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria no 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2016, p. 3).

É preciso que todos os profissionais de saúde compreendam a relevância da notificação para redução e combate à sífilis, pois as evidências desses quantitativos representam um conjunto de informações que irão contribuir e direcionar significativamente a implementação das ações e os instrumentos implantados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política de Saúde, principalmente reduzir os agravos na saúde sexual e reprodutiva da mulher, assim como a mortalidade materno

infantil.

Os dados do estudo nascer Brasil de 2013, foram notificados em âmbito nacional cerca de 21.382 desses casos no país, com uma taxa de detecção de 7,4 por mil nascidos vivos. (Domingues e Leal, 2013). No decorrer do processo possibilita uma reflexão de que não está obtendo tanta eficiência como o esperado em relação ao tratamento da sífilis, pois se passaram 05 anos e a diferença no quantitativo não tem sido muito significativa.

O Boletim epidemiológico expõe a taxa de infecção de acordo com os dados obtidos pelas notificações compulsórias, no ano de 2015 observou-se que 32,8% das gestantes com sífilis, foram diagnosticadas no 3º trimestre de gestação, percentual maior na região Norte (49,7%) (Brasil, 2016).

O Estado do Tocantins está entre os estados com maior taxa de incidência apresentando, 9,1 casos/mil nascidos vivos, o que condiz com o percentual maior na região norte (Brasil, 2016). Essa informação pressupõe e reforça a necessidade de uma avaliação periódica das ações nas unidades de saúde, visando identificar não somente as falhas no atendimento no pré-natal, mas fatores (sociais, culturais e políticos) que podem se relacionar ao aumento de casos de sífilis em gestantes e a sífilis congênita.

Além disso, relacionado ao estudo Nascer Brasil a notificação da gestante com sífilis ainda está abaixo do esperado, visto que muitos lugares possuem deficiência e falta de condições de trabalhos adequadas para tais ações (Domingues e Leal, 2013).

Nos parâmetros estabelecidos na Rede Cegonha para o acompanhamento das gestantes no período de puerpério até a criança completar dois anos de idade, não houve a aplicação desta demanda para duas das participantes, algo não complexo, mas que, mesmo assim, deixou de ser ofertado, ou seja, foi realizada apenas a vinculação da gestante em sua unidade referência e acompanhada somente até os seis primeiros meses.

Das cinco entrevistadas, nenhuma relatou que participou de ações de saúde sexual e reprodutiva e pelo menos três destas não contaram com o apoio da família durante a gestação. É importante destacar que a garantia do pré-natal, a assistência ao parto e a saúde sexual e reprodutiva se constituem um direito da mulher respeitando as diferenças, os princípios da igualdade e a promoção da cidadania.

A Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004, p. 19).

O contexto da saúde sexual e reprodutiva da mulher era algo totalmente distante, nem todas podiam refletir suas condições físicas e psicológicas, para uma gestação, principalmente segura, gratuita e saudável.

Destaca-se que, mesmo com algumas lacunas existentes o SUS, em 2005 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que estabelece como principais diretrizes e ações, entre outras, a ampliação de oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS e incentivo a implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, que representa um grande avanço que poderia viabilizar à mulher o direito de viver plenamente sua sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e o direito de ter relação sexual, sendo a reprodução uma escolha (BRASIL, 2013).

A partir dos resultados apresentados, considerando o comparativo com o que de fato é preconizado pelo Ministério da Saúde, valorizando a perspectiva do olhar da gestante usuária do pré-natal nas UBS em Palmas, foi possível evidenciar que ações acontecem, porém há ainda muito para avançar no cuidado integral a gestante no âmbito da garantia do tratamento da sífilis, na prevenção da sífilis congênita e na garantia da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Considerações Finais

Os achados deste estudo permitem concluir que existem ações sendo desenvolvidas para

controle da sífilis nas unidades básicas de saúde, entretanto, apesar do investimento do Estado na qualificação da Rede Cegonha, estas ações ainda precisam ser ampliadas e aperfeiçoadas para seu pleno desempenho. Alguns aspectos, em específico, podem ser ressaltados, como a inclusão da (s) parceria (s) sexual (s) no tratamento, que ainda se constitui um desafio, e a melhoria da oferta do teste rápido para sífilis na primeira consulta.

O fortalecimento de uma rede de cuidados que vise assegurar à mulher e criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal e parto/nascimento, deve considerar ainda a valorização de atividades educativas de saúde sexual e saúde reprodutiva na atenção primária como espaço prioritário, que é uma demanda crescente da sociedade e, se for ampliada e qualificada como práticas de cuidado, pode colaborar para garantia dos direitos humanos das mulheres e de suas famílias.

Neste particular, destaca-se também que a oferta dos testes rápidos para sífilis, deve ser garantida para todas as mulheres durante o pré-natal no tempo oportuno e a garantia do tratamento da mesma e de parceria (s) sexual (s), por meio do provimento regular dos insumos que é de fundamental importância para assegurar a qualidade das ações e efetividade do cuidado e, conseqüentemente, evitar a sífilis congênita.

Diante do exposto, recomenda-se que, além de criar os documentos e normativas para a saúde materno infantil, também elaborem-se estratégias e meios para acompanhar a execução desses documentos e a sua efetivação nas diversas regiões de saúde. Bem como, propor ações conjuntas com temáticas envolvendo promoção à saúde e prevenção das IST, trazendo e promovendo um maior vínculo da comunidade para com suas unidades referencias, sendo elas a primeira porta de entrada ao tratamento de saúde, olhando para as pessoas como cidadãs e a quem a saúde é um direito no âmbito das diversidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Tiragem: 1. Ed. - 5.000 exemplares. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde - Sífilis, 2015**. ISSN: 1517-1159. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 2 ago.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde - Sífilis, 2016**, v. 47, n.35, 2016. ISSN online: 2358-9450. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis, 2017**. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. ISSN online: 2358-9450.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3 ed. Brasília, DF: Governo Federal, Edição eletrônica 2014. Disponível em:[http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca./Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca./Caderneta-Gest-Internet(1).pdf). Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 26. Saúde sexual e saúde reprodutiva 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2013. 300 p.

COSTA, Maria Dalva Horácio Da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. Pernambuco: 1998

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEA, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>. Acesso em: 1 mar. 2018.

CESAR VICTORA *et al.* Em última análise o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros. **THE LANCET**, maio/2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2018.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Pré- concepção, Pré-natal, Parto e Puerpério. Protocolos de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense**. (Org.): Flávia Pedreira Pereira, Margarida Araújo Barbosa Miranda, Marudiney Brasil César Rodrigues. Palmas-TO, Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.to.gov.br>. Acesso em: 2 fev. 2018.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, 2011. Disponível em: www.thelancet.com. Acesso em: 2 fev. 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro, Ed: Fiocruz, 2014.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência ao Pré-Natal no Brasil . **Cadernos de Saúde Pública Nascido Brasil**, Rio de Janeiro, 2014.

Recebido em 05 de outubro de 2019.
Aceito em 29 de julho de 2022.

ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO REMOTO DURANTE A PANDEMIA: A TECNOLOGIA A FAVOR DA INCLUSÃO

SPECIALIZED REMOTE EDUCATIONAL SERVICE DURING THE PANDEMIC: TECHNOLOGY IN FAVOR OF INCLUSION

Bruna Raquel Resplandes Silva Prudente Junqueira ¹
Eliane de Souza Machado Sales ²

Resumo: O ano de 2020 foi um marco mundial da explosão pandêmica Covid-19 que trouxe consigo mudanças bruscas em diversos seguimentos da sociedade, entre eles, a educação em suas diversas modalidades. Assim, houve a necessidade de buscar alternativas e estratégias para realizar o atendimento educacional especializado remotamente, constituindo-se um grande desafio tendo em vista suas especificidades. O presente artigo visa relatar de maneira sucinta o decorrer das ações pedagógicas inclusivas desenvolvidas durante a pandemia em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) da cidade de Palmas - Tocantins. O trabalho foi desenvolvido através de interações com as crianças e famílias tendo como facilitadora a abordagem afetiva criando vínculos através das interações e brincadeiras, conforme prevê a Base Nacional Comum Curricular e os seus campos de experiências. O presente artigo foi feito a partir de pesquisa bibliográfica, documental e da observação do trabalho realizado.

Palavras-chave: Pandemia. Atendimento Remoto. Atendimento Especializado Educacional. Educação Infantil.

Abstract: The year 2020 was a world milestone in the Covid-19 pandemic explosion that brought with it sudden changes in various segments of society, including education in its various modalities. Thus, there was a need to seek alternatives and strategies to carry out specialized educational care remotely, constituting a great challenge in view of its specificities. This article aims to succinctly report the discussion of inclusive pedagogical actions developed during the pandemic in a Municipal Child Education Center (CMEI) in the city of Palmas - Tocantins. The work was developed through interactions with children and families having as a facilitator the affective approach, creating bonds through interactions and games, as foreseen in the Common National Curriculum Base and its fields of experience. This article was based on bibliographic and documental research and on the observation of the work carried out.

Keywords: Pandemic. Remote Service. Specialized Educational Service. Child Education.

-
- ¹ MBA em Gestão de Pessoas pela Universidade Federal do Tocantins. Especialista em Formação de Professores da Educação Básica em Diretrizes Curriculares pela Unyleya. Graduada em Pedagogia- Docência dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental- Supervisão Educacional na UFT. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2770960890365237>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9950-4687>. E-mail: brunaresplandes@hotmail.com
 - ² Pós-graduada em Psicopedagogia pela Faculdade Suldamérica. Graduada em Pedagogia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0099962324187291>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2057-9155>. E-mail: anemasales@gmail.com

Introdução

No início de 2020 nos surpreendemos com uma pandemia global causada por um novo vírus (Covid-19), como medida de prevenção houve a necessidade do isolamento domiciliar, o que mudou de forma repentina desde os afazeres mais simples como ir ao supermercado até o atendimento ao público em diversos segmentos da sociedade.

Com a massiva proliferação da doença foi compulsória a necessidade do distanciamento físico, assim, números expressivos de escolas no mundo todo tiveram suas atividades presenciais suspensas. Os profissionais da educação agentes fundamentais no processo educacional viram-se, de um momento para outro, tendo que atuar diante de um contexto de excepcionalidade, e alternativas passaram a ser adotadas com o objetivo de reduzir o prejuízo educacional e a preservação do direito à educação assim como nos assegura o artigo 205 da nossa Constituição Federal.

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Nesse sentido o atendimento às crianças se constituiu em um grande desafio para Educação Infantil, tendo em vista as especificidades de cuidar e educar inerentes a primeira infância. Ao mesmo passo da necessidade de cumprimento das medidas de proteção ao vírus, era urgente a necessidade de integrar de forma remota as ações de cuidar e educar, compreendendo que o cuidar vai além do cuidado físico de proteção da saúde, mas passa pelo cuidar da vida da criança pequena, e das suas ações e impressões sobre o mundo (TOCANTINS, 2019, p. 39)

Partindo deste pressuposto, assim como as demais crianças matriculadas nas turmas regulares, as crianças atendidas na Sala de Recursos Multifuncionais-SRM precisavam continuar recebendo atendimento educacional especializado, tendo em vista as suas especificidades e potencialidades a serem alcançadas através de estímulos diversos.

Deste modo, este trabalho intenta refletir sobre o atendimento remoto a crianças em tempos de pandemia matriculadas nas Salas de Recursos Multifuncionais -SRM em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) da cidade de Palmas- Tocantins, tendo como facilitadora a abordagem interdisciplinar através das interações e brincadeiras propostas e a parceria das famílias envolvidas no processo de aprendizagem.

História e direitos educacionais de pessoas com deficiência

Historicamente verifica-se que se utilizando de justificativas ilegítimas foram cometidos atrocidades e extermínios contra pessoas com deficiência pela nossa sociedade.

De acordo com Costa e Fuzzeto,

Por privilegiar a excelência nos conflitos bélicos, a comunidade espartana pregava a perfeição física como ideal máximo atingível aos homens. Com isso, os genitores tinham obrigação de apresentar o filho recém-nascido a um conselho formado por anciãos de notória autoridade para que fosse feita uma avaliação. Aqueles que apresentassem defeito ou fragilidade eram lançados do alto do monte Taigeto. A famosa pólis grega Atenas, entendida como o berço da civilização ocidental, não divergia da cidade-estado grega citada acima. Assim, tinha-se como prática, além da eliminação, abandonar os bebês que nasciam com deficiência em uma vasilha de argila. Tais condutas também eram comuns na civilização romana (COSTA; FUZZETO, 2017, p. 403).

Estas violações eram praticadas com o discurso vago da religiosidade e da supremacia da perfeição, levando em consideração a capacidade para o trabalho ou a habilidade para as guerras, adotando um padrão para banir aquele que foge às regras impostas pela sociedade, separando-os do convívio social e lhes reservando um destino arbitrário e cruel.

A partir da Idade Moderna, com o advento do estudo da anatomia, conforme retratam Costa e Fuzzeto (2017, p. 404), a deficiência passou a ser vista como doença, e, portanto, era merecedora de cuidados e tratamento especial e, “isto só foi possível graças ao avanço da filosofia na época e ao nascimento de vertentes em que impulsionavam o conhecimento empírico.

A violência das guerras no século XX, que teve como resultado grande número de pessoas feridas e tornadas deficientes foram cruciais para uma ressignificação e início de importantes mudanças a respeito dos direitos deste público massivamente excluído. Além desse fator, tem-se a universalização dos direitos humanos, com destaque para o fenômeno da especialização, através da Declaração Universal dos Direitos do Deficiente Mental (1971) e da Declaração dos Direitos dos Deficientes (1982), ambas aprovadas pela Organização das Nações Unidas.

Fazendo um lépido paralelo com o cenário atual, várias lutas foram travadas nesta grande seara, muitos anos de indiferença e negligência se perpetuaram até aqui, porém apesar de tanto tempo de estudos e reflexões a cerca do tema, as pessoas com deficiência ainda resistem e continuam buscando pela garantia dos seus direitos básicos, elas precisam ser vistas para além do assistencialismo. A verdadeira inclusão deve propiciar, uma educação, como prática social, que garanta o direito à igualdade de condições de acesso e permanência, requer ações para uma escola inclusiva, “[...] voltada para a cidadania global, plena, livre de preconceitos, que reconheça e valorize as diferenças” (MANTOAN, 2006, p. 16).

No cenário nacional, a educação inclusiva é um direito assegurado na Constituição Federal de 1988 para todos os estudantes e a efetivação desse direito deve ser assegurada pelas redes de ensino, sem qualquer distinção. Nesse sentido, os sistemas de ensino modificaram sua organização, assegurando aos estudantes da educação especial, a matrícula nas classes comuns e a oferta do AEE previsto no projeto político pedagógico da escola. Com a intenção de atender este direito constitucional, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB 9394/96 no artigo 4, inciso III, aponta que o Estado deve ofertar e garantir que o “atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na escola pública regular de ensino” (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013).

No artigo 58, parágrafos 1, 2 e 3 da LDB 9394/96 a educação especial constitui-se uma modalidade de educação escolar, oferecida, preferencialmente, na rede regular de ensino para estudantes que possuem algum tipo de necessidades especiais.

§ 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.

2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

3º A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil.

Tomando como ponto de partida todas as lutas, manifestações e engajamento da sociedade científica e acadêmica a favor da inclusão, podemos dizer que as legislações nacionais vigentes podem ser vistas como conquistas importantes para a pauta, entende-se que a inclusão de crianças com deficiência na escola é um direito, que para ser acessado depende, entre outros aspectos, da articulação entre profissionais, famílias e sociedade para o cumprimento de diretrizes educacionais, destinação de recursos humanos e materiais e formação de profissionais habilitados para o enfrentamento dos diferentes desafios trazidos pela prática cotidiana.

Neste sentido se faz primordial conhecer as especificidades do Atendimento Educacional Especializado nas unidades escolares assim como as suas diretrizes operacionais.

Diretrizes operacionais do atendimento educacional especializado

O Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Especial, considerando a Constituição Federal de 1988, que estabelece o direito de todos a educação; a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, de janeiro de 2008; e o Decreto Legislativo nº 186, de julho de 2008, que ratifica a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), institui as Diretrizes Operacionais da Educação Especial para o Atendimento Educacional Especializado – AEE na educação básica, regulamentado pelo do Decreto nº 6.571, de 18 de setembro de 2008.

A educação especial é uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular. Os sistemas de ensino devem matricular os alunos com deficiência, os com transtornos globais do desenvolvimento e os com altas habilidades/superdotação nas escolas comuns do ensino regular e ofertar o atendimento educacional especializado – AEE, promovendo o acesso e as condições para uma educação de qualidade. O atendimento educacional especializado - AEE tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. Consideram-se serviços e recursos da educação especial àqueles que asseguram condições de acesso ao currículo por meio da promoção da acessibilidade aos materiais didáticos, aos espaços e equipamentos, aos sistemas de comunicação e informação e ao conjunto das atividades escolares. Para o atendimento às necessidades específicas relacionadas às altas habilidades/superdotação são desenvolvidas atividades de enriquecimento curricular nas escolas de ensino regular em articulação com as instituições de educação superior, profissional e tecnológica, de pesquisa, de artes, de esportes, entre outros.

O AEE é realizado, prioritariamente, na Sala de Recursos Multifuncionais da própria escola ou em outra escola de ensino regular, no turno inverso da escolarização, podendo ser realizado, também, em centro de atendimento educacional especializado público ou privado sem fins lucrativos, conveniado com a Secretaria de Educação.

Do público alvo: Considera-se público-alvo do AEE: a. Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. b. Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação. c. Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotora, artes e criatividade.

Da formação e atribuições do professor: Para atuação no AEE, o professor deve ter formação inicial que o habilite para o exercício da docência e formação específica na educação especial, inicial ou continuada. São atribuições do professor do atendimento educacional especializado: a. Identificar, elaborar, produzir e organizar serviços, recursos pedagógicos, de acessibilidade e estratégias considerando as necessidades específicas dos alunos público-alvo da educação especial; b. Elaborar e executar plano de atendimento educacional especializado, avaliando a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade; c. Organizar o tipo e o número de atendimentos aos alunos na sala de recursos multifuncional; d. Acompanhar a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade na sala de aula comum do ensino regular, bem como em outros ambientes da escola; e. Estabelecer parcerias com as áreas

intersetoriais na elaboração de estratégias e na disponibilização de recursos de acessibilidade; f. Orientar professores e famílias sobre os recursos pedagógicos e de acessibilidade utilizados pelo aluno; g. Ensinar e usar recursos de Tecnologia assistiva, tais como: as tecnologias da informação e comunicação, a comunicação alternativa e aumentativa, a informática acessível, o soroban, os recursos ópticos e não ópticos, os softwares específicos, os códigos e linguagens, as atividades de orientação e mobilidade entre outros; de forma a ampliar habilidades funcionais dos alunos, promovendo autonomia, atividade e participação. h. Estabelecer articulação com os professores da sala de aula comum, visando a disponibilização dos serviços, dos recursos pedagógicos e de acessibilidade e das estratégias que promovem a participação dos alunos nas atividades escolares. i. Promover atividades e espaços de participação da família e a interface com os serviços setoriais da saúde, da assistência social, entre outros.

Levando em consideração estas diretrizes operacionais do atendimento educacional especializado, a seguir iremos apresentar um relato de experiência de como aconteceu na prática de uma instituição de Educação Infantil o atendimento educacional especializado de forma remota em tempos de pandemia, momentos significativos de aprendizados, descobertas e reflexões.

Atendimento educacional especializado remoto durante a pandemia

Em março de 2021, diante de um cenário pandêmico rodeado de angústias e incertezas era imprescindível a necessidade de reestruturação do atendimento educacional especializado, assim, a escola precisou readaptar suas práticas pedagógicas. Neste período foram feitas formações continuadas, estudos online, reuniões virtuais, monitoramento do boletim epidemiológico e adaptações para uma nova realidade, até que gradativamente seguindo as orientações da SEMED – Secretaria Municipal da Educação de Palmas, as atividades foram retomadas de forma remota primando pela segurança das crianças, famílias e servidores da instituição.

Mézsaros (2006), evidencia a educação como instrumento de luta e transformação social, de forma emancipadora e radical através do conhecimento.

Portanto, a nossa tarefa educacional é, simultaneamente, a tarefa de uma transformação social, ampla e emancipadora. Nenhuma das duas pode ser posta à frente da outra. Elas são inseparáveis. A transformação social emancipadora radical requerida é inconcebível sem uma concreta e ativa contribuição da educação no seu sentido amplo. E vice-versa: a educação não pode funcionar suspensa no ar. Ela pode e deve ser articulada adequadamente e redefinida constantemente no seu inter-relacionamento dialético com as condições cambiantes e as necessidades da transformação social emancipadora e progressiva em curso. Ou ambas têm êxito e se sustentam, ou fracassam juntas (MÉZSAROS, 2006, p. 48).

É desse direito que as pessoas com deficiência também são titulares, por isso a urgência da garantia do atendimento educacional especializado, mesmo com a chegada da pandemia, tinha-se que evitar o aumento das disparidades e lacunas educacionais.

A organização do Atendimento Educacional Especializado de forma remota iniciou-se com uma reunião via plataforma virtual com os membros do conselho escolar, professora da Sala de Recursos Multifuncionais - SRM e famílias das crianças atendidas. Com base numa realidade conflitante e diversa devido as questões que a pandemia trazia, era preciso ter sensibilidade para ouvir os anseios da comunidade, suas limitações, acatar sugestões e diante dos seus questionamentos fazer esclarecimentos sobre as propostas pedagógicas deste novo panorama chamado atendimento remoto.

A priori a nossa primeira dificuldade foi estabelecer um canal de comunicação onde pudessemos alcançar o maior número de crianças e famílias a fim de mantermos os vínculos entre a unidade educacional e a comunidade. Como forma de organização, ficou estabelecido na reunião

um pré-agendamento com cada família onde as mesmas concordaram que o meio de acesso, interação, intervenção e estimulação afetiva, social e motora com as crianças aconteceria por meio do *WhatsApp* – aplicativo de mensagens instantâneas mais acessível à realidade das famílias naquele momento. Foram então disponibilizados horários específicos e acessíveis através de chamadas de vídeo com cada criança para interações e desenvolvimento das propostas individuais.

A professora da Sala de Recursos se comunicava com as crianças acompanhadas de seus familiares dando suporte para a execução das propostas pedagógicas através da tela do celular ou computador. Por meio destas interações foi possível desenvolver a socialização e ludicidade, promover a expressividade dos pequenos, saber como eles estavam se sentindo emocionalmente e principalmente instiga-los a desenvolver as atividades planejadas individualmente de acordo com a especificidade de cada criança.

A articulação entre o uso da internet e as formas de organização social e política podem fortalecer e ao mesmo tempo atualizar a comunidade, propiciando possibilidades e novas oportunidades de engajamento na sociedade. Por mais que o processo de descentralização não signifique necessariamente um acréscimo de eficiência e de democracia, ainda assim é o caminho que possibilita às negociações e o alcance/resistência das demandas (BAZOLLI; DANTAS; COELHO, 2018).

Em vista disso, quando a tecnologia se inscreve nas demandas inclusivas, buscando os interesses coletivos, automaticamente se estabelece como um importante instrumento de transformação social, provocando meios de acesso a uma parcela rotulada e marginalizada pela sociedade.

As sugestões de atividades apresentadas às famílias consideraram as Diretrizes Curriculares Nacionais, em seu Artigo 9º, os eixos estruturantes das práticas pedagógicas dessa etapa da Educação Básica, as interações e a brincadeira, experiências nas quais as crianças podem construir e apropriar-se de conhecimentos por meio de suas ações e interações com seus pares e com os adultos, o que possibilita aprendizagens, desenvolvimento e socialização.

As interações e a brincadeira são experiências nas quais os bebês e crianças podem construir e apropriar-se de conhecimentos por meio de suas ações e interações com seus pares e com os adultos, o que possibilita aprendizagens, desenvolvimento e socialização. São ações privilegiadas no desenvolvimento humano, principalmente na infância, um meio para a elaboração e a reelaboração do conhecimento. Brincar é uma forma de ação cognitiva na qual a criança abstrai, interpreta e entende a realidade, pois simula essa realidade. Por meio de suas manifestações, a criança torna-se capaz de representar um significado (objeto, acontecimento) através de um significante diferenciado e apropriado para essa representação (PIAGET, 1975).

A Base Nacional Comum Curricular (BRASIL, 2018, p. 37) recentemente traz em seu texto seis direitos de aprendizagem e desenvolvimento: “conviver, brincar, participar, explorar, expressar e conhecer-se”. E, estrutura cinco campos de experiências para a organização curricular: “O eu, o outro e o nós”; “Corpo, gestos e movimentos”; “Escuta, fala, pensamento e imaginação”; “Traços, sons, cores e imagens”; e “Espaços, tempos, quantidades, relações e transformações” (BRASIL, p. 38-41).

Estabelecer e fortalecer vínculos afetivos foi o primeiro desafio diante desta nova perspectiva de ensino. De acordo com Leite (2006), “A natureza da experiência afetiva (se prazerosa ou aversiva), nos seus extremos depende da qualidade da mediação vivenciada pelo sujeito, na relação com o objeto.”

Por se tratar de um público com especificidades e particulares, identificar recursos que as crianças demonstram interesse, atenção e associação afetiva seja ele por um objeto (galinha pintadinha), música ou brincadeira (esconde-esconde) se fez necessário nos encontros virtuais, pois traziam a elas acolhimento, e progressivamente potencializava a relação afetiva. As intervenções aconteciam simultaneamente através dos nossos momentos de interação. Utilizando-se de recursos simples e de fácil acesso, as propostas eram encaminhadas antecipadamente às famílias para que as mesmas disponibilizassem os materiais necessários durante os encontros virtuais. O tempo de concentração das crianças aumentava de acordo com o interesse e os instrumentos utilizados para a realização das propostas, sendo possível perceber maior desenvoltura em sua oralidade, percepção, atenção, concentração e curiosidade.

É importante ressaltar que a participação ativa e comprometimento das famílias em parceria com o CMEI foi imprescindível para que o resultado fosse satisfatório. Todos os encontros virtuais e as atividades realizadas pela família, eram registradas com fotos ou vídeos e compartilhadas no grupo de *WhatsApp* dos pais da SRM, assim como, registrados no diário de bordo de cada criança e entregue aos responsáveis como documentação pedagógica através de portfólios individuais com as narrativas dos percursos desenvolvidos pelas crianças destacando seus progressos e potencialidades.

Conclusão

Promover interações e brincadeiras de forma remota inegavelmente foi e ainda é um grande desafio enfrentado por todos os profissionais da educação infantil e não menos árduo e complexo, para as famílias que antes da pandemia eram atendidas presencialmente.

De um lado vivenciamos novas práticas, uma imersão obrigatória na cultura digital, um chamado abrupto a reinvenção, aprender a lidar com incertezas foi indispensável, tal como manter o equilíbrio e controle emocional. Do outro lado as famílias também tiveram que estabelecer uma nova rotina, sobretudo no que diz respeito a mediação das interações e brincadeiras propostas pela unidade.

A partir de uma nova realidade, o processo de ensino aprendizagem precisou se ressignificar com medidas que amenizassem as perdas educacionais das crianças nas salas de aulas regulares como também nos Atendimentos Educacionais Especializados (AEE), levando em consideração as especificidades individuais do público alvo.

Através do acompanhamento e análises das documentações pedagógicas, portfólios e diários de bordo, percebemos um grande envolvimento das crianças e familiares ao participarem das propostas disponibilizadas pelos canais de comunicação. Por meio desses registros tivemos a percepção da preocupação e comprometimento das famílias com o desenvolvimento infantil, tendo como mola propulsora a manutenção dos vínculos afetivos para o fortalecimento do trabalho pedagógico.

Certamente um professor que engendra e participa da caminhada do saber com seus alunos, como nos ensinou Paulo Freire (1978), consegue entender melhor as dificuldades e as possibilidades de cada um e provocar a construção do conhecimento com maior adequação.

Portanto podemos afirmar que as propostas pedagógicas remotas tiveram uma boa aceitação da comunidade escolar, foram oferecidas ricas interações que promoveram autonomia e bem-estar emocional às crianças. Ainda que com algumas dificuldades, muitos familiares relataram a importância destas atividades para o estímulo cognitivo, motor e afetivo dos pequenos. Em meio a uma crise pandêmica mundial, é irrefutável ter empatia.

Referências

BAZOLLI, J. A.; DANTAS, L. R.; COELHO, E. C. **Inovação e Democracia**: Civic hacking como ferramenta de tecnologia social na experiência do projeto “Nós propomos” – Palmas/TO. Revista Observatório, v. 4, n. 6, p. 944-964, out./2018.

BRASIL. **Lei nº9394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/Leis/l9394>. Acesso em: 22 jul.2021.

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

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Secretaria de Educação Especial - MEC/SEESP, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf>. Acesso em: 22 jul.2021

BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular:** Educação Infantil e Ensino Fundamental. Brasília: MEC/ Secretaria de Educação Básica, 2018. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/abase/#infantil/os-campos-de-aprendizagem-e-desenvolvimento-para-educacao-infantil>. Acesso em: 8 jul. 2021.

COSTA, Francisco Lozzi Da; FUZETTO, Murilo Muniz. As pessoas com deficiência e a inclusão social: evolução histórica e ações afirmativas. CAMPELLO, Livia Gaigher Bosio; LANNES, Yuri Nathan da Costa (Coord.) **Anais do V Congresso Nacional da FEPODI**. Florianópolis: FEPODI, 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1978.

LEITE, Sérgio Antônio da Silva. **Afetividade e práticas pedagógicas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006. p. 15-95

MANTOAN, Maria Tereza Eglér. **Inclusão Escolar: o que é? por quê? como fazer?** 2. ed. São Paulo: Moderna, 2006.

MÉSZAROS, I. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boi Tempo Editorial, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração dos direitos das pessoas deficientes. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf Acesso em: 28 set. 2021.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança:** imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Trad. CABRAL, A.; OITICICA, C.M. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.

TASSONI, E. C. M. A. **Afetividade e produção escrita:** a mediação do professor em sala de aula. 233 f. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

TOCANTINS, Secretaria Estadual de Educação. **Documento Curricular do Tocantins - Educação Infantil**. 2019. Disponível em: <https://educ.to.gov.br/publicacoes/publicacoes/documento-curricular-do-tocantins---educacao-infantil-e-ensino-fundamental/>. Acesso em: 14 jul. 2021.

Recebido em 30 de janeiro de 2022.

Aceito em 29 de julho de 2022.