



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO/UFRJ

**ETHEL DA SILVEIRA MACHADO**

A direção escolar e a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA):  
dificuldades e resistências da implantação

Rio de Janeiro  
2015

ETHEL DA SILVEIRA MACHADO

A direção escolar e a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA):  
dificuldades e resistências da implantação

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Waidenfeld Chaves

Rio de Janeiro  
2015



**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Faculdade de Educação

Programa de Pós-Graduação em Educação

A Dissertação “ A direção escolar e a caderneta de Saúde do Adolescente (CSA): dificuldades e resistências da implantação ”

Mestrando(a): Ethel da Silveira Machado

Orientado(a) pelo(a): Profa. Dra. Miriam Waidenfeld Chaves

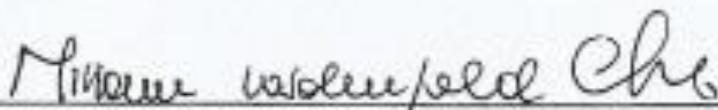
E aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro e homologada pelo Conselho de Ensino para Graduados e Pesquisa, como requisito parcial à obtenção do título de

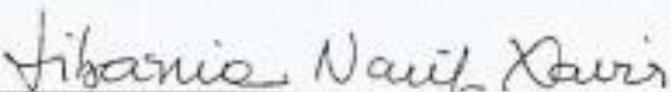
**MESTRE EM EDUCAÇÃO**

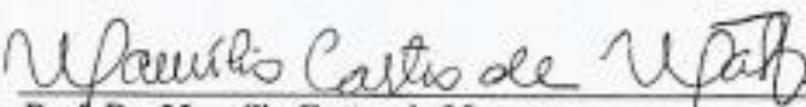
Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2015.

Banca Examinadora:

Presidente:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Miriam Waidenfeld Chaves

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Libânia Nacif Xavier

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos

## CIP - Catalogação na Publicação

Md Machado, Ethel da Silveira  
A direção escolar e a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA): dificuldades e resistências da implantação / Ethel da Silveira Machado. -- Rio de Janeiro, 2015.  
132 f.

Orientadora: Miriam Waidenfeld Chaves.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2015.

1. Políticas Públicas. 2. Intersetorialidade. 3. Juventude. 4. Adolescência. I. Chaves, Miriam Waidenfeld, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

“Vamos precisar de todo mundo...  
Um mais um é sempre mais que dois”  
(Beto Guedes/Ronaldo Bastos)

À realização deste estudo se somaram inúmeras pessoas. Cada uma delas - com seu modo peculiar - conseguiu evidenciar experiências, palavras, posturas e comportamentos que, entrelaçados às minhas próprias vivências, formaram a riqueza particular da minha trajetória. Minhas vivências - pessoais e profissionais - se intensificaram nos últimos anos e, certamente, me ajudaram a produzir esta dissertação. Então, hoje, quero agradecer a todos que fizeram parte desta história com o meu mais profundo respeito, carinho e gratidão. Muito obrigada !

Agradeço, inicialmente, ao meu Deus. Nele, eu deposito a minha crença e, assim, reafirmo cotidianamente a minha confiança e a minha fé. Já no plano físico, existem muitas pessoas às quais encaminho meus agradecimentos:

À minha mãe Teresa Regina da Silveira Machado por estar sempre ao meu lado. Por me apoiar e apresentar, desde cedo, o caminho da busca como o único método para as minhas conquistas. E, aqui, já agradeço ao meu irmão Tiago da Silveira Machado por ser meu constante amigo e companheiro. Juntos, eles formam a minha rede protetora e segura. É a segurança ofertada por esta rede que impede que eu desanime ou esmoreça.

Ao meu querido Leonardo Jorge Zacché pelo apoio e pelo incentivo, desde o início. Por aceitar as minhas opções e vibrar com cada uma das minhas conquistas. Por me estimular, constantemente, a querer muito mais de mim mesma.

Às amigas Alessandra Gomes e Leni de Almeida por cooperarem com o meu projeto - desde o início - quando tudo ainda era apenas um sonho. Aqui, também agradeço à Coordenadora do Núcleo de Promoção em Saúde e do Programa Saúde na Escola do município de Duque de Caxias, minha compreensiva chefe, companheira de trabalho e amiga Andréa de Oliveira Bastos.

A todos os funcionários da Coordenação de Programas de Saúde do município de Duque de Caxias, especialmente, à Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde, Dr<sup>a</sup>. Sandra Victória Cerqueira Martins. Também agradeço a todas as funcionárias da Coordenação de Programas de Saúde do município de Petrópolis, especialmente, à Coordenadora Dr<sup>a</sup>. Adriana Durringer Jacques.

Aos colegas fisioterapeutas do Hospital Estadual Getúlio Vargas e do Hospital Municipal Infantil Ismélia da Silveira que, em períodos distintos, muito me auxiliaram na realização dos meus plantões, cooperando para que eu concluísse as disciplinas do Mestrado com maior tranquilidade.

À Secretaria Municipal de Educação de Duque de Caxias, por autorizar a execução desta pesquisa, bem como pela gentil concessão dos dados solicitados. Assim, também agradeço às diretoras escolares da rede pública municipal de educação por permitirem a realização das entrevistas que muito contribuíram para o trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialmente, à Solange Rosa Araújo - Secretária do PPGE-UFRJ - pelo seu acolhimento sincero, pelo sorriso farto e por ser uma amiga para os alunos, sempre disponível para o auxílio.

À orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Miriam Waidenfeld Chaves por ter escolhido, desde a primeira entrevista, conduzir este trabalho. Registro, aqui, um agradecimento especial pela gentileza e cordialidade da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Ivenicki, por sua valiosa contribuição, através da sua participação na banca examinadora do Projeto de Qualificação, realizada em 2014. Da mesma forma, também agradeço ao Prof. Dr. Carlos Frederico Bernardo Loureiro e ao Prof. Dr. José Jairo Vieira por terem cooperado - ainda que implicitamente - com a evolução desta pesquisa, através das disciplinas que ministraram.

Ao Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos e à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Libânia Nacif Xavier por aceitarem, gentilmente, participar da banca examinadora desta dissertação.

Aos amigos da Turma de Mestrado de 2013, pela amizade, parceria e apoio cotidianos: Adilson Severo, Carla Ramalho, José Roberto Pereira Peres e Renata Dargains. Sem vocês, certamente, tudo teria sido muito mais difícil.

À minha querida amiga Ana Carolina Cavalleti Guerra por todo auxílio, amizade e conhecimento que tem dividido comigo, ao longo dos anos.

A todos os meus especiais amigos que sempre estiveram torcendo por mim.

À Waldeth Aleixo Pacheco, minha primeira professora de Ciências, por ter despertado em mim a paixão pelas questões que envolvem a Educação e a Saúde Pública, ainda no extinto Primeiro Grau, na década de 1970. Ela me mostrou, através do seu exemplo, que a continuidade da busca e da especialização são critérios fundamentais para o crescimento pessoal e profissional de todos os indivíduos.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é averiguar o modo como a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) - produzida e distribuída em todo território nacional, pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC), desde 2009 - foi implantada em oito escolas do município de Duque de Caxias. Dividimos este trabalho em quatro eixos. Iniciaremos com uma abordagem sobre as políticas públicas voltadas para a juventude no Brasil para que, em seguida, possamos discutir a intersetorialidade nas políticas públicas que envolvem a Saúde e a Educação. Os dois outros aspectos trabalhados na dissertação referem-se ao debate em torno do papel das “juventudes” e o seu protagonismo no Brasil, atualmente; bem como a trajetória da implantação da CSA no município de Duque de Caxias, problematizando a concepção de “promoção da saúde” que ela abarca, nos seus diversos sentidos. Para que tal proposta fosse viabilizada, elegemos os diretores como os sujeitos escolares privilegiados desta análise, na medida em que acreditamos que - por meio de suas falas - podemos apreender a maneira como a CSA é implantada em suas escolas. Neste sentido, esta dissertação apresenta: a) o conceito de adolescência e juventude, na atualidade; b) uma discussão a respeito do que seja o “trabalho intersetorial” e o que os órgãos públicos - idealizadores deste trabalho - pensam e propõem para que ele seja implantado de forma viável; c) uma reflexão em torno do papel dos sujeitos escolares envolvidos nesta ação; d) o reconhecimento de que um dos temas da Caderneta, a sexualidade, ainda representa um assunto polêmico para a escola e e) a confirmação de que, atualmente, a direção escolar encontra-se assoberbada e imersa em um cotidiano administrativo que a impede de lidar com todas as responsabilidades pedagógicas propostas para o ambiente escolar.

Palavras-chave: Sujeitos Escolares, Caderneta de Saúde do Adolescente; Política Pública e Intersetorialidade.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to ascertain how the Adolescent Health Record (CSA) - produced and distributed nationwide, by the Ministry of Health (MS) in partnership with the Ministry of Education (MEC), since 2009 - was implemented in eight schools in the municipality of Duque de Caxias. We divide this work in four directions. We begin with a approach about public policies for youth in Brazil, so that we can discuss the intersectorality in public policies involving Health and Education. The two other aspects worked on the dissertation refer to the debate around the role of "youths" and its role in Brazil, currently; and the trajectory of the implantation of the CSA in the municipality of Duque de Caxias, questioning the concept of "health promotion" she embraces in its various senses. So that such a proposal was made possible, we elect the directors as the privileged school characters of this analysis, as we believe that - through his lines - we can learn the way the CSA is implemented in their schools. In this way, this paper presents: a) the concept of adolescence and youth, today; b) a discussion of what is the "intersectoral work" and what the public agencies - creators of this work - think and propose for it to be implemented viably; c) a reflection around the paper of the school characters involved in this action; d) the acceptance that one of the Handbook themes, the sexuality, is still a polemic subject for school and e) the confirmation that, at present, the school administration is overwhelmed and immersed in an administrative routine which prevents it from handle with all the responsibilities proposed for the school environment.

**Keywords:** School subjects; Health Record Adolescents; Public policy and Intersectoriality.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASAJ - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem

ASAJ-SESDEC/RJ - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do estado do Rio de Janeiro

CCAIC - Centro Creche de Atendimento à Infância Caxiense

CF - Constituição Federal

CSA - Caderneta de Saúde do Adolescente

CSC - Caderneta de Saúde da Criança

CSPI - Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EB - Ensino Básico

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EE - Educação Especial

EF - Ensino Fundamental

EI - Educação Infantil

EM - Ensino Médio

EJA - Educação de Jovens e Adultos

ES - Ensino Superior

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FEUDUC - Faculdade de Educação de Duque de Caxias

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GTIM - Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IFRJ - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia

IMC - Índice de Massa Corporal

LDB - Lei de Diretrizes e Bases

LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação

METRO V - Metropolitana Estadual V

MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PAISCA - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente  
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar  
PIB - Produto Interno Bruto  
PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNJ - Política Nacional de Juventude  
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde  
PPP - Projeto Político Pedagógico  
PROSA - Programa de Atenção à Saúde do Adolescente de Duque de Caxias  
PROSAD - Programa de Atenção à Saúde do Adolescente  
PSE - Programa Saúde na Escola  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PSS - Programa Saber Saúde nas Escolas  
REDUC - Refinaria de Duque de Caxias  
SESDEC/RJ - Secretaria Estadual de Saúde e de Defesa Civil do Rio de Janeiro  
SME - Secretaria Municipal de Educação  
SME/DC - Secretaria Municipal de Educação de Duque de Caxias  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SNJ - Secretaria Nacional de Juventude  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UPC - União Popular Caxiense  
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UNIGRANRIO - Universidade do Grande Rio  
HPV - Vírus do Papiloma Humano

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I - Juventude: ampliação do protagonismo</b> .....	18
1.1 A produção acadêmica sobre “as juventudes”: um conceito em construção.....	19
1.2 A ampliação do papel da juventude: o ECA e as novas políticas públicas .....	25
1.3 A intersectorialidade entre Saúde e Educação: uma proposta bem pertinente.....	31
1.4 O ponto de vista teórico: os diretores escolares “na berlinda” .....	34
<b>CAPÍTULO II – A Caderneta de Saúde do Adolescente: um desafio para o MEC e para o MS</b> .....	41
2.1 O que dizem os documentos proclamados?.....	42
2.2 A capacitação para a implantação da CSA: um trabalho “de formiguinha” .....	50
2.3 CSA: do suporte material e textual ao seu significado simbólico e epistemológico.....	57
2.3.1 A dimensão biologicista da Caderneta .....	63
2.3.2 A integralidade na Caderneta: um princípio fragilizado .....	66
2.3.3 “Adolescência” x “juventude”: a ambigüidade dos conceitos.....	67
2.3.4 A dimensão da cidadania através da Caderneta: quem realiza esse exercício para a juventude?.....	69
<b>CAPÍTULO III – Os diretores escolares de Duque de Caxias na “roda-viva” da implantação da CSA</b> .....	72
3.1 O município em questão .....	75
3.1.1 Descortinando a rede municipal de Educação .....	78
3.1.2 O “chão” das escolas caxienses pesquisadas .....	81
3.2 A voz das diretoras escolares.....	84
3.2.1 Quem são as diretoras entrevistadas? .....	85
3.2.2 Capacitar para participar x Participar para capacitar.....	87
3.2.3 O discurso da (não) interpretação de uma política à luz da intersectorialidade .....	101
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	110
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	120
<b>ANEXOS</b> .....	127

## INTRODUÇÃO

Atualmente, as ações envolvendo os setores Saúde e Educação - dentro do espaço escolar - constituem as diretrizes de uma nova política de atenção à saúde no Brasil. Nesse sentido, algumas políticas públicas intersetoriais foram criadas e implantadas em todo o território nacional, visando estimular a promoção da saúde e o combate aos fatores de risco para o adoecimento dos jovens escolares inseridos nas redes públicas de ensino em todo o país.

Como exemplos da política pública intersetorial desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC) destacam-se: a criação do Programa Saúde na Escola (PSE) - através do Decreto nº 6.286, de 2007 - e a criação da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) - através da Portaria nº 3.147, de 2009 (BRASIL, 2014).

O PSE resulta da política intersetorial entre a Saúde e a Educação e tem procurado, acima de tudo, promover a assistência integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens, matriculados no Ensino Básico (EB) público, através das intervenções sobre os fatores de risco que podem acometer a saúde e a integridade - física e mental - desses mesmos sujeitos sociais. Assim, crianças, adolescentes e jovens podem ser atendidos do modo mais apropriado, ou seja, intersetorialmente, na medida em que se estabelece uma integração entre as redes públicas de Saúde e de Educação nos municípios e nos estados de todo o Brasil (BRASIL, 2008).

Dentro da perspectiva apresentada, desde 2005, algumas equipes de saúde brasileiras foram convidadas para participar do projeto-piloto de avaliação e implantação de um novo instrumento de promoção e prevenção em saúde, direcionado exclusivamente para o público adolescente e jovem.

O projeto foi apresentado como um guia instrutivo, em forma de uma Caderneta. Primeiramente, foi testado em doze municípios do território nacional, sob a coordenação da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), no MS. Em seguida, o guia foi avaliado através da pesquisa “Análise da Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente e seus Efeitos sobre os Serviços de Saúde”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a Coordenação do Professor Marcelo Rasga Moreira (JACQUES, 2010).

Em 2008, os guias - um masculino e outro feminino - foram lançados oficialmente pelo MS, em Brasília. Nomeado como “Caderneta de Saúde do Adolescente”, o instrumento começou a ser distribuído em 2009, principalmente nas capitais e nas cidades onde já existiam ações do PSE e do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD).

Os idealizadores da CSA têm procurado incentivar um tipo de implantação que priorize as especificidades de cada região do Brasil, a fim de que as estratégias de implantação sejam realmente discutidas, de forma regionalizada - com as equipes do setor Saúde e com os profissionais do setor Educação - em cada município do país (JACQUES, 2010).

Com a interlocução entre suas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e de Educação (SME), os municípios adquirem autonomia para traçar diretrizes de planejamento e execução, visando implantar a CSA através das suas unidades de saúde e das escolas públicas (JACQUES, 2009). Inicia-se, então, uma etapa da política intersetorial em que as diretoras escolares passam a ter um papel fundamental como facilitadoras da implementação do instrumento.

O tema desta dissertação emerge da necessidade de investigar como a proposta de implantação da CSA tem sido colocada em prática nos territórios, bem como averiguar o modo como uma amostra das escolas municipais de Duque de Caxias tem atendido aos princípios da integralidade e da transversalidade que vieram à tona com os novos paradigmas dos dois setores envolvidos: Saúde e Educação.

Aqui, temos como objetivo entender a maneira como as direções escolares de oito unidades da rede pública municipal de ensino de Duque de Caxias percebem o tema “saúde” em suas escolas; bem como compreender o modo como colocam a proposta em prática - através dos seus planejamentos - visando a realização de atividades que facilitem a distribuição e o uso da CSA em suas unidades. Assim, buscamos explicitar os próprios limites, dificuldades e tensões da implantação da política, no momento em que é executada pelas escolas em foco.

Este interesse torna-se pertinente na medida em que observamos que as políticas públicas têm fortalecido a intersetorialidade e, conseqüentemente, a constituição de uma concepção integral dos indivíduos por meio da construção de novos conceitos de cidadania, autonomia, saúde e responsabilidade corporal, inclusive, dentro dos espaços escolares.

Constatamos que, a partir dos anos 2000, o Governo Federal vem formulando uma variedade de políticas que têm como objetivo a integração social, principalmente, para os jovens. Citamos, como exemplos, a criação do Projovem 1, do próprio Programa de Saúde na Escola (PSE) 2 e do Programa Saber Saúde nas Escolas (PSS) 3, entre tantos outros programas que são voltados para este público.

Sabemos que trabalhar intersetorialmente não é tarefa fácil para os Ministérios, para as Secretarias - sejam elas estaduais ou municipais - e nem mesmo para os profissionais da Saúde e da Educação, uma vez que implica na mudança de uma postura política que os próprios funcionários públicos - aqueles responsáveis por executá-las -, muitas vezes, têm dificuldade para colocar em prática.

Se já sabemos que tanto o conhecimento quanto o “ensinar/aprender” têm se tornado cada vez mais intersetorial, a criação da CSA pressupõe a própria implementação de um novo princípio na esfera das políticas públicas, cotidianamente (JACQUES, 2010). Assim, frente às dificuldades apontadas para a execução dessas políticas, também nos interessa saber de que modo um grupo específico de funcionários públicos - os diretores escolares - têm lidado com a questão quando são os responsáveis pela implantação da Caderneta em suas escolas, em parceria com profissionais que estão vinculados a outro setor público: a Saúde.

A relevância do tema está pautada na necessidade da Educação - enquanto um setor público - incrementar a sua participação nas discussões e na elaboração de trabalhos acadêmicos que abarcam a intersetorialidade das políticas públicas, na atualidade. Conseqüentemente, a implantação da CSA implica, também, no estreitamento das relações intersetoriais, no compartilhamento dos saberes e na

---

1) O ProJovem é um programa voltado para a juventude que iniciou suas ações em 2005, tendo como eixos estratégicos a elevação da escolaridade, a qualificação profissional e a participação cidadã dos jovens de 18 a 24 anos que não concluíram o Ensino Fundamental e que não trabalhavam. A partir de 2008, o programa foi ampliado para os jovens de 18 a 29 anos alfabetizados e que não concluíram o Ensino Fundamental, trabalhadores ou não. Atualmente, o programa passou a ser denominado de Projovem Urbano, fazendo parte do Projovem Integrado e de um conjunto de outras políticas destinadas à população juvenil (BRASIL, 2008).

2) Instituído através do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2008).

3) O PSS é um programa integrante do Programa Nacional de Controle do Tabagismo/INCA. Este programa está presente em mais de 1.200 municípios brasileiros e foi desenvolvido, especificamente, para as escolas públicas. Tem como proposta metodológica uma abordagem multi e interdisciplinar, trabalhando sob a ótica da promoção da saúde de forma continuada em todas as séries, disciplinas e atividades da escola. Seu objetivo é o de contribuir na formação de cidadãos responsáveis e críticos, capazes de decidir sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, com responsabilidade social e sobre o meio ambiente, dentro de uma concepção mais ampla de saúde (BRASIL, 2008).

pactuação dos compromissos e das responsabilidades, envolvendo as descentralizações dos poderes; bem como na reorganização das práticas, em todos os níveis. Assim, acreditamos que este tema tenha potencial para se transformar em um objeto privilegiado de análise para aqueles pesquisadores que se interessam pela questão.

Além disso, defendemos que seja de suma importância a introdução deste tipo de debate em um Programa de Pós-Graduação em Educação. Ou seja, se a esfera política propõe o entrelaçamento entre a Saúde e a Educação, cabe às esferas acadêmicas - das mesmas áreas - buscarem entender como a proposta é, na prática, realizada. E o argumento torna-se ainda mais pertinente após a constatação de que, nos bancos de dados e revistas especializadas na área da Educação, o assunto ainda continua sendo pouco explorado.

Especificamente sobre o termo “intersectorialidade” - que está intimamente atrelado ao trabalho concreto com a CSA - e, mesmo considerando o recente tempo de implantação deste tipo de política no Brasil, ainda encontramos um maior número de publicações - dezessete dissertações - em Programas de Pós-Graduação, inseridos nas diversas áreas da Saúde e apenas duas publicações no campo da Educação. Percebemos, então, que a intersectorialidade - tão necessária nas ações planejadas entre a Saúde e a Educação - é muito mais debatida pelos especialistas do setor Saúde do que pelos especialistas do setor Educação.

Com relação à própria CSA e à sua recente implantação no território brasileiro, a investigação em bancos de dados - aqui, realizada no banco da CAPES - evidencia quatro dissertações sobre o tema, publicadas por Programas de Pós-Graduação específicos, inseridos nas diversas áreas da Saúde e apenas uma publicação no campo da Educação: “Educação e Saúde na Educação de Jovens e Adultos: expandindo limites de reflexão com a Caderneta de Saúde do Adolescente” (JACQUES, 2010).

A dissertação, aqui apresentada, busca chamar a atenção dos Programas de Pós-Graduação em Educação para a questão, bem como evidenciar as próprias resistências e dificuldades da implantação da CSA nas escolas públicas. O interesse pelo tema pauta-se na experiência profissional da pesquisadora. Atuando como professora e fisioterapeuta em redes municipais distintas e sendo integrante das equipes das Coordenações dos Programas de Saúde Pública nos municípios de Duque de Caxias e de Petrópolis, torna-se observável - e com certa apreensão - o processo de construção e

partilha de saberes entre os profissionais da Saúde e da Educação, visando cumprir os objetivos e as metas promulgados pelas políticas intersetoriais da atualidade.

Percebemos que ao mesmo tempo em que as políticas públicas têm sido elaboradas a partir de uma ótica cada vez mais “intersectorial”, os sujeitos envolvidos - diretores escolares, professores, médicos, psicólogos, etc. - demonstram que ainda não sabem lidar com as inovações propostas pelas políticas e pelos Ministérios; ou seja, com um tipo de prática intersectorial e/ou interdisciplinar que, justamente, se opõe às formas mais tradicionais, mais utilizadas e, inclusive, ainda mais aceitas no trato da própria vida pública.

Cabe, ainda, ressaltar que este tipo de investigação privilegia a compreensão dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, a integralidade e a participação popular e comunitária. Assim sendo, pesquisas que envolvam este tipo de fundamento permitem uma reflexão sobre os modos como as políticas são, na prática, vivenciadas. Seja por aqueles que têm a responsabilidade de executá-las - em nosso caso, aqui, os diretores escolares -; seja para “quem” as políticas são efetivamente pensadas: os alunos.

Este trabalho contribui para uma investigação que se encontra, não apenas na intersectorialidade, mas também na imbricação entre o que é proclamado e desejado pelos elaboradores das políticas e o que é, efetivamente, realizado nos territórios e municípios, visando a formação de indivíduos menos vulneráveis, em um longo prazo.

Assim, motivados pelo acompanhamento da implantação da CSA no município de Duque de Caxias e pelo desejo de investigar como as escolas atendem a esta demanda de construção da cidadania em seus territórios, decidimos pesquisar o modo como se processa a implantação do instrumento de promoção da saúde voltado para os adolescentes e para os jovens, partindo da capacitação ministrada - pela SMS e pela SME - para as direções escolares. Enfim, ansiamos entender como uma parte dos sujeitos responsáveis pela concretização da política, de fato, a implementa em seus estabelecimentos escolares.

A fim de que tal proposta seja realizada, estruturamos a dissertação em três capítulos e uma consideração final. No primeiro capítulo, será apresentado o debate já existente sobre o protagonismo juvenil e a intersectorialidade; bem como sobre as políticas públicas elaboradas no campo da Saúde e da Educação, nos últimos anos.

Apresentamos, ainda, algumas considerações teóricas e metodológicas que conduziram nossa reflexão a respeito da questão.

No segundo capítulo, realizamos a análise da documentação elaborada pelo MS, no que se refere a CSA, bem como a análise do modo como foi conduzida a capacitação para a sua implantação em Duque de Caxias. Em seguida - a partir de uma perspectiva cultural - examinamos o próprio suporte material em que se encontra a CSA, com o objetivo de apreender o seu significado simbólico (CHARTIER, 1990).

No terceiro capítulo, evidenciamos a visão das diretoras escolares entrevistadas sobre o adolescente/jovem inserido em suas unidades de ensino, enquanto um novo sujeito escolar na atualidade e, ainda, revelamos a forma como entendem e implementam o uso da CSA em suas escolas.

Por fim, descrevemos, sucintamente, o contexto social das escolas do município de Duque de Caxias onde as Cadernetas foram, inicialmente, distribuídas e implantadas; bem como a relação deste contexto apresentado com as particulares interpretações geradas pela CSA - enquanto um instrumento de saúde - através da análise do discurso das diretoras escolares entrevistadas.

## **CAPÍTULO I**

### **Juventude: ampliação do protagonismo**

No início da década de 1990, a sociedade brasileira torna-se bem mais heterogênea e ciente dos seus direitos, na medida em que a luta democrática amplia-se com o final da ditadura militar (BADARÓ, 1998). A própria juventude começa a emergir como um grupo social relevante, chamando a atenção para suas novas formas de agir, pensar e sentir que se espalham por todo o território nacional.

Já nos anos iniciados em 2000, a juventude começou o processo de transformação das periferias em um importante *locus* de fermentação de novas práticas e estilos de vida juvenil (DAYRELL, 2003). Diante do cenário evidenciado, a esfera pública passa a perceber o poder de influência da juventude como um novo agrupamento social que, cada vez mais, constitui sua identidade a partir das suas práticas, experiências e vivências. Conseqüentemente, tanto o mundo acadêmico quanto o próprio Estado iniciam uma série de reflexões acerca deste debate.

### **1.1 A produção acadêmica sobre “as juventudes”: um conceito em construção**

Desde o final do século passado, o mundo acadêmico - especificamente a Universidade - passa a ser o *locus* de uma série de pesquisas sobre a juventude. Vale ressaltar que a edição de um número especial: “Juventude e Contemporaneidade” - da Revista Brasileira de Educação (1997) - já indicava que os pesquisadores do campo da Educação também se preocupavam com a temática. Além disso, a Sociologia e a Psicologia são outros espaços privilegiados que reforçam, constantemente, o mesmo debate.

Carrano e Dayrell (2002), demonstraram que o conceito de adolescência e juventude possui vários olhares: primeiro, o conceito do jovem como pessoa que virá a ser alguém, inserido em um momento de transição e com sua identidade ainda indefinida. Indicam que essa imagem ainda é muito presente na escola, sendo o aluno alguém que “virá a ser outro alguém”, no futuro. Os autores - ressaltando o papel da escola para o fortalecimento desse tipo de conceito - concordam que este ponto de vista implica em uma falta de definição da individualidade do adolescente e que, portanto, seus conflitos - próprios da idade - os fazem procurar em seus pares (outros adolescentes e jovens) o reconhecimento da sua própria identidade.

A segunda visão seria a do jovem com a imagem produzida a partir dos anos sessenta e que o relaciona a alguém “inserido” em um mercado consumidor. Nesse caso,

Carrano e Dayrell (2002) concordam que o mercado consumidor - ao conectar a imagem do jovem a certos produtos veiculados nas propagandas de cigarros, álcool e carros - cria uma idéia centrada na permissividade da sociedade com os erros dos “mais jovens” e das suas “menores responsabilidades”. Como se o adolescente e o jovem tivessem o direito e o dever de praticar atos levianos e sem conseqüências, na medida em que teriam pouca responsabilidade sobre suas próprias ações (CARRANO e DAYRELL, 2002).

Os autores também destacam que a imagem mais comum é a do “jovem em conflito” - seja com sua própria identidade ou com sua autoestima - e que carrega para dentro da família os seus conflitos, gerando desavenças. Ambos afirmam que, para os pais, parece ser esse o conceito mais predominante, inclusive, por meio da utilização de termos como “aborrecentes”. Nesse caso, ocorreria, então, uma diminuição do diálogo entre pais e filhos, com a tendência ao isolamento do jovem. Mais uma vez, os autores sinalizam que a idéia do “jovem em conflito” faz com que a juventude procure mais por seus próprios pares, restringindo suas relações às pessoas com a mesma idade e gerando pouco diálogo intergeracional (CARRANO e DAYRELL, 2002).

Em última análise, os autores também consideram o conceito do jovem como um “ser biológico”, que inicia a sua capacidade reprodutiva, as suas atividades sexuais e que exhibe crescimento e desenvolvimento acelerados, especificamente, nessa fase da vida. (CARRANO e DAYRELL, 2002).

Segundo Vilella e Doreto (2006), o conceito de adolescência e de juventude se funde. A adolescência é considerada entre 10 e 19 anos e a juventude, entre 15 a 24 anos. Portanto, é fato que existe uma interseção entre os dois conceitos. Os autores afirmam que o conceito de adolescência possui um caráter negativo, remetendo à dependência, à irresponsabilidade, às dificuldades emocionais e à impulsividade; enquanto o conceito de juventude é altamente positivado, remetendo à independência, à criatividade e à responsabilidade.

Ainda sobre a adolescência, os autores revelam que a idéia mais importante é aquela que relaciona este ciclo de vida com a transição do período da infância para a vida adulta e com a aquisição da capacidade de trabalho e de reprodução. Para efeitos deste estudo, consideraremos o conceito utilizado na área da Saúde - o da Organização Mundial de Saúde (OMS) -, que define a adolescência como a fase correspondente a segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e a juventude como uma etapa que se estende

dos 15 aos 24 anos. O conceito da OMS comporta, ainda, outros desdobramentos que permitem identificar, também, os adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e os adultos jovens (de 20 a 24 anos).

Em relação à discussão sobre a juventude, é necessário propor uma distinção importante entre a condição juvenil (modo como a sociedade constitui e significa este momento do ciclo de vida) e a situação juvenil (que revela os diferentes percursos que esta condição experimenta, partindo dos mais diversos recortes quanto ao gênero, à etnia e à classe social). Ou seja, deflagra a complexidade do tema, bem como a relevância da produção de políticas que envolvam os diversos segmentos sociais: o jovem, o adolescente, ou ainda, o jovem adolescente (SPOSITO e CARRANO, 2003).

Dayrell (2007) - ao discutir as relações entre a juventude e a escola - problematiza o lugar que a escola ocupa na socialização da juventude contemporânea, em especial dos jovens das camadas populares. Trabalha com a hipótese de que as tensões e os desafios existentes na relação atual da juventude com a escola são expressões de mutações profundas que vêm ocorrendo na sociedade ocidental e que, em última instância, acabam por afetar tanto as instituições quanto os processos de socialização das novas gerações.

Em outro momento, Dayrell (2003) afirma que - no cotidiano - nos deparamos com uma série de imagens a respeito da juventude que interferem na nossa maneira de compreender os próprios jovens. Uma das imagens mais arraigadas é a da juventude vista na sua condição de transitoriedade, na qual o jovem representa um “vir a ser” e, nesse caso, não é considerado no seu presente, no seu “eu” enquanto um sujeito que - no presente - já é alguém que pensa, que vivencia uma série de experiências e que, acima de tudo, produz cultura.

O autor, então, discute as características dos jovens que chegam às escolas públicas, evidenciando a existência de uma nova condição juvenil no Brasil contemporâneo que precisa ser compreendida a partir de sua própria diversidade social, cultural e econômica, bem como a partir dos seus próprios modos de ser, pensar e sentir (DAYRELL, 2003)

Diante das constatações apresentadas, já podemos inferir que - se a CSA é um instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da “população juvenil”, inclusive na escola; que visa acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento e, ainda, que busca orientar adolescentes e jovens com vistas à prevenção das doenças futuras, facilitando

ações educativas que promovam o aprendizado de estilos de vida mais saudáveis -, então, torna-se fundamental compreender que, na base da sua política, também precisa existir o entendimento do quanto é complexa a definição do que significa ser jovem, na atualidade.

Percebemos, ainda, que a referência feita à "população juvenil", proposta pela CSA, possui uma conotação bastante generalista e pouco aprofundada sobre quem são os participantes do grupo para o qual a Caderneta é produzida. Indica-nos a relevância dos trabalhos acadêmicos sobre a juventude, na medida em que podem elucidar algumas questões para os próprios idealizadores da CSA.

Um primeiro alerta é que os trabalhos acadêmicos nos obrigam a refletir sobre as implicações que algumas categorizações podem acarretar nos modos de se conceber e produzir a saúde de adolescentes e jovens, como o próprio risco de uma vinculação às concepções únicas e hegemônicas da adolescência e da juventude, bem como o esquecimento de algumas formulações e agrupamentos específicos ou mesmo de uma Caderneta mais apropriada e que contemple, inclusive, as diversidades e os homossexuais.

Abramo e León (2005), por exemplo, abordaram a questão conceitual sobre "juventude" e contextualizaram o uso de certas definições no Brasil, afirmando que o termo "adolescência" se refere aos processos púberes, emocionais e comportamentais que caracterizam uma fase da vida marcada pelos rituais de mudanças. De outro modo, o termo "juventude" refere-se à categoria social e é um balizador da geração, dentro de um contexto histórico, representativo no espaço público e na sociedade. Entretanto, os autores destacam um aspecto importante mostrando que há uma interface no uso dos dois termos. A interface é pontuada, historicamente, a partir da década de 1980, em diante.

A questão também é problematizada por Pais (1990) quando se refere à impossibilidade de englobar em uma mesma geração, ou mesmo em um único grupo, indivíduos que identificam a si mesmos como pertencendo, por exemplo, às classes sociais, grupos ideológicos ou grupos profissionais distintos. Ou seja, será que todos os jovens que recebem a Caderneta, por todo Brasil, possuem o mesmo perfil social, os mesmos gostos e experiências sociais e culturais?

Por último, cabe ressaltar que Abramo e León (2005) apontam que a juventude - entendida enquanto uma categoria social - ganha maior visibilidade a partir da década

de 1970, com o acirramento da crise econômica e social, do desemprego, do aumento da violência, da relação do jovem com a criminalidade e da falta de oportunidades de inserção no mercado de trabalho.

A mudança de contexto social - implicando no crescimento dos comportamentos de risco, da gravidez precoce, do uso abusivo de drogas, das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), como a AIDS - contribuiu, ainda mais, para tornar a juventude - bem como o jovem estudante - um “alvo”, tanto das políticas públicas quanto da reflexão acadêmica. Contudo, os autores deixam claro que tanto a prática política quanto a reflexão acadêmica só surtirão efeito caso seja possível superar a visão negativa sobre os jovens, tornando-se imprescindível a criação de novos estudos sobre o tema e a formulação de novas ações mais centradas nesse agrupamento social (ABRAMO e LEÓN, 2005).

Uma nova concepção sobre o tema pressupõe, portanto, o reconhecimento do protagonismo juvenil e da sua força social, na medida em que aquilo que o jovem pensa, diz e faz pode transcender os limites do seu entorno - pessoal e familiar - e “ganhar o mundo”. Desse modo, ao se transformar em um agrupamento social com poder de influenciar - não só culturalmente, mas inclusive, politicamente - acaba por interferir tanto na produção do conhecimento contemporâneo quanto na formulação das políticas públicas atuais.

Assim, também é relevante destacar a concessão dos direitos políticos de voto para os maiores de dezesseis anos, em 1985 e as mobilizações estudantis coletivas - ocorridas em 1992 - que tiveram como elemento impulsionador a participação juvenil.

O reconhecimento das manifestações públicas aponta, inclusive, para a capacidade autônoma de mobilização desenvolvida pelos jovens contra o presidente Collor, durante o movimento dos “Caras-Pintadas”, ocupando as ruas para protestar contra a corrupção no governo - através das amplas mobilizações, dotadas de forte apelo - e que religou os jovens com a política, naquela década.

Contudo, é relevante destacar que a juventude se constitui como um grupo exposto às várias situações de risco e vulnerabilidade e que se torna, a partir deste momento, o foco para a elaboração de uma série de políticas públicas. Nesse caso, se destacam - principalmente - as políticas intersetoriais que são compartilhadas pelo MS e pelo MEC.

Assim, emerge um novo olhar sobre o jovem. Este “novo olhar” está marcado por um ponto de vista que procura enxergá-lo não como alguém em transição - “um vir a ser” - mas como um indivíduo que já possui uma identidade e formas próprias de atuar na sociedade. Enfim, como sujeitos com capacidade participativa na construção social (DAYRELL, 2007).

Conclui-se, então, que o “novo jovem” tem poder para influenciar o curso dos acontecimentos, não apenas de sua vida, mas também da sociedade em que se insere. Em outras palavras, a emergência do protagonismo juvenil não deixa de ser o reconhecimento de que a participação dos jovens pode gerar mudanças decisivas na realidade social, ambiental, cultural e política em que estão inseridos.

O “participar”, para o adolescente/jovem, ao mesmo tempo em que implica envolver-se em processos de discussão, decisão, desenho e execução de ações - através da sua inserção na solução de problemas reais - também pressupõe o desenvolvimento de seu potencial criativo e da sua força transformadora. Então, o protagonismo juvenil passa a ser entendido tanto como um direito quanto como um dever, já que a juventude encontra-se circunscrita às mesmas exigências sociais que qualquer outro agrupamento social (DAYRELL, 2007).

A concepção ampliada da juventude nos permite, inclusive, concluir que os estudos sobre a relação juventude/educação devem ser entendidos de forma também abrangente, não podendo limitar-se à educação escolar, mas incluindo outros aspectos que possam auxiliar os jovens no exercício da vida pública, como seu desenvolvimento pessoal, profissional, das relações sociais e do trato com as questões do bem-comum.

Ao mesmo tempo, os espaços educacionais devem ser compreendidos como múltiplos, ultrapassando os muros das escolas e atingindo outros espaços de referência, como as organizações sociais, os movimentos sociais, outros espaços de agrupamentos e de convivência dos adolescentes e dos jovens, etc.

O papel da escola se constitui, então, numa “função-chave” para o desenvolvimento do protagonismo juvenil, na medida em que tem a intenção clara de desenvolver a autonomia dos adolescentes e dos jovens. Assim, uma relação mais horizontal, entre o educador e o educando, pressupõe um acordo com o contexto atual, onde não mais são toleradas as formas hierárquicas das ações e do discurso, dentro e fora das instituições.

Nesse sentido, seria função do processo educativo criar oportunidades que pudessem garantir aos mais jovens uma vivência e um aprendizado das questões do mundo adulto, proporcionando o fortalecimento de um autoconceito mais positivo, a facilitação para a formação de vínculos mais saudáveis e o desenvolvimento das suas potencialidades e dos seus talentos. Ao mesmo tempo em que esse processo favoreceria aos próprios jovens, também contribuiria para a construção de uma sociedade menos desigual (JACQUES, 2010).

De acordo com a literatura citada, concluímos que o jovem passa a ser um importante alvo para os pesquisadores no âmbito das Ciências Sociais, pois vêm apontando para o fato de que a definição do que significa “ser jovem”, atualmente, pressupõe pesquisas empíricas que objetivam ouvir o próprio jovem. Ou seja, as pesquisas sinalizam que a compreensão das formas de expressão da juventude também podem ser definidas pelos próprios jovens e não somente por seus professores, familiares, médicos, psicólogos, etc. E, assim, permitem que o seu papel como protagonista também seja analisado segundo suas vivências, experiências e produções - culturais e políticas.

O protagonismo juvenil também nos indica que seria mais prudente usar o termo “juventudes” - em sua forma plural - devido à complexidade e heterogeneidade deste agrupamento social. Velho (2006) e Dayrell (2007) defendem a existência de diferentes sentidos para a juventude e dos diversos modos de ser jovem, no contexto do cotidiano atual que, por sua vez, também tem se tornado mais diversificado e plural (VELHO, 2006; DAYRREL, 2007).

Cabe, então, questionarmos: será que os discursos sobre a saúde dos adolescentes, presentes em um instrumento de saúde como a CSA, estão em conformidade com o que a literatura acadêmica tem produzido sobre a questão? Ou, não estariam marcados por uma abordagem mais uniforme e homogênea sobre o que seriam esses mesmos jovens?

## **1.2 A ampliação do papel da juventude: o ECA e as novas políticas públicas**

O balanço histórico das políticas públicas voltadas para os jovens do território brasileiro está pautado no início de um novo período político, inaugurado em janeiro de

2003. As políticas nascem, inclusive, de uma nova orientação em torno das percepções sobre os direitos da juventude no Brasil.

Atualmente, para melhor discorrer sobre as políticas voltadas para a juventude, é necessário lembrar aquilo que já mencionamos no item anterior: que as reflexões acadêmicas consideram a idéia da existência da palavra “juventudes”, no plural. Assim, as políticas públicas também procuram levar em consideração esse pressuposto. A pluralidade pode ser percebida, ainda, na própria diversidade das situações existenciais, sociais, regionais, culturais e econômicas que afetam os sujeitos em todo o Brasil.

A nova perspectiva em torno das “juventudes” não se construiu facilmente. Ao examinar a trajetória das políticas públicas destinadas aos jovens no Brasil - sobretudo ao nível federal -, bem como as políticas setoriais de Educação, Saúde e Trabalho, RUA (1998) constata que - até meados da década de 1990 - nenhuma delas estava contemplando ações, efetivamente, voltadas para os jovens.

Apesar de já se constituírem como um grupo social com identidade própria, os jovens ainda se encontravam inseridos na agenda das políticas sociais que atendiam a outras faixas etárias. Enfim, as políticas, equivocadamente, ainda não contemplavam a especificidade das necessidades e demandas do agrupamento social que, sob certos aspectos, possuía uma vida profissional, estudava e já estava constituindo família (RUA, 1998).

Somente ao final da década de 1990 e início da década seguinte é que as iniciativas públicas passaram a alterar o cenário descrito, abarcando parcerias com instituições da sociedade civil e as várias instâncias do Poder Executivo: federal, estadual e municipal. Entretanto, é preciso ressaltar que as decisões envolvendo a implantação das políticas públicas não foram tomadas a partir de meros consensos. Ao contrário, são frutos de conflitos acerca, por exemplo, do destino dos recursos e dos bens públicos que, acima de tudo, são limitados e que ainda implicam em grandes negociações.

Abad (2002) aponta que a evolução histórica das políticas para a juventude, na América Latina, foi determinada pelos problemas de exclusão dos jovens da sociedade e pelos desafios de como facilitar-lhes os processos de transição e integração ao mundo adulto. O autor também estabelece uma periodização em torno de quatro modelos de políticas para a juventude: a) a ampliação da Educação e o uso do tempo livre (1950 - 1980); b) o controle social de setores juvenis mobilizados (1970 - 1985); c) o

enfrentamento da pobreza e a prevenção do delito (1985 - 2000) e d) a inserção laboral de jovens excluídos (1990 - 2000).

Atualmente, é no âmbito de uma concepção ampliada dos direitos que alguns setores têm discutido a situação dos jovens. Pautados na criação do documento “magnó”, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - através da Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - os setores iniciaram a elaboração de suas políticas. Ou seja, se a Universidade produziu uma série de pesquisas sobre a juventude, é somente com a instituição da Lei Federal que as questões sobre a juventude e sobre o adolescente entram para a agenda dos formuladores das políticas públicas no Brasil.

É fato, porém, que as atenções da sociedade civil e do poder público voltaram-se, nos últimos anos, principalmente para uma fração específica da juventude: aqueles que estão em processo de exclusão ou privados dos seus direitos. O recorte econômico-social, então, passa a impor políticas bastante específicas.

Segundo Rua (1998), um aspecto que define as políticas públicas é a presença do aparelho público-estatal na definição das políticas, mesmo que ocorram algumas parcerias. O autor propõe um entendimento sobre essas políticas como sendo um conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas sociais. Inicialmente, é importante ressaltar que a idéia de “políticas públicas” está associada a um conjunto de ações articuladas com recursos próprios - humanos e financeiros -, envolvendo sua dimensão temporal, bem como a sua capacidade de impacto.

Conforme abordado no item anterior, se a juventude foi - por um longo período - considerada como um ciclo de vida marcado por uma instabilidade associada a determinados “problemas sociais” (SPOSITO, 1997), as políticas públicas, igualmente, acompanharam esse modelo definidor. Apenas oscilavam quanto ao modo de apropriação de tais problemas: ora, havia um investimento nos aspectos positivos dos segmentos juvenis; ora, havia uma acentuação na dimensão negativa dos “problemas sociais” vividos pela juventude.

Assim, segundo Carrano (2003), as “juventudes” do Brasil podem ser descritas da seguinte forma: a) década de 1960: a juventude é vista como um “problema”, na medida em que era definida como protagonista de uma crise de valores e de conflitos de gerações, situados sobre o campo dos comportamentos éticos e culturais e b) década de 1970: a juventude é atrelada aos problemas de emprego e de entrada na chamada “vida

ativa”, quase se transformando em uma categoria econômica (PAIS, 1990; ABRAMO, 2005).

No final da década de 1980, a percepção política sobre a juventude, aos poucos, vai se modificando devido às orientações defendidas pelos movimentos voltados para os direitos da infância e da adolescência que procuravam superar as concepções restritas, acima descritas. Acreditava-se, então, em uma dimensão de políticas públicas que considerasse os direitos e as demandas daqueles que ainda não tinham atingido a maioridade.

Assim, as lutas sociais em torno do direito da infância e da adolescência ofereceram novos caminhos para que fosse construída uma imagem mais positiva do jovem. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), se instaura um novo ordenamento constitucional com o aumento da consciência dos direitos e da cidadania incluindo, ainda, a promulgação do ECA, em 1990. O Estatuto configura-se, então, como o principal motor para a formulação de uma política social destinada às crianças e adolescentes no Brasil.

Desde a década de 1990 e no âmbito de uma concepção ampliada dos direitos, os setores públicos iniciam um debate mais sistematizado sobre a situação dos adolescentes e dos jovens. Porém, ao olhar exclusivamente para a idade cronológica e para os limites da maioridade legal, algumas políticas ainda excluem um amplo conjunto de sujeitos que atingem a maioridade, mas que permanecem no campo das necessidades de possíveis ações, porque ainda vivem - efetivamente - em uma “condição juvenil” (DAYRELL, 2007).

Outro aspecto a ser abordado é que, a partir da década de 1990, a preocupação com uma série de problemas atrelados aos jovens - tais como Saúde, Segurança Pública, Trabalho e Emprego - intensifica-se, dando margem a um aprofundamento das ações públicas sobre a questão. Enfim, evidencia-se a necessidade da elaboração de um conjunto de políticas públicas voltadas para a juventude, objetivando validar o ECA que, em última instância, foi escrito com o intuito de preservar e garantir os direitos sociais e políticos da juventude.

Dentro do contexto evidenciado, a juventude menos favorecida economicamente ganhou voz e - com o aprofundamento do processo de redemocratização do país e com o desenvolvimento de uma nova concepção de política, a partir da ampliação do que possa vir a ser o conceito de “público” - sentiu-se ainda

mais empoderada para reivindicar os seus direitos. Dessa forma, foram criados novos modos de participação juvenil, como o estímulo das “habilidades” no trato das relações humanas, com vistas à obtenção dos futuros resultados sociais, mais planejados e mais desejados (CARRANO e DAYRELL, 2002).

O poder público inicia a criação de uma série de programas esportivos e culturais 4 a fim de buscar algumas alternativas para certos agrupamentos juvenis que possuíam tempo ocioso ou abandonavam a escola. Podemos, entretanto, afirmar que essas políticas - ao mesmo tempo em que buscaram integrar os jovens de forma “civilizada” ao jogo social - também possuíam um cunho preventivo e controlador, na medida em que as relações entre a violência urbana e a juventude cada vez aumentavam mais (SPOSITO, 1997).

De outro lado, Sposito e Carrano (2003) também chamam a atenção para a criação de alguns programas e projetos governamentais, focalizando a juventude de 15 a 24 anos, já a partir do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. Contudo, é preciso revelar que a quantidade de programas e projetos encontrados pelos autores não implicou na garantia de uma maior atenção voltada para o agrupamento social.

Os autores também evidenciam que, no momento em que realizaram seus estudos e em relação ao tempo de início dos programas relacionados aos jovens, o referido período de governo representou uma verdadeira “explosão” de ações voltadas para a temática “juventude e adolescência”, no plano federal (SPOSITO e CARRANO, 2003).

Os novos programas se encontravam estruturados em diversos Ministérios: cinco na Educação; seis no Esporte e Turismo; seis na Justiça, um no Desenvolvimento Agrário; um na Saúde; dois no Trabalho e Emprego; três na Previdência e Assistência Social; dois na Ciência e Tecnologia e dois no Gabinete da Presidência da República. Ainda há a criação de um programa (já de caráter interministerial), localizado no Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, integrando onze projetos focados nos jovens.

Sposito e Carrano (2003) também sinalizam a baixa coordenação, acompanhamento e monitoramento - por parte do governo federal - em relação aos seus programas e projetos, no período compreendido entre 1995 e 2002. Os autores

---

4) Especificamente no Ministério do Esporte e Turismo, destacamos a criação dos “Jogos da Juventude”, em 1995; do “Projeto Navegar”, em 1999 e, ainda, das “Olimpiadas Colegiais”, em 2000 (SPOSITO e CARRANO, 2003).

ressaltam, ainda, a ausência de registros sobre a avaliação e o comportamento gerencial das políticas. E demonstram que, mesmo diante da criação de determinadas políticas voltadas para a juventude durante este período, estas ainda se constituíram pautadas em algumas fragilidades quanto à gestão. Entretanto, no mesmo artigo, também destacam que os programas e projetos federais, acima citados - voltados para os adolescentes e/ou jovens - podem ser considerados de “forte intensidade” para este público (SPOSITO e CARRANO, 2003).

Especificamente no âmbito do MS, os autores citam a criação do PROSAD, em 1989, e a criação da ASAJ, pertencente à Secretaria de Políticas da Saúde. A área técnica ainda encontra-se, exclusivamente, voltada para os adolescentes e jovens, atualmente. Também é responsável pela articulação de diversos programas e projetos do MS que lidam com as questões relativas à adolescência e à juventude (ou seja, para sujeitos de 10 a 24 anos), desde 1999.

Mesmo com a ampliação das políticas públicas para outras dimensões - dentro dos próprios setores públicos - ainda era perceptível, naquela época, a existência de uma considerável diversidade de desafios, incluindo uma lacuna diante dos jovens que viviam, por exemplo, no campo e no interior.

Visando solucionar os problemas e ampliar o raio de ação dos programas voltados especificamente para a juventude, cabe mencionar a constituição dos Conselhos de Juventude - municipais e estaduais - com formatos e funções diversos, através da Lei n. 11.129; bem como a constituição da Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) e da Política Nacional de Juventude (PNJ), a partir de 2005.

Avançando na discussão em direção ao objeto desta dissertação, coloca-se uma questão: a implantação da CSA implica em pensarmos o adolescente/jovem dentro do seu cotidiano e isso demanda novas interações com a juventude, visando oportunizar a implantação de uma política pública que desperte a responsabilidade para com a sua saúde e com as suas práticas não institucionalizadas e, ainda, que são passíveis de efetivação através das ações que são desenvolvidas dentro dos vários setores e serviços - através das chamadas redes e parcerias que o MS concebe como ações intersetoriais -, incluindo a escola.

Nesse caso, e de acordo com os interesses desta dissertação, torna-se necessário compreender como as equipes diretivas, especialmente as direções escolares, percebem as múltiplas expressões da juventude e as concepções de sujeito -

adolescente/jovem - encontradas no espaço escolar. Interessa-nos entender como as visões sobre esses sujeitos sociais se relacionam com as políticas públicas implantadas, considerando o cotidiano desses jovens. Isto é, como as escolas implantam a CSA? Como as direções escolares lidam com a Caderneta, tendo o jovem como o público-alvo principal a ser atingido?

Então, hoje, apontamos que o maior desafio é garantir a elaboração de políticas públicas voltadas para “as juventudes” em uma pauta cada vez mais dilatada. Que atinja o cotidiano do agrupamento social, objetivando a ampliação dos seus direitos. O que buscamos, portanto, é que os jovens sejam vistos como sujeitos dotados de autonomia e como interlocutores ativos na formulação, execução e avaliação das políticas a eles destinadas.

De acordo com Pais (1990), é cotidianamente, ou seja, no curso de suas interações do dia-a-dia, que a juventude constrói formas sociais de compreensão e entendimento e, ainda, que se articulam com novas formas específicas de consciência, de pensamento, de percepção e de ação. Assim, uma análise sobre a CSA será interessante, na medida em que tem como público-alvo, justamente, o adolescente/jovem.

### **1.3 A intersectorialidade entre Saúde e Educação: uma proposta bem pertinente**

A preocupação com a formação do estudante para a sua participação mais ativa na sociedade e, também, para o seu processo de construção da cidadania fez com que o MEC, a partir de 1998, trouxesse para o currículo das escolas uma nova proposta que pudesse caminhar entre o aprendizado e a realidade, através de conhecimentos sistematizados, integrando a teoria com as questões do cotidiano e da “vida real”: os Temas Transversais 5 (BRASIL, 1998). Dessa forma, os temas propostos têm uma relação com as questões cotidianas e devem ser trabalhados de forma mais consciente, contínua e integrada, podendo gerar uma transformação benéfica para toda a sociedade (DA SILVA, 2010).

---

5) O MEC, por meio do documento "PCN: Temas Transversais", da Secretaria de Educação Fundamental, incentivou que se conferisse atenção especial aos temas “ética”, “saúde”, “meio ambiente”, “orientação sexual”, “pluralidade cultural”, “trabalho e consumo”. Propôs-se que, tanto as escolas quanto os professores das diferentes disciplinas, assumissem - de forma transdisciplinar - atividades com tais temáticas (Brasil, 1998).

Da Silva (2010) afirma, inclusive, que as práticas propostas nos Temas Transversais ainda se realizam de forma lenta e pontual. Também pontua que os educadores devem incorporar ao trabalho pedagógico o hábito da reflexão crítica acerca de sua própria prática docente, utilizando-se também de uma metodologia que permita operacionalizar o pensamento em práticas mais efetivas.

Dentro do contexto apresentado, a “saúde” - aqui assumida como um dos Temas Transversais - deve encontrar espaço garantido nas propostas político-pedagógicas das escolas, onde o educando é tomado como sujeito de sua própria aprendizagem. Assim - ativando a promoção de uma educação que não negue sua cultura, mas que a transforme através da dialogicidade entre os seus participantes - espera-se que seja oportunizado mais um passo na implantação da nova consciência de educação no país (DA SILVA, 2010).

Acredita-se que a escola seja o espaço potencial, por excelência, para as transformações sociais e para a constituição de conhecimentos e valores (BRASIL, 2009). As atividades de promoção da saúde - que visam a redução das chamadas vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional - devem ser estimuladas no seu interior. Sposito e Carrano (2003), ao referendar esta idéia, entendem que a “escola promotora de saúde” - enquanto uma instituição educacional que implementa políticas que apóiam a dignidade e o bem estar individual e coletivo do aluno - deve, além de instruir, oferecer múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças, adolescentes e jovens que estão inseridos nos espaços escolares.

A escola promotora de saúde busca envolver todos os seus membros e a comunidade na tomada e na execução das decisões. Deve possuir um plano de trabalho para melhorar o ambiente físico e psicossocial, procurando garantir o acesso à melhor qualidade de vida e promovendo atividades que se estendem para fora do espaço escolar. Este tipo de escola procura, então, desenvolver estratégias que fomentem e ofertem apoio à aprendizagem em saúde, permitindo a participação dos setores envolvidos - Saúde e Educação - bem como das famílias e das comunidades. Entretanto, este tipo de empreendimento, apenas poderá ser aplicado caso se tenha uma ampla participação pública, principalmente intersetorial.

Assim, a partir da compreensão dos princípios e das diretrizes do SUS - como a universalidade, a integralidade e a participação popular - torna-se necessário enfatizar a

compreensão sobre o conceito de intersetorialidade que é a base das políticas públicas voltadas para a juventude no Brasil, atualmente.

Para Junqueira (1998), a intersetorialidade é a articulação entre saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito no desenvolvimento social. O autor conceitua que o processo de descentralização aproxima-se bastante da intersetorialidade, pois traz para a realidade local a oportunidade de planejamento e execução das ações no mesmo nível de atuação.

É preciso ressaltar a importância de que seja considerado o conceito da intersetorialidade e da descentralização nos planejamentos, na concepção, na implantação e na avaliação das propostas que integram setores diversos, como ocorre com a política de implantação da CSA.

Inojosa (2001), igualmente preocupada em entender a problemática, define a intersetorialidade como a articulação de saberes e experiências para o planejamento e para a realização de avaliações de políticas, programas e projetos - cujo fim é alcançar resultados mais cooperativos em situações compartilhadas.

Dentro da perspectiva apresentada, Figueiredo, Machado e Abreu (2010) ressaltam a importância do profissional de Saúde estar sensível à questão de planejar, implementar e avaliar as ações de saúde junto com os educadores. Os autores também defendem que os educadores se insiram nas recomendações dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) 6 - ao prescreverem os “temas afeitos à saúde” - de modo transversal e interdisciplinar, através de um discurso inserido no cotidiano escolar que deve ser realizado pelos educadores e sob seus múltiplos olhares.

Assim, os autores acima citados, também defendem que - para que o processo seja permanente - torna-se fundamental a formação dos educadores em caráter continuado e que a intersetorialidade pode ser um modelo de política pública a ser freqüentemente adotado, na medida em que aparece como uma possibilidade de superação de práticas fragmentadas ou sobrepostas na relação com os usuários dos diversos serviços de setores distintos. Nesse caso, voltamos a enfatizar a relevância de estudos sobre este tipo de política pública, principalmente, aquelas que envolvem o

---

6) Os PCNs são documentos que foram constituídos através da LDBEN n. 9.394/1996, de forma emblemática e categórica, e que objetivavam fortalecer, a cada momento, a idéia de cidadania, presumidamente, democrática. O propósito dos PCNs e dos seus Temas Transversais seria, então, de uma “educação para a cidadania” que pudesse oferecer compreensão e acesso a direitos e deveres sociais (Brasil, 1997a, 1997b).

jovem estudante, na medida em que se refere a um grupo social bastante complexo de ser entendido.

Além disso, Koga (2003), Ribeiro (2007) e Sposati (2006) admitem que a intersetorialidade seja o território, o local privilegiado para realizar a articulação entre as políticas de desenvolvimento urbano e social por considerarem importante a presença dos sujeitos que são alvos das referidas políticas, bem como a sua valorização no atendimento aos direitos sociais por eles demandados.

A reflexão sobre a intersetorialidade e a articulação entre as políticas representam questões importantes para esta pesquisa já que as políticas setoriais, por si só, não solucionam certos problemas, uma vez que já nascem na interface entre duas realidades setoriais bem distintas.

Dentro da esfera pública, a intersetorialidade significa a adoção de uma decisão mais racional para o processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não. E, acima de tudo, ela não pode ser antagônica ou substitutiva da própria setorialidade, e sim, complementar. Ou seja, deve-se realizar uma combinação entre a política setorial com a intersetorial e não contrapô-la no processo de gestão (SPOSATI, 2006).

Junqueira (1998) também aponta que o aspecto da intersetorialidade é visto como algo que precisa ser articulado entre as políticas sociais e o desenvolvimento urbano, demandando - entre outras questões - a mudança das práticas, dos padrões e dos valores. Enfim, de toda a cultura organizacional das instituições públicas gestoras das políticas públicas.

Assim, a CSA pode ser considerada como o produto de uma política pública que procura entender o jovem estudante, inserido nos territórios e nas escolas públicas, de modo mais ampliado - integral e intersetorialmente - na medida em que necessita do MS e do MEC para sua efetivação. Entretanto, apesar do fundamento desta política ser pertinente, sua implantação é realizada a contento? Os diretores das escolas entendem sua importância? Acreditam em seu potencial educativo para os jovens? Perguntas que tentaremos responder ao longo desta dissertação.

#### **1.4 O ponto de vista teórico: os diretores das escolas “na berlinda”**

Este trabalho, ao procurar entender os modos como a intersetorialidade entre a Educação e a Saúde é concretizada e, a partir da maneira como alguns diretores das

escolas municipais de Duque de Caxias implementam a CSA, tem como foco observar estes sujeitos escolares. Ou seja, buscamos compreender as diretrizes que fundamentam a implantação da CSA, através da forma como os sujeitos - diretores escolares - concretamente as entendem, planejam e/ou executam.

Assim, torna-se fundamental considerar tanto os condicionantes sociais quanto as dimensões subjetivas que estariam permitindo que se compreendesse o comportamento dos indivíduos não apenas como uma submissão à imposição de regras e políticas educacionais, mas também, como uma ação prática e criativa.

Considerando as trajetórias sociais dos sujeitos e suas formas identitárias, bem como as categorias sociais interiorizadas nos ciclos de vida - níveis escolares, categorias profissionais, posições culturais, etc. - este trabalho utilizará como referencial as considerações de Claude Dubar (1998), uma vez que permitirão que sejam entendidos os modos como os diretores constroem suas próprias identidades profissionais, aspecto este que nos ajuda a pensar o modo como lidam com a implantação da CSA em suas unidades escolares.

Aprofundando o debate em torno do conceito, cabe destacar algumas considerações elaboradas por Bernard Lahire (2006) a respeito do termo disposição, na medida em que ajuda-nos a entender as próprias formas identitárias dos diretores escolares. Ao perceber que, nos dias atuais, os indivíduos circulam por diversos espaços, o autor parte do pressuposto de que os processos de socialização não apenas diferem uns dos outros, mas também se encontram extremamente matizados. As disposições seriam, então, fruto de diversos processos de socialização que indicariam uma determinada propensão para agir de um modo ou de outro. Logo, tem-se a idéia de que este patrimônio pressupõe uma “inclinação” para determinadas formas de ação.

Demanda-nos, portanto, uma abordagem que não perca de vista a forma heterogênea de constituição das disposições atuais, pois acredita-se que, apenas a partir desta perspectiva, possamos apreender os aspectos relevantes do conjunto de valores e experiências adquiridas e que, em última instância, estariam determinando as escolhas das direções escolares, aqui, entrevistadas.

Esta opção, ao entender que o indivíduo constitui-se segundo várias influências externas, implica considerar que sua singularidade é tecida no âmbito da pluralidade das relações sociais e, ainda, que suas características mais singulares, apesar de parecerem ser traços individuais, são originadas no social, fruto de socializações anteriores.

Realmente não podemos compreender porque indivíduos com diferentes experiências socializadoras passadas reagem de forma diferente aos mesmos *stimuli* externos, se não levantarmos a hipótese de que esse passado sedimentou, de alguma forma, e se converteu em maneiras mais ou menos duradouras de ver, sentir e agir, isto é, em características disposicionais: propensões, inclinações, hábitos, tendências, persistentes maneiras de ser (LAHIRE, 2006, p.27).

Nesse sentido, Norbert Elias (1994) e o próprio Bernard Lahire (2006) são os autores que fundamentam a pesquisa. Seus conceitos de configuração e disposição social são utilizados enquanto princípios que a norteiam, na medida em que permitem compreender o espaço escolar como uma configuração onde os diretores - por meio de sua posição social - implementam certas políticas que serão, mais ou menos, acatadas segundo a posição que os demais sujeitos que se encontram envolvidos com a política - professores, equipe pedagógica, alunos, pais e profissionais da Saúde, por exemplo - ocupam no momento de implantação da própria CSA.

Cabe, então, enfatizar que o foco da pesquisa recai sobre as direções como sujeitos escolares que dão sentido à instituição escolar (DUBET, 1994). É preciso entender de que forma as suas experiências e ações - conscientes ou inconscientes - mobilizam recursos e investimentos escolares, objetivando uma proposta pedagógica pautada em uma política intersetorial.

É necessário, ainda, compreender a escolha de posicionamento das direções escolares segundo uma perspectiva que procura considerar o fato de que não somos meros produtos de uma socialização e, portanto, simplesmente adaptados aos valores e condutas socialmente legitimados; mas, somos indivíduos dotados de certo poder de ação que influencia os modos de estruturação social.

A sociologia da experiência toma como referência a subjetividade dos indivíduos e de suas histórias particulares, forjadas nas relações sociais. Entende o indivíduo, não como ser isolado, mas sim, a partir da heterogeneidade da sociedade atual que, conseqüentemente, o levou a ser mais ativo e participativo e, não simplesmente, alguém que incorpora normas e princípios, impostos pela implantação de uma política pública, por exemplo.

Então, cabe perguntarmos: será que o diretor consegue se comunicar com seu corpo docente e discente e, nesse caso, repassa e implementa as diretrizes implícitas na própria CSA? Ou será que há alguma dificuldade no processo? Acreditamos que - através da compreensão do modo como o diretor se posiciona no jogo social existente

na escola seja possível entender as razões, tanto do sucesso quanto do fracasso, na execução e na distribuição das CSA nas escolas selecionadas.

Também utilizamos alguns trabalhos de outros pesquisadores como Zaia Brandão (2010) e Maria da Graça J. Setton (2002 e 2009), na medida em que nos ajudam a compreender os sujeitos analisados a partir de uma ótica mais contemporânea. Ou seja, como estes sujeitos escolares - os diretores - se encontram “mergulhados” em configurações sociais cada vez mais matizadas, permitindo, inclusive, que desenvolvam práticas mais fragmentadas e plurais.

De outro lado, também acreditamos que sejam relevantes as lições de Canário (2008), uma vez que discute o problema da escola na atualidade - sua crise e falta de perspectivas - justamente no momento em que a CSA é criada. Acreditamos que esse contexto de crise deva ser levado em conta no momento em que analisarmos as entrevistas das diretoras, no terceiro capítulo. Partimos da hipótese que uma reflexão bem apurada sobre os modos como as políticas públicas são viabilizadas não deve banalizar o contexto escolar em que são criadas.

Reforçando a idéia, Canário (*idem*), cita Dubet e Martucelli (1996), quando considera que o aspecto central da mutação sofrida pela escola reside na sua abertura a novos públicos e a mudança operada nos modos de sua seleção. Assim, ao mesmo tempo em que nos ajudam a entender as próprias fragilidades da escola na atualidade - momento, inclusive, da implantação da CSA - também nos fazem pensar na ação (a própria criação da CSA) como uma entre as várias alternativas propostas pelos produtores das políticas públicas sociais para suprirem as dificuldades dos seus setores em relação à juventude.

Para que se alcance uma compreensão mais micro dos modos como a CSA é implementada, na prática, e tendo em vista a maneira como os diretores escolares lidam com a questão, serão considerados alguns conceitos como “clima escolar” e/ou “efeito escola” (NÓVOA, 1995):

O clima de uma escola resulta do tipo de programa, dos processos utilizados das condições ambientais que caracterizam a escola como uma instituição e como um agrupamento de alunos, dos departamentos, do pessoal e dos membros da direção. Cada escola possui o seu clima próprio. O clima determina a qualidade de vida e a produtividade dos docentes e alunos. O clima é um fator crítico para a saúde e para a eficácia de uma escola. Para os seres humanos, o clima pode ser um fator de desenvolvimento (NÓVOA, 1995).

Nesse caso, partimos do princípio de que o sistema público de ensino não é homogêneo. Ou seja, dependendo do modo como os sujeitos escolares lidam com a CSA - diretores, coordenadores pedagógicos, professores e alunos, e de cada estabelecimento escolar - os resultados da mesma política também podem ser diversos.

Para estes estudos, o diretor cumpre um papel fundamental e ressaltamos destaque para o seu estilo de liderança. Contudo, o estilo de liderança só indica uma das dimensões possíveis do clima organizacional de uma escola, com base nas características que se tornaram conhecidas devido às políticas, aos procedimentos ou aos constrangimentos objetivos da organização.

Nóvoa (1995) afirma que cada escola tem a sua “personalidade” própria, que a caracteriza e que formaliza os próprios comportamentos dos seus membros. Assim, o clima organizacional de uma escola é percebido, ao mesmo tempo, de forma consciente e inconsciente, por todos os atores de um sistema social, bem como os efeitos do clima são múltiplos e variados. Dessa forma, o êxito das novas políticas ou das novas estratégias de desenvolvimento organizacional está, estreitamente, dependente da natureza do clima de uma escola (NÓVOA, 1995).

A partir da fundamentação teórica acima descrita, ao focar o estudo sobre os diretores escolares, teremos como preocupação maior compreender as formas como estes mesmos sujeitos planejam, executam e distribuem as Cadernetas. E, ainda, acreditamos que os conceitos acima mencionados permitirão uma compreensão sobre as razões das escolhas das direções escolares para multiplicar ou não as informações recebidas nas capacitações sobre a CSA. Esperamos que, assim, seja possível contribuir para estudos que se preocupam em verificar o modo como, na prática, certas políticas intersetoriais voltadas para o jovem são implementadas nas escolas públicas.

Metodologicamente, cabe salientar que apesar da política de implantação da CSA estar sendo proposta e executada em todos os municípios do estado do Rio de Janeiro, esta pesquisa escolheu o município de Duque de Caxias por ser este um município da Baixada Fluminense de grandes dimensões geográficas, considerando seus quatro distritos, com características sócio-culturais e econômicas bastante diversas. Além disso, a região - localizada no Grande Rio - sempre nos sugere estudos instigantes, na medida em que se constitui como parte importante da história do Estado do Rio de Janeiro.

Este trabalho fundamenta-se nos princípios de uma pesquisa qualitativa, baseada em entrevistas. Também serão utilizadas algumas fontes documentais sobre a idealização e execução da implantação da CSA no Brasil, nos últimos anos. E, é claro, também teremos como fonte a própria Caderneta - seu suporte e recursos utilizados - tanto discursivos, quanto visuais (CHARTIER, 1990).

Um aspecto que se refere à utilização da entrevista como método de investigação, é que este é um recurso bastante adequado para se perceber a singularidade que se forja no coletivo, nas relações sociais ou, ainda, nas múltiplas experiências socializadoras, conforme se pretende com a pesquisa (LAHIRE, 2006, p. 24):

Na verdade, uma disposição só se revela por meio da interpretação de múltiplos traços, mais ou menos coerentes ou contraditórios, da atividade do indivíduo estudado, sejam eles produto da observação direta dos comportamentos, do recurso ao arquivo; ao questionário ou à entrevista sociológica. Ao considerar uma série de informações relativas à maneira como o ator se comporta, age e reage em diversas situações, o sociólogo tenta formular o princípio que dá origem a esses comportamentos (LAHIRE, 2006, p. 24).

Só um dispositivo metodológico desse tipo permitiria julgar em que medida algumas disposições sociais são ou não transferíveis de uma situação para outra e avaliar o grau de heterogeneidade ou homogeneidade do patrimônio de disposições incorporadas pelos atores durante suas socializações anteriores (LAHIRE, 2006, p. 32).

Ao destacar a relevância da relação entre pesquisador e pesquisado no momento da entrevista, Bourdieu (1998) também nos adverte em relação à necessidade de o entrevistador saber ler o que o entrevistado diz, mesmo que alguns momentos de sua história sejam apresentados de maneira “pouco significativa”. Aos seus olhos, nada pode parecer irrelevante, uma vez que partes da vida do entrevistado, às quais ele - muitas vezes - atribui pouco valor, podem dizer muito sobre suas disposições, sua forma de conceber o mundo e suas próprias escolhas.

Enfim, procuraremos, por meio das entrevistas, observar as práticas dos diretores - enquanto sujeitos escolares - buscando, também, compreender as percepções e as disposições para a implantação de uma política intersetorial, bem como o *habitus* que se forja no âmbito das interações entre profissionais de diferentes setores que se encontram diretamente relacionados às diferentes visões técnicas e de mundo, bem

como, às ações destes agentes e às dificuldades e resistências para compartilhar seus saberes durante o planejamento e a execução de uma nova política pública.

## **CAPÍTULO II**

### **A Caderneta de Saúde do Adolescente: um desafio para o MEC e para o MS**

Em 2005, o MS realizou um projeto-piloto para a implantação da CSA no Brasil. Inicialmente, o instrumento em forma de um “guia de bolso” - masculino e feminino - foi testado por adolescentes e jovens em alguns municípios de várias regiões brasileiras, como Tabatinga (AM), Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG), Petrópolis (RJ) e Rio Branco (AC). A experiência visava amparar os profissionais para o manejo com a saúde dos adolescentes e jovens, durante os atendimentos nos diversos serviços de saúde brasileiros e, ainda, propor novas articulações sobre o tema, em parceria com os profissionais da Educação.

Com o projeto-piloto implantado em oito municípios do Brasil, o MS entendeu que a CSA poderia ser um instrumento eficaz para melhorar o atendimento de adolescentes e jovens, objetivando uma atenção voltada - prioritariamente - para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças e agravos específicos desses ciclos de vida. Com a Caderneta, os adolescentes e jovens teriam, então, a oportunidade de conhecer melhor suas transformações bio-psico-sociais, favorecendo, assim, um cuidado maior com a sua própria saúde.

Objetivamente, a criação do novo instrumento visava acompanhar a saúde dos adolescentes, de 10 a 19 anos, através dos seus eixos temáticos: a) Direitos, deveres e cidadania; b) Crescimento e desenvolvimento; c) Saúde Oral; d) Imunização; e e) Saúde Sexual e reprodutiva.

Através da CSA, o MS - juntamente com o MEC - tem buscado viabilizar o protagonismo juvenil no âmbito das políticas públicas entre Saúde e Educação. Assim, nos interessa, aqui, mostrar os modos como ela é, de fato, viabilizada nos territórios. Ou seja, como a documentação produzida pela política intersetorial formula seu discurso para as Secretarias estaduais e municipais - de Saúde e de Educação - e como ela é veiculada para o seu público-alvo.

## **2.1 O que dizem os documentos proclamados?**

Para melhor compreensão da instituição da CSA, no âmbito do SUS - como um instrumento que visa: a) apoiar a atenção à saúde da população juvenil; b) acompanhar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis; c) orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde; e d) facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a

consolidação de estilos de vida saudáveis - analisaremos os documentos que proclamam sua inserção nas ações voltadas para o agrupamento social.

Aqui, nos basearemos na Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), e no Manual Técnico que fundamenta a política de saúde do MS, bem como na Portaria nº 3.147 que cria a própria Caderneta (BRASIL, 2009).

Em 2008, a CSA foi oficialmente lançada pelo MS, em Brasília. Em 2009, iniciou-se a sua distribuição em todo território nacional. Uma das suas diretrizes - evidenciadas pelo MS - sinalizava que o planejamento de sua distribuição deveria ser discutido de maneira regionalizada com as equipes da Saúde e com os profissionais da Educação, tanto em âmbito estadual quanto municipal. Assim, cada equipe deveria traçar suas próprias estratégias de planejamento e execução - nos seus respectivos territórios - e em parceria com as escolas locais (JACQUES, 2010).

Em 2010, para melhor aferir a qualidade da estratégia de trabalho entre o setor Saúde e o setor Educação, o MS realizou uma pesquisa: “Análise da Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente e de seus Efeitos sobre os Serviços de Saúde”. Gerenciada pela Fundação Oswaldo Cruz/MS, a pesquisa visava monitorar alguns municípios que já tinham iniciado suas ações para implantar o instrumento. Na ocasião, a ASAJ - setor responsável pelas políticas desenvolvidas na Saúde, voltadas para a juventude - selecionou doze municípios do território nacional para realizar a avaliação sobre a implantação da política 7 (JACQUES, 2010).

Segundo as orientações do MS, a estratégia de implantação da CSA possibilitaria que os adolescentes tivessem mais informações sobre como cuidar da sua própria saúde, como prevenir os agravos e, principalmente, como manter uma vida mais saudável, especialmente, no momento em que começam as grandes mudanças de seu corpo. Assim, receberiam “dicas” a respeito das imunizações relativas ao novo ciclo de vida, acerca de seu crescimento e desenvolvimento, bem como sobre as transformações que podem vir a ocorrer em suas vidas, nesse período.

É relevante ressaltar que, a cada ano, aproximadamente três milhões de brasileiros entram na adolescência e, no ano do lançamento da CSA, 30 milhões de jovens - entre 10 e 19 anos - estavam entrando nessa fase da vida (BRASIL, 2007).

---

7) Municípios selecionados para a pesquisa: Petrópolis, São João de Meriti e Resende (RJ), Curitiba (PR), Alegrete e Rio Grande (RS), Agarapé e Barreiras (CE), Salvador (BA) e Manaus (AM), Ponta Porã e Corumbá (MS) (JACQUES, 2010).

Assim, sua implantação - apesar de ser uma das metas da PNPS 8, criada pelo MS a partir de 2007 - também se encontrava inserida nas metas do Programa Mais Saúde 9.

Tanto a PNPS quanto o Programa Mais Saúde são colocados em prática pelas Secretarias (estaduais e municipais) de Saúde, através de algumas etapas que, inclusive, procuram considerar as disposições geográficas e distritais do país para que, desse modo, possam atingir uma amostra bastante considerável.

No primeiro momento de implantação, foram priorizados os municípios inseridos e pactuados no PSE e, portanto, foram impressas três milhões e meio de Cadernetas. Na ocasião, uma versão da Caderneta - com 36 páginas - também foi disponibilizada no portal do MS para os gestores que tivessem interesse em imprimi-la (BRASIL, 2008).

Considerando a promulgação dos documentos que validam as estratégias para a implantação da CSA, cabe destacar o papel do Manual Técnico desenvolvido pelo MS. Com o objetivo de nortear as ações, o manual ressalta os princípios pautados, especificamente, pelo PROSAD e que, nesse caso, norteiam as diretrizes da implantação do instrumento.

No referido manual são reveladas as idéias que subsidiaram a discussão da intersetorialidade como uma possibilidade de promover o exercício da cidadania do adolescente, em questão, fornecendo as orientações básicas que deveriam guiar a implantação e a implementação das ações e dos serviços de saúde que atendessem aos adolescentes e aos jovens de forma integral, resolutiva e participativa (BRASIL, 2005).

Ao analisarmos o Manual Técnico, percebemos que ele evidencia os princípios e as diretrizes para o atendimento dos adolescentes e dos jovens e, assim, possibilita a organização da atenção à saúde deste público, ressaltando que deve ser considerada a sua participação ativa no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação destas mesmas ações (BRASIL, 2005). Mas é preciso destacar que o referido Manual Técnico data de um período anterior à elaboração e à publicação da própria CSA.

É fato que as diretrizes do manual são formuladas como um alicerce para o desenvolvimento de várias ações no âmbito da saúde de adolescentes e jovens.

---

8) Documento norteador das ações de Promoção da Saúde no Brasil, a partir de 2006. Seu papel de relevância na Saúde Pública será melhor evidenciado ao longo do trabalho.

9) O Programa "Mais Saúde: direito de todos" foi lançado em dezembro de 2007, contemplando 86 metas e 208 ações, distribuídas em oito eixos de intervenção.

Entretanto, não é seu objetivo descrever as regulamentações sobre qualquer projeto específico do MS. O documento tem como meta, apenas, facilitar os implementadores no entendimento da CSA em si.

Ao discorrer sobre as ações da participação juvenil, o documento faz referência às várias formas de desenvolver o trabalho com os jovens, numa perspectiva mais cidadã, uma de suas principais metas. O fortalecimento da autonomia juvenil também é, estrategicamente, salientado por meio da necessidade de incrementar ações, validadas pela proposição de uma "participação criativa, construtiva e solidária" (BRASIL, 2005).

Constata-se, portanto, que existe uma lógica na ação que, fundamentalmente, se baseia na valorização das potencialidades do público adolescente e jovem, tornando-se, assim, um meio facilitador para promover o desenvolvimento integral dos mesmos, a médio e longo prazo.

Considerando as orientações do Manual Técnico, notamos que seria fundamental a parceria da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da escola com a sua comunidade, por exemplo, oportunizando a inserção dos jovens no planejamento, na execução e na avaliação das ações. A efetivação da parceria contribuiria, decisivamente, para a eficácia e para o impacto social das ações programadas e, por sua vez, para o exercício da cidadania destes sujeitos.

Observamos que, já no documento, também fica evidente a necessidade da parceria contínua entre o MS e o MEC, através dos seus representantes, tanto no nível estadual quanto no municipal. O documento também nos chama a atenção para os diversos modos de tornar autêntica a descrição de cidadania articulada com a saúde dos sujeitos, como por exemplo:

A identificação e valorização das lideranças estudantis e juvenis da comunidade; a mobilização para debates; (...) o estabelecimento de parcerias com os grupos organizados de jovens que existem na comunidade; o apoio na criação de canais para a sua expressão e reconhecimento, tais como as atividades artísticas e culturais, rádio ou jornal comunitário, (...) grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais (BRASIL, 2005, p. 23).

É preciso observar que o MS define a CSA como um método de "promoção da saúde do adolescente" (BRASIL, 2009). Assim, partindo dessa afirmação, consideramos pertinente discutir suas diretrizes na construção de um modelo de atenção bem

específico. Para isso, utilizaremos a 3ª edição da PNPS, elaborada pelo MS, através das Secretarias de Vigilância e de Atenção à Saúde.

A PNPS indica as formas de atuação em saúde, por meio da interação com outras políticas e tecnologias e tem como pressuposto o diálogo e a articulação com outras estratégias, cujo objetivo é satisfazer as necessidades e as demandas de saúde da sociedade. Nesse sentido, a problematização da dualidade entre a saúde e a doença figura como “o centro” deste tipo de intervenção.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia da “promoção da saúde” é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos condicionantes que determinam o “processo saúde-doença”, no Brasil. Aqui, podemos sinalizar aspectos como o desemprego, o subemprego, a falta de saneamento básico, a ausência de habitação adequada, a violência, a deficitária condição de acesso à educação, a fome, a falsa urbanização e qualidade do ar e da água que acabam por potencializar formas mais amplas de intervir nas condições de saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com a definição da PNPS, a “promoção da saúde” - enquanto um nível de atenção em saúde - fundamenta-se em dois objetivos primordiais: a) focar os determinantes do processo de saúde-doença; e b) potencializar modelos ampliados de intervenção. No primeiro objetivo, percebe-se que a existência deste processo permeia questões que antecedem o próprio “adoecimento” e que se caracterizam, justamente, por determiná-lo. Assim, o segundo objetivo propõe a ruptura de um modelo bastante simplista e reducionista, no que tange aos cuidados em saúde (BRASIL, 2006).

Para o referido marco documental, a saúde representa o resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da própria sociedade, em um determinado contexto histórico. Ou seja, amplia o entendimento de que as políticas não devem ser limitadas aos condicionamentos, especificamente, biomédicos. Assim, a PNPS possibilita encaminhamentos que vão para além das intervenções tradicionais, fomentando a concepção de uma saúde mais ampliada e que não se restringe às limitações institucionais, inclusive, como está evidenciado no próprio documento.

A PNPS propõe, então, que as intervenções em saúde tomem como objeto os problemas e as necessidades de saúde, bem como seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva tanto as ações e serviços que atuem sobre os efeitos do “adoecer” - como aquelas que visam os espaços para “além dos muros” das UBSs e do próprio SUS, como é o caso da escola - quanto as

condições de vida dos adolescentes, favorecendo a ampliação das escolhas mais saudáveis para as suas vidas (BRASIL, 2006).

A política é bastante direta em suas formulações quando articula os princípios da promoção da saúde à ampliação das práticas dos serviços e quando ressalta que as políticas públicas devem estimular a participação social, inclusive, de adolescentes e jovens. Assim, a PNPS explica a “saúde” como uma produção social de determinação múltipla e complexa, exigindo a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção - usuários, movimento social, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores, como os da Educação, por exemplo -, tanto na análise, quanto na formulação de ações que apontem para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Cabe frisar que toda a concepção de “promoção da saúde” se pauta no desenvolvimento das questões da cidadania, da autonomia, da participação, da corresponsabilidade e da co-gestão, que também estão presentes nos espaços escolares. Define, ainda, algumas diretrizes estratégicas de implementação das práticas no SUS, como: a) a inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social; e b) o apoio e o fortalecimento das ações de forma mais inovadora, utilizando diferentes linguagens culturais que abarcam a juventude - como a inserção do *Hip Hop*, do teatro, das canções, da literatura de cordel e outras formas, ainda, de manifestações culturais -, incluindo aquelas que são mais evidenciadas e prestigiadas nos territórios por onde os jovens circulam e nas suas escolas (BRASIL, 2009).

Diante da nossa análise - sobre a proposta da PNPS em relação à implantação da CSA - já podemos, aqui, sinalizar algumas considerações: a) a ênfase na necessidade dos trabalhos intersetoriais como forma de dar conta de uma proposta mais integral para a saúde do adolescente/jovem e b) o foco na necessidade de entender as questões da saúde, para além do aspecto biológico, pressupondo que este tema também tem uma dimensão social.

A defesa dos pontos acima implicaria em uma maior complexidade na implementação da CSA, na medida em que pressupõe a introdução de novos parâmetros para o entendimento da questão. Diante das afirmações, já de imediato, percebe-se o distanciamento entre as propostas evidenciadas na Caderneta e os fundamentos da PNPS, pois os princípios - aqui vinculados - não estão contemplados no instrumento, posto que a própria Caderneta já foi concebida de modo prescritivo e impede, assim, a

participação mais ativa do adolescente e do jovem na discussão dos eixos contidos na CSA, dentro do seu próprio cotidiano.

A relevância da diretriz estratégica pautada na PNPS encontra-se, justamente, na busca por ampliar, cada vez mais, a gama de intervenções possíveis com os mais jovens. Estas intervenções potencializariam tanto a inclusão dos adolescentes e dos jovens nas ações de saúde, quanto as próprias facilitações dessas ações, incluindo aquelas que os insiram no espaço escolar.

Diferentemente das propostas da PNPS, observamos que a CSA - ao priorizar prescrições em saúde, através da escola - ao invés de promover saúde, termina por negligenciar as produções mais subjetivas, culturais e sociais dessas “juventudes” que, de fato, estão sendo construídas nos múltiplos espaços por onde circulam. Nesse caso, os alicerces onde se fundamentam as diretrizes da CSA ficam ameaçados nos mais variados territórios.

Acreditamos, então, que a implantação da CSA, bem como das diretrizes presentes na PNPS, só poderão ser melhores compreendidas caso destaquemos o debate atual em torno do processo “saúde-doença”. Sobre este aspecto, Jacques (2010) afirma que é necessário conceituar o que é doença e o que é saúde para podermos compreender as ações realizadas no setor da Saúde Pública, aqui no Brasil.

Para a OMS, a saúde seria um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Definição esta que difere do conceito popular, no qual a saúde é simplesmente a ausência de doença ou não estar internado em uma unidade de saúde, por exemplo (JACQUES, 2010).

O debate em torno do tema “processo saúde-doença” (BOLTANSKI, 1989; MINAYO, 1991; JACQUES, 2010) torna-se bastante relevante para entendermos que as políticas públicas idealizadas - e, nesse caso, a CSA seria um exemplo - têm como princípio entender a saúde como algo que, necessariamente, pressupõe um modo de vida, uma maneira de se comportar diante do corpo, da alimentação e dos imprevistos sociais. Mas, será que este ideal está sendo colocado em prática por meio da CSA?

Para uma maior elucidação acerca dos alicerces políticos que norteiam a CSA, cabe, ainda, chamar a atenção para o fato de que a idealização da Caderneta se insere naquela abordagem, acima descrita, na medida em que o próprio MS - através de sua PNPS, em 2006 - supera a perspectiva “medicalizante” de suas diretrizes e passa a adotar a promoção da saúde, como um princípio, conforme descrito a seguir:

Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade... Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à saúde deve ser integral (BRASIL, 1990).

Com o novo conceito, os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social são chamados de princípios ideológicos ou doutrinários; e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização são chamados de princípios organizacionais.

Segundo o MS, o princípio da universalidade é a garantia da atenção à saúde, para todo e qualquer cidadão. O princípio da equidade visa assegurar ações e serviços de todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade que cada caso requiera. Assim, todo cidadão - inclusive os jovens e os adolescentes - é igual perante o SUS e, portanto, deverá ser atendido conforme as suas necessidades.

O princípio da integralidade também traz - junto consigo - o reconhecimento, na prática dos serviços, de que o ser humano é um “todo indivisível”, devendo ser abarcado pelas práticas de promoção, proteção e recuperação à saúde, com observância para a integralidade dessas mesmas práticas.

O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1997).

Dentro da nova perspectiva, o MS tem publicado novos instrumentos de controle, avaliação e monitoramento das condições de saúde da população brasileira, inclusive, através do incremento da implantação e distribuição de vários outros tipos de Cadernetas voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças que se mostram, marcadamente, específicas em cada fase ou ciclo de vida - de todo e qualquer indivíduo. Essa estratégia, sobretudo, evidencia a preocupação do setor com as condições de alta vulnerabilidade dos diversos grupos sociais, na atualidade.

Exemplos da iniciativa do MS podem ser notados através da elaboração da Caderneta da Saúde da Criança (CSC), em 2009, como uma substituição dos Cartões da Criança - que eram utilizados desde a década de 1990 - com o intuito de monitorar e atender à saúde das crianças brasileiras (a partir do nascimento até os 10 anos de idade).

Nesse caso, novas informações voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças características da infância passam a ser incluídas no novo instrumento. Outro exemplo é a criação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), em 2008 10.

Podemos concluir, então, que o início da implantação e da distribuição da CSA, a partir de 2009, implica colocar em prática um novo conceito acerca do processo saúde-doença e que este, cada vez mais, vai se arraigar nas políticas do MS.

Pressupõe, ainda, entendermos que a iniciativa também visa contemplar mais um agrupamento social que vem demonstrando uma demanda específica de necessidades para os cuidados em saúde, em médio e longo prazo. Esta ação encontra-se igualmente relacionada ao emergir do protagonismo - aqui já amplamente citado no capítulo anterior - de mais um demarcado ciclo de vida: a adolescência e a própria juventude.

## **2.2 A capacitação para a implantação da CSA: um trabalho “de formiguinha”**

Ainda em 2009, a então Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC/RJ) iniciou a implantação da CSA em sete municípios do estado, em parceria com o MS e com as Secretarias Municipais de Saúde correspondentes. Assim, os gestores municipais responsáveis pela implantação do instrumento - representando o setor Saúde - foram convocados para que participassem do primeiro seminário de sensibilização, realizado no auditório da SESDEC/RJ, no mês de outubro do mesmo ano.

Para a primeira etapa de distribuição das Cadernetas, foram selecionadas seis cidades do estado, além do próprio município do Rio de Janeiro: Mangaratiba, Nova Friburgo, Petrópolis, Resende, São João de Meriti e Volta Redonda. Os municípios foram escolhidos porque possuíam grande cobertura das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nos anos seguintes, o nível gestor estadual iniciou o processo de extensão da implantação da CSA, contemplando outros municípios que não estavam incluídos na

---

10) A meta dessa implantação é que todos os brasileiros, com mais de 60 anos, utilizem o instrumento para registrar suas condições de saúde. Trata-se de um livreto onde os profissionais do setor Saúde, ao atenderem um idoso - bem como os seus cuidadores -, em domicílio, possam anotar todas as informações relativas à sua saúde. A idéia da CSPI é facilitar o contínuo e constante acompanhamento de cada idoso atendido no Sistema de Saúde público ou privado.

primeira etapa. Também foi mantida a estratégia de convocação dos gestores da Saúde com o objetivo de melhor instrumentalizar os profissionais envolvidos.

O município de Duque de Caxias, aquele escolhido para análise em nossa dissertação e com uma média de 23.000 adolescentes, em 2011, foi convocado para iniciar o seu planejamento de implantação da CSA - com o apoio da Coordenação Municipal do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente de Duque de Caxias (PROSA) - no evento de sensibilização realizado em fevereiro do mesmo ano. Naquela ocasião, estiveram presentes, além da Coordenadora do PROSA, alguns médicos, dentistas e enfermeiros atuantes no Programa.

Posteriormente, o município enviou outros seis representantes para a “Oficina de Planejamento Estratégico para a Implantação da CSA”, organizada pela SESDEC/RJ e realizada em agosto de 2011, no município de Angra dos Reis. A Oficina tinha como objetivo maior tornar mais clara a proposta de implantação da CSA para os coordenadores municipais do PROSAD.

Atendendo à forma de convocação da SESDEC/RJ, o evento contou, especificamente, com a presença dos profissionais da Saúde, representando a SMS. Dessa forma, a oficina proposta oportunizou - já naquele início - apenas o encontro entre os diferentes níveis gestores do setor Saúde que estavam envolvidos na implantação. Nesse caso, perguntamos: qual seria a participação, o envolvimento e a responsabilidade do setor Educação, ao nível da intersetorialidade, se não foi convocado para a referida oficina estadual? Cabe-nos, então, enfatizar que todos os representantes solicitados pela SESDEC/RJ eram profissionais do setor Saúde, exclusivamente.

Assim, representando o município de Duque de Caxias, participaram três profissionais (integrantes da equipe do PROSA) e três profissionais (integrantes da ESF). Ou seja, nenhum representante da SME ou da gerência estadual da Educação em Duque de Caxias (METRO V) - representando a Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro (SEE-RJ) - foi convocado para participar da oficina de capacitação.

Inicialmente, já podemos perceber que a intersetorialidade proposta pelo MS, bem como o próprio debate teórico sobre a pertinência desse tipo de opção institucional, não foram considerados já na etapa de convocação dos profissionais envolvidos na implantação da Caderneta no Rio de Janeiro, realizada pelo nível estadual. Assim, torna-se possível vislumbrar, aqui, algumas razões para a CSA não ter deslanchado nas escolas municipais, do modo como se esperava.

Mesmo sem a convocação dos profissionais da Educação para a referida “Oficina de Planejamento”, proposta pela SESDEC/RJ, o nível estadual apresentou os seguintes objetivos: a) elaborar um projeto para a implantação da CSA no município de Duque de Caxias; b) relacionar as UBSs e as equipes de saúde da ESF que seriam priorizadas para a primeira etapa da implantação municipal; c) relacionar as informações sobre o funcionamento do PROSA nas UBSs e das equipes de saúde da ESF, em relação à atenção integral à saúde dos adolescentes e d) estimular a captação de novos adolescentes para o programa, através dos espaços escolares.

Durante a Oficina, a ASAJ-SES/RJ solicitou a elaboração de um plano de ação para efetivar a pactuação do compromisso municipal, visando garantir a implantação do instrumento. Para a proposição e construção desse plano de ação, a Área Técnica encaminhou - previamente - para o município, um questionário que objetivava aferir as reais condições de saúde dos adolescentes, bem como sondar as demandas e ofertas de atendimento pela rede de saúde municipal, voltadas para este ciclo de vida.

Percebemos que as primeiras estratégias de capacitação propostas pela SESDEC/RJ ainda não contemplavam as escolas, enquanto parceiras da implantação. Então, se desde a primeira capacitação estadual - visando a implantação da CSA nos municípios - a parceria com o setor Educação não estava posta, podemos concluir que sua implementação nas escolas, muito provavelmente, poderia ser prejudicada.

Na esfera municipal, os objetivos iniciais - traçados pela SMS de Duque de Caxias - contemplavam a apresentação da CSA para toda a sua rede, bem como a sensibilização dos profissionais da Saúde para a utilização do instrumento nas suas unidades de atuação.

Primeiramente, o projeto-piloto de implantação municipal incluiu apenas seis equipes de saúde da ESF que foram selecionadas porque estavam inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 11. Nesse sentido, também foi ofertada uma série de capacitações voltadas - mais uma vez - exclusivamente para os profissionais que compunham as equipes de saúde selecionadas.

---

11) O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado 2011. Para estar inserido no PMAQ, as equipes de saúde da ESF devem estar completas com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. O PMAQ também estabeleceu um incentivo financeiro federal para construção, reforma e ampliação de unidades, visando oferecer melhorias na qualidade do atendimento à população (BRASIL, 2012). As seis equipes inseridas no PMAQ que foram capacitadas para iniciar a implantação da CSA em Duque de Caxias foram: ESF Jardim Anhangá I, II, III e IV; ESF Nelson Chaves de Araújo e ESF Dois Irmãos.

A referida série de capacitações, realizada em 2012, foi dividida em três módulos distintos.

Percebe-se que as diversas instâncias do setor Saúde encontravam-se, de fato, bastante compromissadas com a implantação da CSA e demonstravam que o momento de “capacitação” dos seus profissionais era entendido como necessário e decisivo para colocar qualquer nova política em prática. Entretanto, cabe perguntar, novamente, qual é o lugar do setor Educação em uma política que se propõe intersetorial, quando as capacitações iniciais - destinadas ao seu planejamento no município - não incluem os seus profissionais? Ou, será que devemos entendê-la como intersetorial apenas no momento “fim” da sua implantação nas escolas, ficando a idealização e o planejamento apenas com o setor Saúde?

É fato que as capacitações visavam instrumentalizar os profissionais da Saúde com informações específicas sobre o manejo com os adolescentes e jovens cadastrados no PROSA - nos diversos territórios atendidos pelas equipes selecionadas - para que, assim, pudessem ser devidamente repassadas. Visavam, portanto, formalizar os fluxos de atendimentos, de consultas, de referências e de encaminhamentos, bem como traçar estratégias para aumentar a captação de adolescentes para o PROSA e para as UBSs, facilitando a implantação da CSA.

As capacitações propostas também tinham como objetivo: a) aumentar a adesão e o comprometimento dos profissionais da Saúde envolvidos; b) aumentar a visibilidade da atenção ao adolescente nas UBSs; c) melhorar a qualidade de assistência aos adolescentes; d) reduzir a gravidez precoce e não desejada; e) reduzir o número de adolescentes infectados por DSTs e AIDs; f) reduzir a morbimortalidade na faixa etária; e g) melhorar a qualidade de vida dos adolescentes cadastrados nos territórios selecionados.

Frente às considerações acerca dos primeiros momentos de implantação da Caderneta nos diversos municípios distribuídos pelo estado do RJ, percebemos que as sensibilizações e as capacitações se voltaram, inicialmente, apenas para os profissionais da Saúde. Também notamos que não havia, ainda nessa fase, um diálogo direto com o setor Educação, ao nível das diferentes instâncias da área da Saúde - estadual e municipal.

Enfim, tudo indica que a intersetorialidade pressuposta deveria ocorrer apenas no “chão da escola”, mesmo considerando que na criação da CSA - através da Portaria

nº 3.147, de 17 de dezembro de 2009 - já estivesse proposta, como uma diretriz estratégica, que a sua implantação deveria ser facilitada pela parceria com o PSE, em articulação com o MEC (BRASIL, 2009).

Aqui, também podemos perceber que - nos limites municipais e até esse momento - o implementador da CSA, pela Saúde, encontrava-se numa posição “solitária” na busca pela parceria com a Educação. A afirmação se confirma, na medida em que a parceria, entre a Saúde e a Educação, deveria ser desenvolvida através da busca - ativa e espontânea - dos profissionais das equipes da Saúde do município pelas equipes diretivas das escolas inseridas em seus respectivos territórios.

Com relação à implantação da Caderneta no município de Duque de Caxias, é necessário destacar que a gestão municipal do setor Saúde não realizou ou publicou qualquer tipo de avaliação ou monitoramento sobre os êxitos, desafios ou insucessos do planejamento da primeira etapa, acima citada. Ou seja, as capacitações foram realizadas com seus funcionários, mas não ocorreu a posterior sistematização ou divulgação dos resultados obtidos na primeira fase da implantação.

Mesmo sem ter informações atualizadas sobre o número de adolescentes atingidos pelo PROSA - através da implantação da CSA nas seis unidades-piloto iniciais - e mesmo sem a existência de dados ou resultados de monitoramento ou avaliação das ações planejadas e executadas no município, a Coordenação de Programas de Saúde Pública - através do PROSA - optou por estender a implantação do instrumento para outros territórios.

Parece-nos que a extensão da implantação visava, apenas, aumentar o número de Cadernetas distribuídas, a partir da proposição de uma nova estratégia metodológica, ou seja, acreditava-se que o sucesso da ação estaria fundamentado no incremento da distribuição das Cadernetas nos diversos territórios e escolas do município.

Assim, em maio de 2013, profissionais da Saúde de oito UBSs do município de Duque de Caxias - distribuídas pelos seus quatro distritos - foram convocados para um novo encontro de sensibilização, realizado no auditório do Hospital Moacyr Rodrigues do Carmo 12. Nesse momento, os profissionais foram informados que deveriam selecionar duas escolas que estivessem no entorno das suas UBSs, em seus territórios de

---

12) As equipes do PROSA, convocadas para implantar a CSA em seus territórios, estavam inseridas nas seguintes UBSs: Centro de Atenção Total Ao Adolescente (CEATA); UPH de Pilar; UPH de Campos Elíseos; UPH de Saracuruna; UPH de Parque Equitativa; UPH de Xerém, UPH de Imbariê e Maternidade de Xerém.

atuação, visando fortalecer a parceria com o setor Educação e, ainda, incrementando a captação de novos adolescentes para participar dos grupos realizados pelo PROSA nessas unidades.

Somente em 2013, ocorreu a formalização da parceria entre os gestores da SMS e da SME, objetivando implantar a Caderneta intersetorialmente. A formalização da parceria tornava os dois setores responsáveis pela divulgação e distribuição da CSA nas escolas do município. Assim, foi realizado mais um evento de divulgação sobre a implantação da CSA em Duque de Caxias.

Dentro do novo contexto de parceria, entre a SMS e a SME, o evento apresentava como um dos seus principais objetivos o estreitamento das relações entre os profissionais da Saúde e da Educação envolvidos, favorecendo, assim, a aproximação dos mesmos. Também objetivava a formação de novas redes de trabalho nos territórios, viabilizando a própria condição da intersetorialidade, tão fundamentais para a execução da proposta.

Dessa forma, ainda em agosto de 2013, ocorreu a primeira capacitação envolvendo a Educação, realizada no Museu “Ciência e Vida”, em Duque de Caxias. O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) - responsável pelo planejamento e pela organização do referido evento - convocou os diretores das unidades escolares envolvidas, bem como convidou os orientadores educacionais e pedagógicos das dezesseis unidades escolares selecionadas, anteriormente, pelas próprias equipes da Saúde atuantes no PROSA, em seus territórios. Ainda pelo setor Saúde, também foram convocados: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Dentro da nova etapa, a participação dos profissionais envolvidos na implantação da CSA - pelo setor Saúde e pelo setor Educação - visava garantir o treinamento de todos com ênfase a) na assistência ao crescimento e desenvolvimento do adolescente; b) na promoção de hábitos alimentares saudáveis, c) na imunização; d) no incremento da saúde oral; e) na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e f) na construção da própria cidadania.

A SMS, através da Coordenação do PROSA - e representando seus níveis gestores hierarquicamente superiores (SES-RJ e MS) -, ficou responsável pelo recebimento das Cadernetas através da coordenação estadual, bem como pela distribuição das mesmas para as UBSs envolvidas.

Já nos territórios e nas comunidades escolares selecionadas, os profissionais das UBSs seriam responsáveis pela distribuição dos exemplares junto às escolas. Visando otimizar a distribuição do instrumento, foi preconizada a realização de palestras e oficinas sobre os temas inseridos na CSA, também para os profissionais das escolas. Assim, a entrega da Caderneta estaria atrelada à construção de novos projetos que otimizassem e oportunizassem a discussão sobre os mesmos temas no próprio planejamento e cotidiano escolar.

A distribuição deveria seguir o planejamento realizado pelas equipes locais, juntamente com as parcerias já estabelecidas nas escolas. Dessa forma, as equipes da Saúde e os profissionais da Educação deveriam realizar reuniões de planejamento, onde pudessem discutir, opinar e decidir quais seriam, conjuntamente, as melhores estratégias, como por exemplo, em quais turmas iriam iniciar o trabalho de implantação em cada escola; quais as melhores datas para as equipes da Saúde realizarem as ações nas escolas; como seriam as abordagens dos temas da CSA; como seria o acompanhamento dos adolescentes pelas equipes das UBSs e, ainda, como seria organizada a rede de referência para aqueles que, uma vez avaliados, necessitassem de algum encaminhamento para a assistência especializada.

Aqui, torna-se importante destacar que - segundo as diretrizes propostas pelo do MS para a implantação da CSA nas escolas - as equipes da Saúde têm total liberdade para priorizar, entre tantos outros aspectos, o número de turmas, as séries a serem contempladas, bem como as idades que julgam mais relevantes dentro de seus planejamentos. Ou seja, as decisões quanto ao encaminhamento da implantação encontram-se “nas mãos” das equipes da Saúde junto com as equipes diretivas das escolas.

Após nosso relato, registramos, aqui, a complexidade da proposta. Percebemos o emaranhado de nuances que estão inseridas nas políticas públicas que se propõem intersetoriais, na medida em que se defrontam - na prática - com o gigantismo de nosso país, bem como com a burocracia que dificulta a comunicação entre as diferentes esferas setoriais. Assim, cabe-nos também perguntar: será que as escolas compreendem a proposta? Veremos com o terceiro capítulo.

### **2.3 CSA: do suporte material e textual ao seu significado simbólico e epistemológico**

A análise da CSA torna-se imprescindível para o entendimento da iniciativa do MS, na medida em que acreditamos ser relevante entender que tipo de material os diretores têm em suas mãos a fim de que seja trabalhado e distribuído para os seus alunos. Temos como hipótese que o tipo de material que o diretor dispõe para implantar a política influencia a maneira como irá colocá-la em prática. Assim, nesse item, analisaremos a Caderneta em si, bem como as suas características: tanto materiais quanto textuais.

Torna-se fundamental entender o modo como a imagem do aluno - adolescente ou jovem - tem sido reconstruída historicamente, confrontando-se com o modo como o MS (produtor da CSA) descreve, nomeia, trata e retrata o seu público-alvo, a partir das formas como a própria Caderneta foi constituída.

A análise do texto, contido na Caderneta, e a análise do seu suporte - expresso através deste tipo de publicação - (CHARTIER, 1990; CHAVES, 2003) sinaliza a intenção que está nela veiculada, através do documento impresso. Assim, a CSA apresenta-se como um instrumento resultante da visão do MS sobre o seu público-alvo. Podemos perceber, então, que a CSA é a culminância daquilo que o MS deseja e vislumbra para adolescentes e jovens brasileiros. A implantação de novos instrumentos, como a CSA, bem como a implementação de novas estratégias de ação visam sanar as dificuldades de comunicação entre os órgãos públicos da Saúde e os adolescentes brasileiros, minimizando a distancia entre os dois lados.

Para que o adolescente tenha mais atenção às sua saúde, bem como uma consciência de que a Saúde Pública não se encontra apenas vinculada a idéia de adoecimento ou de combate às doenças, o MS - em consonância com sua PNPS - criou novas formas de comunicação com os jovens e adolescentes, a fim de que não apenas se estabeleça uma ponte entre eles, mas também que os façam refletir sobre o momento que estão vivendo, sobre seus corpos e seus possíveis comportamentos de risco.

Diante do desafio, a CSA procura justamente encurtar a distancia entre o MS e a juventude. Assim, faz emergir alguns sentidos implícitos idealizados pela juventude, como por exemplo, o uso de uma capa que exhibe a imagem de meninos e meninas que

muito se assemelham a um mesmo modelo de adolescência e juventude veiculado pela mídia: o modelo “Malhação”.

A CSA retrata um adolescente com aparência física e características similares às dos atores que encenam a novela e seus personagens. Sem contemplar, no entanto, a diversidade das “juventudes” brasileiras, bem como as suas múltiplas realidades. Principalmente, a realidade daquele tipo de adolescente que frequenta as escolas públicas, na atualidade. Parece-nos que, com a intenção de se aproximar do jovem, o MS idealiza uma Caderneta, em cuja capa aparece a fotografia estereotipada de um grupo de jovens, também idealizado pelo MS.



**Foto nº 1: Capa da Caderneta de Saúde do Adolescente  
Masculina e Feminina**

Para aproximar-se daquele público para quem o guia é idealizado, o MS também se utiliza de ilustrações típicas das revistas de “gibi”, como uma forma de tornar a Caderneta e suas mensagens mais acessíveis ao adolescente. Com imagens bastante coloridas, linguagem simples e de fácil acesso para o leitor, a Caderneta fala sobre os cuidados necessários com o corpo, a prevenção de doenças, o combate ao fumo e ao alcoolismo, etc.

Contudo, também evidencia uma “despreocupação” do seu produtor, o MS, com as múltiplas concepções de adolescências e juventudes encontradas ao longo do território brasileiro. Assim, considerando toda a faixa etária atendida pela CSA (10 a 19

anos), é possível que o suporte do texto, o nível, a intensidade e a qualidade das informações ofertadas - de modo mais generalista - sejam vistas de forma muito “infantilizada” por alguns; ou ainda, muito “amadurecida”, por outros.

Mesmo considerando a sua forma textual, é relevante observar que as mensagens propostas pela CSA ainda são, efetivamente, transmitidas de forma prescritiva e através de um discurso imperativo que se traduz na ausência da possibilidade de construir - junto com seu público - a perspectiva de promoção da saúde, verdadeiramente, pensada e propagada pela PNPS.

Como exemplo daquilo que afirmamos anteriormente, encontramos na página 30, a seguinte orientação: “lavar o rosto 2 ou 3 vezes ao dia com sabonete esfoliante pode ajudar no controle da oleosidade” (BRASIL, 2009, p.30). Esta prescrição revela a pressuposição de que todos os adolescentes do país possam ter acesso a esse tipo de recurso para a higienização de seus rostos, no combate e prevenção de espinhas, por exemplo.

Aprofundando a análise da CSA como suporte, notamos que - por medir 16 cm x 11 cm e por conter 48 páginas - torna-se um livreto fácil de ser carregado, manuseado e transportado, transformando-se num verdadeiro “guia de bolso”. Encontra-se dividida em várias seções, que estão estruturadas em eixos principais: a) Crescimento e desenvolvimento saudáveis; b) Saúde sexual e reprodutiva; e c) Redução da morbimortalidade por causas externas.

O MS informa, já na sua página 2, que a CSA foi criada para monitorar o desenvolvimento e a saúde da população entre 10 e 19 anos, bem como para facilitar as ações educativas voltadas para este grupo. Assim, é um instrumento de vigilância e monitoramento da saúde que tem como objetivo auxiliar na prevenção, na promoção e na atenção à saúde do seu público-alvo (BRASIL, 2009).

Logo no início da CSA, encontra-se um índice que visa facilitar a localização dos temas relacionados à saúde do adolescente. Em seguida, existe uma página destinada para a sua identificação e que deve ser preenchida com letra legível e do modo mais completo possível. Deve ser preenchida pelo próprio jovem, pelos profissionais que o atendem ou pelo seu responsável. Ainda nessa página, há espaço para a inserção de sua foto de identificação e para as informações adicionais que sejam importantes e relevantes na vida do adolescente (BRASIL, 2009, p. 1 - 4).

O texto também orienta que as informações devem ser preenchidas com bastante atenção - a lápis - e com auxílio dos pais, no caso de dúvidas. Para melhor fundamentar suas ações, a Caderneta apresenta o ECA ao adolescente, a fim de que ele tome conhecimento sobre o documento, como um suporte legal para o seu ciclo de vida (BRASIL, 2009, p. 5 - 7).

Percebemos que o MS confere à CSA o *status* de documento de identificação para os adolescentes. Uma espécie de identidade ampliada, com dados adicionais sobre sua vida e como uma forma de ampliação da sua cidadania. Ou seja, a Caderneta seria uma espécie de documento que permite que o jovem se identifique e seja identificado como alguém que tem algum lugar na sociedade.

Também é perceptível que o texto da CSA, ao longo das suas páginas, revela “dicas de saúde”, incluindo temas variados como alimentação, higiene, prática de esportes e o cuidado com o uso e abuso das drogas. As mudanças de ordem física, emocional e social também são abordadas (BRASIL, 2009, p. 8 - 10). Ou seja, mais do que uma simples Caderneta, ela também figura como um instrumento que possa vir a ser útil à vida do aluno, dependendo do tipo de situação em que esteja envolvido. Igualmente, possui uma função preventiva, objetivando que o jovem melhore o seu nível de vida no que se refere, principalmente, à sua saúde.

Nesse caso, o texto do eixo “Alimentação Saudável”, apresenta alguns “passos” para que o leitor melhore a sua alimentação diária. Afirma, inclusive, que estes são “simples para serem seguidos”, na medida em que oferece alguns exemplos: “É legal comer 5 ou 6 vezes ao dia: no café da manhã, no almoço e no jantar, além de fazer lanches saudáveis nos intervalos dessas refeições”. A informação, entretanto, não leva em conta que o Brasil é diversificado e que, com certeza, existem outros estilos de vida que não coadunam com o tipo de proposta alimentar acima descrita (BRASIL, 2009, p.11).

Como a Caderneta é produzida para ser distribuída nacionalmente e, observando o exemplo acima mencionado, constatamos que não são contempladas ou prestigiadas as diversidades dos modos, dos cardápios e dos alimentos que estão inseridos nas - também diversas - culturas alimentares regionais, encontradas no Brasil (BRASIL, 2009, p.11). Aqui, já podemos identificar um problema: o cunho homogeneizador da Caderneta que não considera a diversidade social, cultural, étnica e religiosa do país.

Através da CSA é possível que o aluno/a ou seu responsável registre o crescimento e o desenvolvimento, favorecendo o seu contínuo acompanhamento das transformações, durante todo um ciclo de vida. O texto contido na CSA também sugere que os dados e medições devem ser registrados por um profissional da Saúde. Aqui, também vale destacar o fato de que a Caderneta parece ser criada para ter uma vida longa, ou seja, acompanhar o desenvolvimento de seu usuário, por longo período de sua vida.

Avançando nas páginas da CSA, fica evidente a preocupação do MS com a questão odontológica e são exibidas figuras explicativas que ensinam o adolescente a ter um “sorriso bonito e saudável”, por exemplo. Fica claro o caráter preventivo da Caderneta, uma vez que o MS, de antemão, já sabe das dificuldades para os agendamentos das consultas com os profissionais de saúde bucal nos municípios. Dessa forma, a elaboração do plano de tratamento odontológico para o adolescente tem representado um grande desafio a ser cumprido, mesmo que sejam identificadas as necessidades (BRASIL, 2009, p. 18 - 23).

Outro ponto que é abordado na CSA e é muito caro para o MS é aquele que trata do desenvolvimento dos órgãos de reprodução e dos caracteres sexuais secundários. A partir desse momento, a Caderneta aborda assuntos rotineiros da vida do adolescente, mas nem por isso, menos importantes. Sinaliza que o “desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a progressão da puberdade podem ocorrer de forma mais precoce, ou ainda, mais tardiamente, sem que os fatos representem a presença de alguma doença” ou de algum transtorno (BRASIL, 2009, p. 32 - 35).

A CSA orienta, ainda, que - em caso de “dúvida” - o indicado é procurar por um profissional de saúde, evitando informações ou condutas equivocadas (BRASIL, 2009, p.32 - 33). Nesse sentido, a CSA apresenta algumas tabelas e afirma que, através delas, pode-se avaliar a evolução das características sexuais secundárias, segundo a Classificação de Tanner. A partir deste eixo - de um modo bastante generalista - a CSA explica a diferença entre o sexo e a sexualidade, bem como a importância de reconhecer estes dois aspectos, já na adolescência.

Esta dimensão da CSA fica bem evidente nas páginas 32 e 33 que exibem, de modo ilustrativo, os estágios de desenvolvimento dos órgãos sexuais, através da genitália e dos pêlos pubianos (BRASIL, 2009, p.32 -33), bem como na página 37, onde propõe uma “conversa” sobre a sexualidade, como sendo uma condição de

desenvolvimento dos desejos e das práticas relacionadas à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos e ao exercício da “liberdade” (BRASIL, 2009, p.37).

Contudo, aqui destacamos que a Caderneta - de forma bastante prescritiva e determinista - não aborda ou contempla as discussões com relação ao gênero, condições ou opções sexuais, amplamente abordadas e vividas na atualidade, principalmente pelos mais jovens. O aspecto fica bastante evidente quando consideramos que as publicações apresentam dois únicos tipos de exemplares: um masculino e outro, feminino (BRASIL, 2009, p.38 - 43). E os homossexuais? Onde se enquadrariam? Ou seja, acreditamos que, nesse momento, o MS perde uma grande oportunidade de se comunicar com o jovem para quem se destina a Caderneta, pois, com certeza, é uma das questões mais presentes na vida do jovem, na atualidade.

Especificamente na Caderneta para as meninas, existem tabelas classificando as mamas e os pêlos pubianos. O texto também enfoca as principais dúvidas presentes na adolescência por meio de perguntas e respostas. A abordagem visual visa auxiliar na compreensão do texto explicativo sobre as partes que constituem, inclusive, as genitálias. Também esclarece algumas dúvidas frequentes como o fato de, no início, o ciclo menstrual se apresentar de forma irregular. Informa que o controle da menstruação é fundamental para o autoconhecimento e também propõe dicas de higiene.

Existe, ainda, um espaço para a adolescente registrar em um calendário todos os seus ciclos menstruais e, assim, conhecer melhor o funcionamento do seu próprio corpo. Na página 32, aparece uma ilustração sobre a anatomia da genitália externa feminina, como uma forma de reforçar o texto escrito. O mesmo ocorre na Caderneta voltada para os meninos (BRASIL, 2009, p.32).

Em todo texto apresentado na CSA, a linguagem é de fácil compreensão e baixa complexidade, mesmo quando utilizada para tratar de assuntos “mais sérios”, como a prevenção da gravidez indesejável e o surgimento das DSTs. Na página 42, o texto informa: “o uso de preservativo só depende de você. Esta é a única forma de garantir sua segurança”. Já na página 43, o texto lembra: “a contracepção de emergência não protege contra as DSTs/AIDs, nem substitui outros métodos” (BRASIL, 2009, p.42 - 43).

Na página 41, a forma textual deixa clara a existência dos direitos do adolescente em relação ao acompanhamento da gravidez e do aleitamento materno. O texto afirma que, no caso de acontecer uma gravidez, o adolescente deve se comportar

com responsabilidade: tanto ele, quanto ela. Nesse aspecto, a Caderneta apresenta a importância da dupla proteção na hora de uma relação sexual, bem como a melhor maneira de combinar os métodos, a fim de prevenir tanto uma DST, quanto uma gravidez indesejada (BRASIL, 2009, p.41 - 43).

As figuras - sempre ilustradas como em uma revista de “gibi” - estão dispostas de acordo com o texto explicativo, que se segue. A abordagem visual torna-se bastante útil no entendimento de como usar o preservativo masculino, por exemplo. Também estão registrados os “passos” para usar o preservativo feminino.

Finalizando a breve análise do suporte material e textual, em suas últimas páginas, a CSA incentiva o adolescente a fazer planos para o futuro, em todas as dimensões da sua vida, visando a construção de um “mundo melhor” para si. Também evidencia a autonomia do adolescente em relação a sua própria vida, como se - enquanto cidadão - ele tivesse não apenas direitos sobre sua vida, mas, sobretudo, responsabilidades.

Por fim, cabe ressaltar que - na última página da CSA - consta a divulgação de telefones e sites relacionados aos órgãos públicos que possam vir a ser úteis aos jovens portadores da Caderneta, numa clara demonstração de que o MS reconhece o direito do jovem, bem como também reconhece o seu dever em tornar ágil o contato do jovem com os próprios serviços públicos.

### **2.3.1 A dimensão biologicista da Caderneta**

Além dos aspectos textuais acima descritos, emerge do texto da CSA uma visão bastante biologicista que merece ser ressaltada, na medida em que expressa a própria perspectiva epistemológica contida em suas páginas. E, dentro de uma visão culturalista, esta opção não se constrói gratuitamente. Ao contrário, encontra-se atravessada de sentidos (CHARTIER, 1990).

A Caderneta apresenta, do início ao fim, algumas alusões a um modo de vida saudável que está condicionado às orientações e às prescrições pautadas, em sua maioria, no cuidado com o corpo, como por exemplo: "Cuide bem dos pés, das unhas e dos cabelos"; "Não fique muitas horas em frente à TV ou computador"; "Não pegue carona com quem consumiu bebida alcoólica"; "Escolha sempre alimentos saudáveis nos lanches da escola e nos momentos de lazer" (BRASIL, 2009, p. 10 - 13); “Conheça

o funcionamento de seu próprio corpo, isso permitirá que você cuide melhor de sua saúde e higiene" (BRASIL, 2009a, p.32 - 38).

As informações são indicadores de um tipo de cuidado prescrito e que se encontra presente em todo o material analisado - nas imagens e nos recursos gráficos, como as tabelas, os calendários, as fórmulas para cálculos do Índice de Massa Corpórea (IMC) e outros esquemas, etc. - e se caracterizam pelo “tom” ao mesmo tempo normativo e orientador da Caderneta.

No item: "Meu desenvolvimento" (BRASIL, 2009a, p. 15), estão dispostas as tabelas “para controle da estatura (altura), peso, IMC, estágios de maturação sexual (Escala de Tanner) e pressão arterial”. Logo em seguida, vê-se um gráfico, que relaciona a estatura e a idade, a partir do qual os adolescentes são classificados, apontando a estatura como “muito baixa”, “baixa” ou “adequada para a idade”.

Destacam-se, assim, os parâmetros biológicos naquilo que a Caderneta, determina como sendo um “desenvolvimento adequado” ou não (HÜNING e LUZ, 2011). Mesmo considerando a importância destes aspectos biológicos para a avaliação da saúde e do desenvolvimento dos sujeitos, torna-se necessário evidenciar os efeitos desse modo de objetivação em relação ao ciclo de vida - a adolescência -, ao próprio corpo e à saúde dos sujeitos (HÜNING e LUZ, 2011).

Com relação à dimensão biologicista, também é possível identificar na CSA algumas questões principais como a própria hierarquização do fator biológico sobre os demais aspectos da constituição dos sujeitos e das suas condições de saúde, bem como a ênfase numa normatização biológica que se constitui a partir de um “modelo” de desenvolvimento, isolado de outros fatores determinantes e condicionantes, tais como os aspectos socioculturais (HÜNING e LUZ, 2011).

Hüning e Luz (2011) sinalizam que, considerando as problematizações e proposições no campo da Saúde Coletiva, vemos na CSA uma herança do modelo médico ainda tradicional, contrapondo-se às novas perspectivas da PNPS. Infelizmente, apesar dos documentos proclamados demonstrarem uma perspectiva bio-psico-social para a saúde do adolescente, a CSA - produzida nos meandros onde aqueles mesmos documentos são geridos - expressa uma visão bastante diferente.

A contradição documental produzida pelo MS indica a própria confusão e desarticulação que existe no interior de uma mesma instituição pública promovendo visões divergentes sobre a mesma questão, onde a documentação maior propõe um

olhar mais holístico sobre o jovem aluno, enquanto a CSA expõe a velha perspectiva biologicista, já ultrapassada.

Quando há uma referência a uma compreensão global do sujeito e da saúde na CSA, ela aparece atrelada à idéia de responsabilização dos sujeitos pelo cuidado que estes devem exercer sobre si. Ou seja, a mensagem fundamenta-se em uma estratégia que visa instruir o adolescente e o jovem a tomar os cuidados pontuais para obter uma maior qualidade de saúde: "Para curtir a vida e desenvolver todas as suas capacidades, você vai precisar de muita saúde. Lembre-se, aprender a cuidar de seu próprio bem-estar físico, emocional, psicológico, espiritual e social é um dos desafios mais importantes para uma vida saudável" (BRASIL, 2009a, p.4; BRASIL, 2009b, p.4).

O que desejamos ressaltar é que, mesmo quando se evidencia uma concepção de bem-estar que ultrapassa o aspecto físico, as orientações sobre como colocar em prática o cuidado voltam-se, prioritariamente, para as questões do corpo, reduzindo a saúde a um objeto de apropriação, apenas, da dimensão biomédica. A Caderneta transforma-se, assim, em um manual de regras, instruções e modelos que prescrevem e ensinam o que é "ser um adolescente saudável".

A Caderneta também sugere que, ao cuidar fisicamente de si - nesse período de mudanças - o adolescente garantirá a sua própria saúde. No entanto, na concepção que fundamenta o SUS, "sofrimento e doença não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente relacionados com as características de cada contexto sociocultural" (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001, p. 53). A autora defende, portanto, que - como uma ferramenta de intervenção e efetivação das políticas do SUS - seria desejável que a Caderneta expressasse tal complexidade ao abordar o cuidado e a atenção em saúde.

Ao apresentar um espaço específico para o preenchimento das informações pessoais do aluno, nomeado: "Esse (a) sou eu" (BRASIL, 2009a, p.6; BRASIL, 2009b, p. 6), a CSA exhibe, ainda, um questionário para que o próprio adolescente responda. Aqui, sua singularidade é posta em pauta através das perguntas "o que mais gosto de fazer?" e "qual meu esporte preferido?". Estas são as únicas perguntas que extrapolam ao aspecto biológico, pois, a partir da terceira pergunta, todas as outras se voltam para um campo de interesse médico-farmacológico, inclinando-se para as questões estritamente orgânicas: tipo sanguíneo, alergias, medicações, hospitalizações.

Mais uma vez, a ênfase está na obtenção de informações úteis para identificar, diagnosticar, prescrever e compreender (organicamente) o funcionamento do sujeito a partir, exclusivamente, de seu corpo. A Caderneta - inicialmente proposta como sendo “do” e “para” o adolescente - "feita para apoiar você nesse processo de autodescoberta" (BRASIL, 2009a, p.4; BRASIL, 2009b, p. 5), logo se converte em um instrumento de registro e diagnóstico dos profissionais que o atendem.

Ao longo da Caderneta, podemos constatar que ainda há mais orientações organizadas em torno da saúde sexual, saúde reprodutiva e saúde bucal. Após um conjunto de prescrições relacionadas com as questões, é finalizado o aspecto informativo desses cuidados com a seguinte recomendação: "Seguir essas orientações significa saúde" (BRASIL, 2009a, p. 20; BRASIL, 2009b, p. 20).

De fato, a Caderneta deveria ser aberta para os diversos modos de viver a adolescência e produzir uma vida saudável, descentralizando o cuidado com o corpo como o único fundamento da saúde. Nesse sentido, é pertinente refletir sobre a singularidade histórica da vida do sujeito, também integrada às questões de sua saúde (HÜNING e LUZ, 2011).

### **2.3.2 A integralidade na Caderneta: um princípio fragilizado**

A discussão sobre a prevalência da abordagem do aspecto biológico na Caderneta já nos sugere a fragilidade quanto à presença do princípio da integralidade na CSA. Contudo, os próprios documentos do MS preconizam que este princípio deva ser colocado em prática. Nesse caso, a finalidade encontra-se presente na própria Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, 1990), que define o pressuposto da integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do SUS (Lei nº 8.080,1990)<sup>13</sup> (BRASIL, 2009).

Hüning e Luz (2011) afirmam que a integralidade se insere no cuidado em saúde na medida em que o trabalho se constrói como vínculo e suporte social, proporcionando o desenvolvimento integral do ser humano. Assim, ela deve ter como base a dimensão imaterial, em que há o deslocamento do foco da doença para o sujeito.

---

13) O princípio da integralidade abrange todas as ações do SUS, fazendo também da Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens uma prática que precisa ser desenvolvida de forma integral.

Logo, se estabelece a dimensão de cuidado com o outro, de modo a se enfatizar, justamente, a possibilidade relacional e não apenas a técnica. Enfim, um modelo de saúde que vai muito além do aspecto biológico.

O princípio da integralidade modifica a qualidade da atenção, pois promove a transferência do foco no cuidado com o corpo para o cuidado com o outro, gerando maior visibilidade não só da condição físico/orgânica do sujeito, mas do próprio sujeito que, por sua vez, possui atravessamentos de sua própria história de vida, do seu cotidiano, da cultura na qual está inserido e, até mesmo, das suas impressões e concepções acerca de sua saúde.

As autoras também afirmam que, para Campos, Barros e Castro (2004), a integralidade só se efetivará por meio da intersectorialidade e, nesse caso, as ações não se restringem - meramente - à soma de vários olhares sobre um mesmo objeto. Pauta-se em um trabalho conjunto, como os documentos acertadamente proclamam e como deve ser a implantação da CSA. Defendem também que a intersectorialidade para ser, de fato, colocada em prática precisa envolver os próprios usuários - no caso, os jovens e adolescentes - através de sua participação e avaliação nas ações implantadas.

Desse modo, consideramos que a discussão proposta pela CSA torna-se insuficiente em relação ao entendimento sobre o princípio da integralidade, pois não promove a construção de uma atenção integral de forma conjunta com o adolescente. Assim, também não consegue abarcar a sua participação e a sua autonomia na produção de novos modos de cuidar da sua própria saúde, bem como da multiplicação e da transmissão dos cuidados para a sua rede familiar e para sua comunidade.

### **2.3.3 “Adolescência” x “juventude”: a ambigüidade dos conceitos**

Hüning e Luz (2011) também apontam que, no ambiente virtual do MS, onde podemos acessar a CSA - especificamente no *link* nomeado como "Saúde do Jovem e Adolescente" - há uma contínua alternância no uso dos termos jovem e adolescente. Acessando-se o *link* referente a um conjunto de aulas interativas, com o título "Conheça a saúde de adolescentes e jovens", encontramos a definição: "O Ministério da Saúde (MS) em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década de vida (10 a 19 anos) e considera juventude o período dos 15 aos 24 anos de idade" (BRASIL, 2009).

As autoras sinalizam que a referida demarcação expressa uma definição cronológica das categorias que, por um período, se sobrepõem e, assim, passam a permitir o entendimento de que as políticas de saúde são desenvolvidas com base em uma divisão etária, ou seja, através da classificação entre sujeitos adolescentes e jovens. Afirmam, ainda, que o documento oficial que faz vigorar a CSA e estabelece os recursos financeiros para o fim - a Portaria Ministerial de nº 3.147 - define, no artigo 1º:

A Caderneta de Saúde do Adolescente é um instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, acompanhar o crescimento e desenvolvimento saudáveis e orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilos de vida saudáveis (Portaria Ministerial nº 3.147, 2009, s/p).

Assim, na portaria publicada, a expressão "população juvenil" traz uma conotação totalmente generalista do público para o qual a Caderneta é produzida. Não sendo sinalizada qualquer distinção entre o sujeito adolescente e o sujeito jovem. Apesar da referência generalista e da alternância no uso dos termos "adolescente" e "jovem" - pelo próprio MS - o termo "adolescente" ganhou destaque nas publicações, na página virtual do MS e na própria Caderneta.

Enfim, percebe-se que o que vigora é uma abordagem da adolescência como uma unidade hegemônica e uniforme, impedindo que se entenda o adolescente/jovem como parte de um agrupamento social dos mais heterogêneos: social, cultural, econômica e biologicamente falando (HÜNING e LUZ, 2011).

Embora a utilização de um ou outro termo remeta a diferentes significações e implicações, o fato não garante uma ampliação do olhar sobre a multiplicidade de modos de vida e de formas de relação com a saúde dos jovens, em suas "juventudes". Assim, entende-se que seria fundamental que o MS - enquanto produtor da CSA - considerasse, para o trabalho do setor Saúde, a diversidade dessas culturas juvenis. Torna-se necessário sinalizar a importância de que os conceitos dialoguem com a proposta do SUS, trazendo uma coerência entre os sentidos por eles produzidos e as ações específicas para o seu público.

Hüning e Luz (2011) também afirmam que é necessário percebermos as múltiplas expressões da juventude e as concepções de sujeito (jovem/adolescente) que são produzidas nos vários dispositivos do MS como, por exemplo, na CSA. Os

dispositivos deveriam, inclusive, considerar o cotidiano dos jovens para, posteriormente, pensar e planejar as políticas públicas:

Porque é cotidianamente, isto é, no curso de suas interações, que os jovens constroem formas sociais de compreensão e entendimento que se articulam com formas específicas de consciência, de pensamento, de percepção e ação (PAIS, 1990, p.164).

Sendo assim, a CSA torna-se um dispositivo impresso que, em última instância, veicula uma posição do MS - na condição de produtor de uma informação - que demonstra acreditar na existência de uma homogeneidade social, cultural, econômica e étnica entre os jovens/adolescentes e entre os indivíduos da mesma faixa etária, de todo território nacional.

O instrumento pauta-se em uma espécie de “equidade natural”, onde a adolescência - assim como a juventude - torna-se um ciclo de vida ideal para todos, pontualmente caracterizado pelas seguintes frases: "Adolescência: uma bela etapa da vida! Por isso é preciso cuidar da saúde para que ela fique ainda melhor"; ou "uma fase rica em descobertas e mudanças". E, ainda, alerta: “Se você tem entre 10 e 19 anos de idade, está vivendo uma fase rica em descobertas e mudanças: a adolescência" (BRASIL, 2009a, p. 4).

#### **2.3.4 A dimensão da cidadania através da Caderneta: quem realiza esse exercício para a juventude?**

O MS, enquanto produtor da CSA, afirma que a mesma representa um "instrumento de cidadania dos adolescentes" (BRASIL, 2010), na medida em que em suas páginas encontra-se a referência à cidadania: "(...) não se esqueça de que você é o principal responsável pela sua saúde e esse é o primeiro passo para o exercício da sua cidadania" (BRASIL, 2009a, p.5; BRASIL, 2009b, p.5). Ou seja, a Caderneta tem como uma de suas principais funções alertar o seu jovem usuário para o fato de que ele é um cidadão, fazendo do cuidado e da prevenção mediadores que articulam cidadania e saúde. Assim, na página 5, através do enunciado “Falando sobre meus direitos”, o MS informa: “Estar por dentro das leis brasileiras, respeitá-las e praticá-las é uma forma legal de você exercer a cidadania” (BRASIL, 2009, p. 5).

Conforme apontou Lara (2009) as políticas de saúde do SUS produzem efeitos nas pessoas, que, nesse caso, estão atreladas às práticas descritas na Caderneta e à condição de cidadania obtida através do cumprimento dessas mesmas práticas: "o *status* de cidadania é posto como algo que se consegue mediante a filiação às práticas de saúde institucionalizadas nos serviços de saúde do SUS" (LARA, 2009, p.56). A adolescência concebida no SUS é construída do mesmo modo, através da adesão às orientações que estão postas na Caderneta.

Parece-nos que o MS acredita que, caso o jovem atenda às orientações propostas pela Caderneta, ele estará - em última instância - tornando-se um "verdadeiro" cidadão. Entretanto, o que pretendemos discutir é a possibilidade de desenvolver a temática da cidadania através de uma abordagem ampliada e articulada à juventude, uma vez que a articulação se dá por meio de uma própria construção histórica, conforme abordaram Abramo e León (2005).

Também observamos que os comportamentos de risco tornaram-se o foco da preocupação pública, pois a gravidez precoce, o uso abusivo de drogas, as DSTs e a AIDS, contribuíam para fazer dos jovens autores de um segmento social representativo dos problemas considerados graves. Contudo, destacamos que a situação reconfigurou-se na medida em que os jovens passaram a expressar outras necessidades na sociedade, as quais não estavam, necessariamente, vinculadas à situação de vulnerabilidade.

Mudam os enfoques anteriores, principalmente, por superar a visão negativa sobre os jovens e gerar políticas centradas na noção de cidadania, abrindo a possibilidade da consideração dos jovens como sujeitos integrais, para os quais se fazem necessárias políticas mais articuladas, intersetorialmente (ABRAMO & LEÓN, 2005, p.22).

Os jovens passam a ser considerados como sujeitos "de direitos" e a juventude passa a ser vista como uma categoria que ultrapassa seus problemas. A modificação se caracterizou, principalmente, no plano da cultura, da educação, do lazer, da vida comunitária, das demandas cotidianas. Desse modo, as camadas mais populares criaram espaços, promovendo sua participação através de grupos sociais, os quais esboçavam noções de desenvolvimento expressas na idéia do jovem como um sujeito capaz de promover contínuas e renovadas transformações, mais construtivas socialmente (ABRAMO & LEÓN, 2005).

Observando a relação que se estabelece entre adolescência, saúde e cidadania, a CSA a constrói de modo ainda reducionista, a partir da responsabilização pessoal e do

assujeitamento às suas prescrições biomédicas. Embora o direito à saúde - mediado pela informação e pela prevenção - seja parte das formas de ser cidadão, não significa que essa perspectiva seja a única possibilidade ou caminho para o seu exercício.

Assim, é importante destacar a atuação intersetorial como um elemento constitutivo da produção de cidadania e saúde, uma vez que ela possibilita a criação de redes que considerem outras dimensões de cuidado, de saúde e de cidadania, como a segurança, o trabalho, o esporte, a educação, o lazer e a cultura.

Aqui, novamente lembramos que, sobre o aspecto da construção da cidadania, o já citado Manual Técnico - desenvolvido pela Secretaria de Atenção à Saúde, intitulado: "Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde" - ao discorrer sobre as ações de participação juvenil, faz referência às várias formas de desenvolver o trabalho com os jovens numa perspectiva cidadã.

Paradoxalmente, não vemos na Caderneta referências aos diversos modos de construir e exercer cidadania, na medida em que ela se propõe, apenas, a conduzir a informação, dizendo apenas "o que", "o porquê" e "como" devem ser tomados os cuidados da saúde.

Nesse aspecto, questionamos a Caderneta e sua restrita referência à cidadania, pois existem outras dimensões fundamentais para a sua promoção, como vimos nos próprios documentos que foram apresentados nesse capítulo e que utilizamos como referências para sua elaboração. Os documentos, produzidos pelo MS, deveriam contemplar e atender a complexidade, inclusive, dos vários tipos de universos juvenis que encontramos atualmente.

### **CAPÍTULO III**

#### **Os diretores escolares de Duque de Caxias na “roda-viva” da implantação da CSA**

Considerando as transformações que ocorreram na Educação, nos últimos anos, torna-se evidente a transferência de várias responsabilidades para a escola e para o diretor escolar, que passou a se ocupar da implantação de novas políticas, programas e projetos, criados tanto em nível federal quanto estadual e municipal. Além das novas atribuições, ainda permanecem aquelas que ocorrem no “chão da escola” e que, com certeza, já consomem grande parte do cotidiano daquele que tem o papel de comandá-la.

Assim, a importância da figura do diretor ganhou visibilidade e, atualmente, suas atribuições são ampliadas por meio do surgimento das políticas intersetoriais, aqui representadas pela implantação da CSA. O “chão da escola” - já tão complexo por natureza - passou a lidar com políticas públicas que envolvem, pelo menos, duas secretarias ou Ministérios, tornando sua mediação algo muito difícil de ser encaminhado no cotidiano.

Sabemos, portanto, que a atuação do diretor escolar - para a concretização da tão desejada qualidade na Educação - é fundamental. Sendo assim, torna-se relevante o reconhecimento do seu papel durante a implantação, bem como durante a implementação das políticas, programas e projetos escolares.

As próprias leis vigentes, referentes à Educação, demonstram o valor do diretor enquanto um sujeito escolar, que - como principal orquestrador de uma “gestão democrática da Educação” - tem por obrigação criar as condições para que os objetivos sejam alcançados. O diretor escolar seria, então, aquele que - através de sua gestão - estabeleceria o encontro entre a sociedade civil e o Estado (KRAWCZYT, 1999).

O diretor é - ao mesmo tempo - um representante do Estado na escola e, também, um representante da sua comunidade escolar, dentro de um diálogo com as instâncias superiores. Em um primeiro momento, esta dupla representação pode parecer contraditória; porém, como afirma Souza (2004, p.158), “a contradição talvez exista somente nos casos em que os interesses da comunidade escolar e os do Estado sejam divergentes, pois - ao que parece - o diretor é representante das duas frentes em questão”. Para explicar essa afirmação, podemos destacar a ênfase na natureza política da função dentro da gestão escolar.

É o diretor quem leva as políticas até a escola. As vivências, a formação, a postura e o conhecimento do diretor serão, portanto, fundamentais para que a escola tenha clareza de seu papel e de seus objetivos. Tal constatação torna-se ainda mais

importante quando a gestão aparece como fator de diferenciação na qualidade e na equidade da Educação.

Surgem, assim, algumas questões fundamentais que envolvem a figura do gestor escolar: quem são os diretores das escolas? Quais as responsabilidades que este profissional assume em seu cotidiano? Quais as práticas de gestão que favorecem o desenvolvimento da escola em busca da qualidade? Qual o nível de preparação dos diretores para que atendam às demandas de sua própria gestão escolar, bem como as de outros setores públicos que atuam em parceria com a escola.

Devido à série de funções que o diretor assume durante o seu cotidiano, não há clareza sobre o seu papel. Na gestão da escola, entram em jogo as características pessoais do diretor, o contexto da escola como instituição, bem como suas relações com outras instituições e com o contexto social mais amplo (SCHNECKENBERG, 2000; NÓVOA, 1995; GLATTER, 1995).

Dentro do contexto apresentado, a capacidade de liderança aparece como característica diferenciadora do papel do diretor, inclusive na implantação de uma política intersetorial. A habilidade de articulação, em meio às diversas situações que ocorrem dentro da escola, - desde a atribuição assistencialista até as diversas opiniões sobre como a escola deve ser organizada para recebê-las ou inseri-las no Projeto Político Pedagógico (PPP) - torna-se cada vez mais importante.

Este capítulo tem como objetivo, justamente, apresentar as opiniões das diretoras escolares sobre a implantação da CSA em Duque de Caxias - como uma das políticas intersetoriais entre a Educação e a Saúde -, bem como evidenciar o nível de envolvimento e participação destes sujeitos sociais, selecionados para a análise da implantação da política, em suas próprias escolas.

Para que as considerações acima possam ser realizadas com maior pertinência, o capítulo também fará uma exposição a respeito do contexto em que trabalham. Afinal, como está a realidade do “chão da escola” onde os diretores trabalham todos os dias? Quais são suas características? É o que procuramos responder a seguir.

### 3.1 O município em questão

Duque de Caxias é um dos onze municípios que compõem a área geográfica localizada entre a costa e os maciços litorâneos, denominada Baixada Fluminense que, por sua vez, pertence à região metropolitana do Rio de Janeiro. Limita-se, ao norte, com os municípios de Miguel Pereira e Petrópolis; ao sul, com o município do Rio de Janeiro; ao leste, com o município de Magé e, a oeste, com o de São João de Meriti, sendo a sua área - de 442 km<sup>2</sup> - uma das maiores do estado. Ou seja, encontra-se em uma região bastante peculiar do estado do Rio de Janeiro - chamada de Região Metropolitana - devido à relação existente entre a Baixada Fluminense e a cidade do Rio de Janeiro (IBGE, 2010).

Apenas em 1924 foi instalada a primeira rede elétrica no município, com a abertura da Rodovia Rio-Petrópolis, que hoje é conhecida como Rodovia Washington Luís, a principal via de acesso ao município. Assim, inúmeras empresas compraram terrenos e se instalaram na região, devido à proximidade com a cidade do Rio de Janeiro; prometendo, assim, tornar-se uma região bastante promissora.

A distribuição geográfica do município é bastante diversa e cerca de, aproximadamente, um terço de sua extensão territorial ainda é coberto por florestas, inclusive, de mata virgem - geralmente encontrada nas encostas da serra. Percebemos, então, que apesar do crescimento populacional, a cidade ainda guarda espaços verdes, além de edificações históricas que remontam o passado da região, tais como a Igreja Nossa Senhora do Pilar e a Fazenda São Bento (VIANA, 1991).

Inicialmente, Duque de Caxias compunha um distrito de Nova Iguaçu. Entretanto, em 31 de dezembro de 1943 - através do Decreto-lei 1.055 - elevou-se à categoria de município, recebendo o nome em homenagem ao patrono do Exército Brasileiro, Luís Alves de Lima e Silva - “o Duque de Caxias” - também chamado de “O Pacificador” e nascido na região, em 1803 (VIANA, 1991).

Desde a sua emancipação, vários fatores econômicos e sociais contribuíram para o crescimento populacional, principalmente, nas três primeiras décadas de sua existência. Na década de 1960, a instalação da Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) e a formação de um complexo industrial, composto por petroquímicas e distribuidoras de gás de cozinha e combustível, constituíram-se em atrativos à migração de habitantes do interior do Rio de Janeiro e de outros estados do Brasil (VIANA, 1991).

Outro fator que também contribuiu para o aumento populacional em Duque de Caxias, ainda na década de 1960, foi a especulação imobiliária na cidade do Rio de Janeiro, quando uma parcela da população carente - em sua maioria de baixa escolaridade e sem qualificação profissional - transferiu suas moradias para os municípios mais próximos do centro da cidade, mantendo seu vínculo empregatício com a metrópole (VIANA, 1991).

Desde o início do século XX, as terras da Baixada Fluminense também serviam para aliviar as “pressões demográficas” da cidade do Rio de Janeiro e, nesse sentido, foi adquirindo um perfil populacional bastante característico, composto por migrantes nordestinos, imigrantes portugueses e moradores de baixa renda que - em razão de dificuldades econômicas - foram ocupando a Baixada Fluminense, como um todo (VIANA, 1991).

Ao perfil urbano do município, ainda se somava a precariedade dos serviços públicos: Saúde, Educação e Saneamento Básico, entre outros. Assim, o processo de emancipação da cidade esteve relacionado à formação de um grupo de pessoas que, ao organizarem a União Popular Caxiense (UPC) - composto por jornalistas, médicos e políticos locais - já estavam desejosos que Duque de Caxias recebesse um grande incentivo em sua economia (VIANA, 1991).

Economicamente, o município apresentou um grande crescimento nos últimos anos, sendo a indústria e o comércio as suas principais atividades. Existem, aproximadamente, 809 indústrias e 10.000 estabelecimentos comerciais instalados no município. Contudo, segundo Albuquerque, (1994, p.84), a ocupação crescente do município não teria sido acompanhada de obras suficientes de infra-estrutura urbana. Desse modo, seu centro comercial é denso e com grande aglomeração de construções em torno da velha estação ferroviária, localizada no seu Primeiro Distrito, diferentemente dos seus demais distritos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), a densidade demográfica revela-se alta - 1.828,5 habitantes/Km<sup>2</sup> - e o crescimento populacional é bastante acelerado. Sua população estimada, em 2014, e divulgada pelo IBGE é de 878.402 pessoas, com uma população residente de 855.048. Duque de Caxias é, basicamente, um município de características urbanas, pois sua população urbana é composta por 852.138 pessoas e a rural por 2.910 pessoas, concentrando-se esta última, mais especificamente, entre Imbariê e Xerém (IBGE, 2010).

O município é um dos cinco mais populosos do estado do Rio de Janeiro e o mais populoso da Baixada Fluminense, apresentando um Produto Interno Bruto (PIB), *per capita*, de aproximadamente 31.280 Reais e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.7, além de ser o décimo oitavo município do país com maior número de habitantes (IBGE, 2010). Ou seja, os números demonstram a força do município no que se refere ao seu potencial econômico e social.

De outro lado, o rápido crescimento populacional provocou o fracionamento e o loteamento das antigas propriedades rurais e das terras que eram consideradas improdutivas, no passado (VIANA, 1991). De acordo com o atual Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros (IBGE, em 2010), no ano de 2003, 53% da população de Duque de Caxias ainda vivia em situação de pobreza. Ou seja, posicionava-se como o nono município com maior população vivendo na pobreza, entre aqueles que estão localizados no estado do Rio de Janeiro.

Territorialmente, o município de Duque de Caxias é composto por quatro distritos: Duque de Caxias (Primeiro Distrito ou Distrito Sede), Campos Elíseos (Segundo Distrito), Imbariê (Terceiro Distrito) e Xerém (Quarto Distrito). Como todos os outros municípios da Baixada Fluminense, Duque de Caxias não foge à regra da desigualdade social. A renda da população não apresenta equidade, ao longo do seu território municipal (IBGE, 2010).

De acordo com dados censitários, os chefes dos domicílios do Primeiro Distrito têm uma renda média que varia entre dois a cinco salários mínimos. No Segundo Distrito, a maior renda é encontrada, apenas, em Jardim Primavera - bairro onde é situada a sede da Prefeitura - bem como em parte dos bairros de Campos Elíseos e Saracuruna. O Terceiro Distrito encontra-se com uma população que possui rendimentos baixos e, em quase na totalidade dos bairros, a renda média fica em torno de um a dois salários mínimos. O Quarto Distrito apresenta a maior concentração de área rural. É constituído por uma população com renda inferior a um salário mínimo e, curiosamente, é onde se concentra o maior índice de analfabetismo (IBGE, 2010).

Percebemos, então, que a relação da renda com o índice de alfabetização é bem delimitada no município, de modo que o distrito com maior renda - o Primeiro - é o aquele que evidencia maior índice de alfabetização.

**QUADRO 1: Número de bairros por distrito e distribuição de renda local/índice de alfabetização no município de Duque de Caxias (IBGE, 2010)**

<b>DISTRITO</b>	<b>NÚMERO DE BAIROS</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DE RENDA LOCAL</b>
<b>PRIMEIRO</b>	25	De 2 a 5 salários mínimos (maior índice de alfabetização)
<b>SEGUNDO</b>	15	De 1 a 3 salários mínimos
<b>TERCEIRO</b>	11	1 a 2 salários mínimos
<b>QUARTO</b>	13	Inferior a 1 salário mínimo (menor índice de alfabetização)

**Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**  
(<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>), acesso em fevereiro de 2015.

### **3.1.1 Descortinando a rede municipal de Educação**

Segundo Leite (2002), Duque de Caxias é um dos mais importantes municípios do estado do Rio de Janeiro. Isso pode ser explicado por vários motivos, dentre eles, se destaca a sua localização e a população, conforme apresentado anteriormente. Além disso, trata-se da segunda maior rede municipal de ensino público do estado do Rio de Janeiro, em número de matrículas, - aproximadamente 62.928 - que estão distribuídas pelas suas escolas, nos quatro distritos que compõem o município.

De acordo com os dados do censo demográfico divulgados pelo IBGE (2010), o município apresenta o percentual de 15,8% das crianças, de 7 a 14 anos, que não cursam o Ensino Fundamental (EF). No tocante à taxa de conclusão do EF, entre os jovens de 15 a 17 anos, o percentual é de apenas 49%. Ou seja, menos de 50% dos alunos que ingressam no EF, conseguem concluí-lo. Este percentual é muito elevado e, somado à precariedade dos demais aspectos do município, apenas reforça a necessidade e relevância da implementação de políticas intersetoriais.

Utilizando a mesma base de dados - divulgada pelo IBGE (2010) - percebemos que o município, contraditoriamente, apresenta o percentual de 92% de jovens e adolescentes, acima 15 anos, que estão alfabetizados. Quanto à questão da distorção idade-série, observa-se no município uma elevação gradual destes números: à medida que se avança nos níveis e modalidades de ensino, também aumenta a distorção idade-série.

Quanto aos resultados no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - índice que combina o rendimento escolar às notas do exame da Prova Brasil, aplicado para crianças do 5º e 9º anos e que pode variar de 0 a 10 - o município apresenta, ainda, um quadro distante das metas. De acordo com os dados do MEC, está na 3.548.ª posição, entre os 5.565 do Brasil, quando são avaliados os alunos do 5º ano; e na 4.975.ª posição, no caso dos alunos do 9º ano. Ou seja, a rede se constitui com uma política educacional ainda por se efetivar, no que se refere à qualidade do ensino.

Apenas para fins de comparação, informamos que, em 2014, o IDEB nacional divulgado para as escolas públicas foi de 4,9 - para o EF I - e de 3,8 - para o EF II. As médias do município de Duque de Caxias foram, respectivamente: 4,4 e 3,3. Enfim, ainda apresentam-se abaixo da média proposta.

De acordo com dados da SME/DC, são realizados alguns projetos 14, implementados pela própria Secretaria, e que são voltados para a abordagem da “Saúde”, enquanto um Tema Transversal. Além disso, a SME/DC também dinamiza alguns programas, pactuados com o Governo Federal, como por exemplo: o “Escola Aberta” 15, o “Segundo Tempo” 16, o “Programa Mais Educação” 17 e o próprio “PSE”. Ressaltamos que, algumas escolas da rede municipal de ensino, são contempladas com

---

14) São eles: Projeto “Escola que dá gosto”; Projeto “Alimentação escolar na educação que transforma”; “Prevenção às drogas na escola”; “Seu óleo tem destino certo” (SME, 2014).

15) O Programa “Escola Aberta” foi criado a partir de um acordo de cooperação técnica entre Ministério da Educação e a Unesco, implantado em 2004. Incentiva e apóia a abertura, nos finais de semana, de unidades escolares públicas localizadas em territórios de vulnerabilidade social. A estratégia potencializa a parceria entre escola e comunidade ao ocupar o espaço escolar aos sábados e/ou domingos com atividades educativas, culturais, esportivas, de formação inicial para o trabalho e para a geração de renda. São atividades voltadas para os estudantes e para a população do entorno (Brasil, 2007).

16) O Projeto “Segundo Tempo” foi criado em 2003, pelo Governo Federal, desenvolvido pelo Ministério do Esporte, com o objetivo de integrar o indivíduo à sociedade através da prática esportiva e de atividades complementares no turno oposto ao das aulas na escola (BRASIL, 2003).

17) O Programa “Mais Educação” foi instituído em 2007 e constitui-se como uma estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e da organização curricular na perspectiva da Educação Integral (BRASIL, 2007).

diversos programas e projetos que visam estimular a promoção da saúde no espaço escolar, concomitantemente.

Segundo a SME/DC, todas as ações intersetoriais estão voltadas para atingir uma das suas políticas prioritárias: a melhoria da qualidade do ensino. Toda e qualquer ação que possa vir a promover o fortalecimento da escola pública municipal, que promova a educação como efetivo direito e que estimule os alunos a encontrarem na escola um espaço de desenvolvimento da sua cidadania - como é o caso da implantação da CSA - é apoiada, na medida em que o município também precisa melhorar seu índice de desenvolvimento social.

A rede municipal de ensino público de Duque de Caxias é composta por 142 escolas, atendendo a 75.089 alunos do EF. São 48 escolas distribuídas pelo Primeiro Distrito, atendendo a 25.295 alunos; 46 escolas distribuídas pelo Segundo Distrito, atendendo a 25.673 alunos; 27 escolas distribuídas pelo Terceiro Distrito, atendendo a 17.494 alunos e 21 escolas distribuídas pelo Quarto Distrito, atendendo a 6.623 alunos.

Além do EF, a rede municipal de ensino também contempla o Ensino de Jovens e Adultos (EJA) com 8.848 alunos e a Educação Infantil (EI), através das Creches e dos Centros e Creches de Atendimento à Infância Caxiense (CCAICS) que atendem a 4.389 alunos. Mesmo assim, sugere-nos que o município ainda tem muito a realizar para atingir as metas municipais.

Como veremos, adiante, a maior parte das diretoras escolares entrevistadas é composta por moradoras do próprio município. Desta forma, consideramos que também seja importante evidenciar como está disposta a oferta de Ensino Superior (ES) em Duque de Caxias, considerando que a SME/DC preconiza que todos os seus diretores possuam uma graduação para atuar no cargo.

Dentro das possibilidades de ES, ofertadas no próprio município, destacamos a presença da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) que oferece - em seu Pólo de Xerém (Quarto Distrito) - inclusive, um Mestrado Profissional voltado para a formação científica dos professores graduados em Biologia.

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), também marca sua presença no município, por meio do *Campus* localizado no bairro Vila São Luís (Primeiro Distrito). Através de seus cursos de Licenciatura em Pedagogia, Matemática e Geografia, a instituição tem tornado possível a conclusão do ES de muitos moradores caxienses. Oferece curso de pós-graduação, inclusive, com o enfoque em duas linhas de

pesquisa: “Educação, comunicação e cultura” e “Educação, escola e seus sujeitos sociais”, permitindo o aprofundamento da reflexão em torno dos seus próprios problemas locais.

No cenário das universidades particulares, a Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) talvez seja a maior e mais conhecida do município. Possui um *Campus* localizado no bairro 25 de Agosto e uma unidade alocada no Colégio Casimiro de Abreu, no Primeiro Distrito. A Universidade possui, ainda, outra unidade localizada em Santa Cruz da Serra - no Terceiro Distrito - que oferece à comunidade cursos nas mais diversas áreas.

A Universidade Estácio de Sá também possui uma unidade localizada no bairro 25 de Agosto (Primeiro Distrito), ofertando - além dos cursos politécnicos - cursos de graduação e pós-graduação em Administração, Direito, Informática e Letras.

Também no Primeiro Distrito, a Fundação Educacional de Duque de Caxias (FEUDUC), em nível de graduação, oferece os cursos de Biologia, História, Geografia, Matemática, Letras e Informática, além de cursos de pós-graduação.

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRJ) também se faz presente, por meio do *Campus* Duque de Caxias. Localizado no bairro Sarapuí (Primeiro Distrito), o IFRJ oferece cursos variados no EM e o curso de graduação em Química, no ES.

### **3.1.2 O “chão” das escolas caxienses pesquisadas**

Em 2013, visando dar continuidade ao processo de implantação da CSA no município de Duque de Caxias, dezesseis escolas que integram a rede pública de ensino foram escolhidas pelos profissionais que atuam nas UBSs - inseridas nos mesmos territórios - para incrementar a sua distribuição: quatorze escolas municipais e duas escolas estaduais.

Conforme já indicado no capítulo anterior, as escolas foram selecionadas pelas próprias equipes da Saúde, com a finalidade de facilitar o trabalho, através da aproximação territorial necessária, entre a escola e as UBSs, a fim de que o trabalho intersetorial pudesse ser efetivado a contento.

Visando facilitar a compreensão deste trabalho, informamos que a metodologia utilizada para a seleção das diretoras das escolas pesquisadas, pautou-se, inicialmente,

na exclusão daquelas que atuam nas escolas estaduais, em virtude da grande dificuldade encontrada para a liberação dos documentos formais, autorizando a referida pesquisa, na esfera estadual. Optamos, assim, por entrevistar oito das quatorze diretoras das escolas municipais selecionadas para a implantação da CSA no município de Duque de Caxias, em 2013.

O critério de escolha visa evidenciar os discursos de, pelo menos, oito diretoras escolares - duas em cada um dos quatro distritos do município -, permitindo, assim, equilíbrio e igualdade no momento da análise no que tange ao número de distritos que compõem o município de Duque de Caxias.

Cabe ressaltar que - por meio destas entrevistas - buscamos entender a relação e a participação das direções escolares na implantação da CSA em suas escolas. Nesse sentido, as trajetórias profissionais, em destaque, estão organizadas para que possam evidenciar aspectos semelhantes e/ou discordantes no modo de compreensão das políticas públicas entre a Educação e a Saúde, especificamente, na implantação da CSA.

Explicitados estes aspectos, passamos a descrever a localização das escolas selecionadas para a pesquisa e suas distribuições pelos bairros e distritos do município de Duque de Caxias, bem como revelar as modalidades de ensino e o número dos alunos matriculados em cada unidade.

Buscando respeitar os aspectos éticos necessários e envolvidos na pesquisa, bem como preservar as identidades das diretoras escolares entrevistadas, identificaremos as escolas pesquisadas do seguinte modo: a) Escolas do Primeiro Distrito: PD1 e PD2; b) Escolas do Segundo Distrito: SD1 e SD2; c) Escolas do Terceiro Distrito: TD1 e TD2; e d) Escolas do Quarto Distrito: QD1 e QD2.

A seguir, explicitamos o quadro constando a localização das escolas selecionadas para a pesquisa, suas distribuições pelos bairros e distritos do município, suas modalidades de ensino e o número dos alunos matriculados em cada escola.

**QUADRO 2: Distribuição das escolas inseridas na pesquisa, número de alunos e modalidade de ensino ofertada**

<b>ESCOLA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>NÚMERO DE ALUNOS</b>	<b>MODALIDADE DE ENSINO</b>
<b>PD1</b>	Primeiro	Parque Beira Mar	614	EI, EF e EJA
<b>PD2</b>	Primeiro	Parque Felicidade	684	EI, EF e EJA
<b>SD1</b>	Segundo	Campos Elíseos	299	EF
<b>SD2</b>	Segundo	Pilar	615	EI, EF, EJA e EE
<b>TD1</b>	Terceiro	Imbariê	532	EI e EF
<b>TD2</b>	Terceiro	Imbariê	621	EI, EF e EJA
<b>QD1</b>	Quarto	Xerém	747	EI, EF e EJA
<b>QD2</b>	Quarto	Xerém	569	EI, EF e EE

**Legenda:**

EI: Educação Infantil  
 EF: Educação Fundamental  
 EJA: Educação de Jovens e Adultos  
 EE: Educação Especial

**Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Duque de Caxias  
 (<http://sme.gov.br>), acesso em março de 2015)**

Aqui, é relevante evidenciar que, no Terceiro Distrito - composto por onze bairros - as duas escolas que foram, inicialmente, escolhidas pelas equipes da Saúde, para iniciar a implantação da CSA, estão localizadas exatamente no mesmo bairro: Imbariê. A mesma coincidência é apontada no Quarto Distrito que, mesmo sendo composto por treze bairros, teve duas escolas do mesmo bairro (Xerém) selecionadas pelas equipes da Saúde.

### **3.2 A voz das diretoras escolares**

As entrevistas semi-estruturadas desta pesquisa foram analisadas considerando-se a Teoria da Análise de Conteúdo. Este método de análise permite ampliar a exploração e a descoberta sobre o objeto de estudo, guiados por hipóteses-questões que estão previamente definidas (SILVA, CHRISTOGOBBI, SIMÃO, 2005).

Através das entrevistas foi possível alcançar o objetivo proposto nesta dissertação, que é identificar o grau de importância que as diretoras escolares entrevistadas dão ao trabalho intersetorial durante o processo de implantação da CSA em suas escolas. Entretanto, cabe chamar atenção para dois aspectos: primeiramente, destacamos nosso entendimento de que este trabalho está inserido entre tantas outras demandas que as diretoras precisam cumprir, visando atender às diretrizes educacionais encaminhadas para as unidades escolares municipais, na atualidade.

Um segundo aspecto pauta-se na necessidade de explicitar o envolvimento profissional da entrevistadora com as direções escolares selecionadas e com a própria implantação do instrumento de Saúde voltado para os adolescentes nas escolas municipais, uma vez que é reconhecida - pelas diretoras entrevistadas - a sua inserção na equipe responsável pelo planejamento e pela execução da implantação desta política intersetorial em Duque de Caxias.

Em virtude da posição ocupada pela entrevistadora, no nível gestor municipal, - incluindo a participação na elaboração das capacitações e das oficinas, bem como nas visitas de acompanhamento, representando a própria Coordenação de Programas de Saúde e a SMS -, muitas vezes, a realização das entrevistas apresentou-nos um dilema, uma vez que o ofício deixou de ser apenas a execução do próprio trabalho para se transformar em objeto desta dissertação. E, portanto, é relevante enfatizar que este “duplo papel” e suas múltiplas leituras não foram esquecidos durante os momentos de encontro com as diretoras escolares para a realização das entrevistas.

De modo a sintetizar e facilitar a compreensão dos resultados das entrevistas, a análise foi categorizada quanto à participação na capacitação para a implantação da Caderneta no município, bem como quanto à interpretação desta política intersetorial, na medida em que - no nosso entendimento - estes são aspectos que sistematizam, de modo mais relevante, a relação de nossos sujeitos escolares - as diretoras - com a implantação da CSA.

### 3.2.1 Quem são as diretoras escolares entrevistadas?

Aqui, apresentaremos uma breve análise do perfil profissional das diretoras escolares que foram entrevistadas. Para melhor evidenciar nossa análise, destacaremos se as mesmas possuem algum tipo de especialização relacionada ao cargo administrativo que ocupam na SME/DC, bem como o tempo de direção escolar.

Também interessa-nos identificar se as diretoras selecionadas para a pesquisa são moradoras do município de Duque de Caxias, indicando-nos, talvez, a presença de alguma implicação política que possa comprometer seus discursos, durante a realização das entrevistas.

No Primeiro Distrito, a diretora da escola PD1 é moradora de Duque de Caxias, inclusive, do mesmo distrito onde está localizada a escola que dirige. Possui especialização em Administração Escolar e atua no cargo há onze anos. A diretora da escola PD2 é moradora do município do Rio de Janeiro, possui especialização em Gestão Escolar e está à frente do cargo que ocupa há, apenas, dois anos.

Quando analisamos as escolas do Segundo Distrito, percebemos que a diretora da escola SD1 é moradora do município, possui especialização em Supervisão Escolar e está na direção há cinco anos. Já no caso da escola SD2, a diretora também é moradora do município, possui especialização em Gestão Escolar e está à frente do cargo há quatro anos.

Verificando a situação das escolas do Terceiro Distrito, destacamos que a diretora da TD1 não é moradora do município de Duque de Caxias e, sim, do município do Rio de Janeiro. Possui especialização em Psicopedagogia e está no cargo há seis anos. Na escola TD2, a diretora também não é moradora do município, e sim da cidade de Itaboraí. Em relação à especialização, é a única entrevistada que possui mestrado em Educação. Ela está na direção há quatro anos.

Finalizando nossa análise sobre o perfil profissional, apontaremos a situação das escolas do Quarto Distrito: a diretora da escola QD1 é moradora de Duque de Caxias, possui especialização em Metodologia do Ensino e está na direção escolar há quatorze anos. A diretora da escola QD2 também é moradora do município, inclusive, do mesmo distrito onde está localizada a escola onde atua. Possui especialização em Orientação Educacional e está atuando no cargo há dezenove anos.

**Quadro 3: Especificidades de localização da moradia, tempo de direção escolar e formação profissional das diretoras entrevistadas**

<b>ESCOLA</b>	<b>MORADORA DE DUQUE DE CAXIAS</b>	<b>TEMPO DE DIREÇÃO ESCOLAR</b>	<b>ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO ESCOLAR</b>
<b>PD1</b>	Sim	11 anos	Sim
<b>PD2</b>	Não	2 anos	Sim
<b>SD1</b>	Sim	5 anos	Não
<b>SD2</b>	Sim	4 anos	Sim
<b>TD1</b>	Não	6 anos	Não
<b>TD2</b>	Não	4 anos	Não
<b>QD1</b>	Sim	14 anos	Não
<b>QD2</b>	Sim	19 anos	Não

**Fonte: Quadro criado a partir das informações colhidas através do questionário aplicado durante as entrevistas com as diretoras escolares**

Concluindo a breve análise acerca da trajetória profissional das diretoras, aqui entrevistadas, podemos aferir que cinco das oito pesquisadas são moradoras do município de Duque de Caxias e apenas três delas moram em outras cidades: duas no Rio de Janeiro e uma em Itaboraí.

Daquelas que são moradoras de Duque de Caxias, constatamos que duas delas, inclusive, são moradoras dos mesmos distritos onde estão localizadas as escolas que dirigem. Ou seja, demonstram um maior vínculo com a comunidade, na medida em que vivem na mesma localidade onde trabalham. Este aspecto nos faz supor que conhecem os seus alunos e a realidade das suas comunidades de modo mais aproximado.

Outro fato interessante é que quatro diretoras entrevistadas possuem especialização em Gestão Escolar. Entretanto, curiosamente, a diretora que nos evidenciou melhor desempenho na implantação da CSA - bem como no desenvolvimento da parceria com a equipe da Saúde que atua no entorno da escola que dirige - possui sua especialização em Psicopedagogia. Dessa forma, indica-nos que o

domínio de um conhecimento científico sistematizado em áreas que se apóiam em uma interação pessoal - como a Psicologia, a Psicanálise, a Psicolinguística, a Neurologia, a Psicomotricidade, a Psiquiatria, entre outros, - possam ter contribuído para a qualidade do seu desempenho durante a implantação da CSA, otimizando sua atuação profissional.

Com relação ao tempo de gestão escolar, apenas três diretoras têm mais de dez anos a frente do cargo, em suas unidades. Cabe salientar que duas destas três diretoras não estiveram presentes na capacitação para a implantação da CSA. Destacamos, ainda, que diretora escolar com maior tempo de atuação no cargo - dezenove anos - foi a única que não compareceu à capacitação proposta pela SMS e pela SME e, também, não enviou um representante da sua gestão. Podemos, então, inferir - pelo menos em relação à nossa pesquisa - que o tempo de serviço transforma-se em um fator que pode interferir negativamente, dificultando o sucesso da implantação de novas políticas e programas, como é o caso da CSA.

### **3.2.2 Capacitar para participar x Participar para capacitar**

Neste primeiro aspecto, a questão norteadora tem como objetivo analisar o nível de participação das diretoras escolares na capacitação - proposta pela SMS em parceria com a SME - visando a implantação da CSA, em agosto de 2013.

Considerando que as diretoras escolares convocadas não tivessem participado da referida capacitação, almejamos observar, ainda, se houve a preocupação em enviar um representante da sua gestão. Neste segundo caso, também verificamos se a diretora escolar - mesmo ausente no momento da capacitação - buscou as informações sobre a implantação da Caderneta através dos representantes enviados e se conseguiram acompanhar a implementação da política em suas escolas, posteriormente. Ou seja, desejamos perceber o grau de comprometimento com a implantação da CSA.

Das oito diretoras escolares selecionadas para esta pesquisa, quatro não participaram da capacitação para a implantação da CSA. Três, destas quatro diretoras ausentes, enviaram outro profissional das suas escolas, como representantes das suas gestões. Assim, aqui já podemos perceber que apenas quatro diretoras escolares estiveram presentes, pessoalmente, conforme a convocação inicial da SMS e da SME. Primeiramente, analisaremos as entrevistas destas quatro diretoras escolares que estiveram ausentes na data proposta para a capacitação.

## **Diretora da escola PD1**

A diretora nos relatou que apesar de não ter participado da capacitação para a implantação da CSA, encaminhou um professor de Ciências para representá-la e que ele responsabilizou-se por planejar e realizar todas as atividades referentes à implantação da Caderneta na escola. Ou seja, designou outro professor para participar das capacitações, bem como para planejar as atividades subseqüentes, relativas ao trabalho de implantação em sua escola.

A diretora enfatiza que o referido professor ficou responsável por informar à equipe diretiva, aos outros professores da escola, aos pais e aos alunos sobre a distribuição da CSA, bem como por buscar as Cadernetas na UBS mais próxima e, ainda, elaborar um planejamento - incluindo parcerias com os profissionais da Saúde - para a contínua realização de palestras e oficinas que oportunizassem a inserção deste instrumento nos conteúdos das aulas.

Daqui...Foi....Foi um outro professor...Eu não fui... Foi tudo feito por ele com... Quer dizer...Junto comigo, mas ele que sentou e disse que foi tudo organizado... É aquela coisa, né... Que na escola tem que ter, né, esse tipo de centralização da minha parte...Mas também se depender só de mim... Não vai! (Risos)... (Diretora da escola PD1)

Durante a entrevista, a diretora sinalizou diversas vezes que - uma vez delegada a função para o docente - não tem sido atualizada sobre o andamento da implantação da CSA na escola. Afirma que não tem conhecimento se ele dividiu as informações recebidas, durante a capacitação, com a equipe de orientação pedagógica da escola, por exemplo. Também relata que foi informada pelo professor que o planejamento para a implantação, em sua escola, focaria - inicialmente - os alunos das turmas de quarto e quinto ano do EF.

Ao término da entrevista, questionamos se ela tem conhecimento sobre a conclusão deste planejamento inicial do professor de Ciências que a representou; sobre como foram executadas as ações; ou ainda, sobre os resultados colhidos pela escola, neste primeiro momento. A diretora se surpreende com meu questionamento e, com um aparente desconforto, me responde que não tem informações sobre o andamento deste trabalho pedagógico na escola, atualmente:

Eu pedi pra que o meu professor fizesse um relatório, pra poder a gente ter isso como documento... Porque sentar e me falar...Tá...

Gente, eu até escuto!... Eu ouço, “Ah, tá! Muito bom! Tudo muito legal!...Mas se não tiver... É... Algo registrado, né...Aí tudo se perde!...Mas...Agora...A gente falando nisso...Me lembrei que eu nunca cobrei dele esse retorno...Esse relatório...(Risos)... (Diretora da escola PD1).

Eu acho que...Assim...Tem aquelas coisas dos períodos da adolescência, das fascinações... né?!... O que eu vi da carteira (Caderneta) também foi muito *en passant*, não vou falar: ah, eu vi, eu pesquisei e olhei essa Caderneta!... Então...Eu não vi nada demais ali...Só o professor quem sabe o que fez do projeto...Junto com as pessoas que vieram entregar.....Que ele convidou...Da saúde...Eles que fizeram uma exposição para os alunos...Lógico que os alunos vão ter curiosidade em saber... Em... Em ‘tá’... Em ‘tá’ lendo e vendo aquilo tudo... O que eles tiverem dúvida eles podem buscar ali ou com o professor... (Diretora da escola PD1).

O relato da diretora apresenta-nos uma situação como se a mesma estivesse delegando suas atribuições ao professor. Entretanto, percebemos que ela não recebe devolutivas sobre o andamento das ações que foram planejadas. Não tem informações precisas sobre as condições como a CSA foi implantada, quando foi distribuída e quantos alunos a receberam, na medida em que parece ter esquecido de “cobrar” do professor as notícias “atualizadas” sobre o que foi realizado a respeito da implantação em sua escola.

Também nos relata que, praticamente, não conhece a Caderneta, assim como o seu conteúdo. Mais uma vez, demonstra certo descaso com a questão. Será que o fato de manter-se no cargo há onze anos a fez perder o vigor ou o envolvimento profissional, frente às suas atribuições pedagógicas? Ou será que o estafante cotidiano do “chão da escola” a impede de supervisionar tudo que lá ocorre?

## **Diretora da escola TD2**

Ao mesmo tempo em que nos relata que não participou da capacitação e que enviou uma Dirigente de Turno, representando a sua unidade, também afirma que a informação perpassada por esta profissional “se perdeu” em virtude das outras atribuições que realizam durante o cotidiano escolar. Assim, apenas ouviu sobre a proposta de implantação da CSA, naquela ocasião e - com bastante naturalidade - relata que não voltaram a falar mais sobre o assunto, ao longo do ano letivo.

Ou seja, a diretora afirma que não houve tempo, durante o cotidiano escolar, para ouvir “mais” sobre as informações transmitidas pelas Secretarias no dia da capacitação. Segundo ela - apenas por este motivo - as ações não foram dinamizadas na escola, até a data da realização da nossa entrevista.

Não participei porque na ocasião eu também estava impossibilitada de ir, e a minha vice-diretora estava adoecida e também não pôde ir...Então mandei uma Dirigente de Turno... E... É... Ela...Só passou o que aconteceu no dia...Mas...Assim, não teve uma sistematização maior...A gente também não teve uma segunda formação...A gente acabou que...Não soube mais... Nós não pudemos ir, né... E não falamos mais sobre isso aqui, não... (Diretora da escola TD2)

Através de sua fala, nos damos conta de alguns pontos que merecem ser comentados: Primeiramente, destacamos que a diretora encontra-se no cargo há apenas quatro anos e é mais direta do que a anterior. Explicitamente, diz que não pôde ir, assim como sua vice-diretora também não. Afirma, ainda: “não falamos mais sobre isso” e que “não teve uma segunda chance para conversar”. Em um segundo momento, chama-nos atenção o fato da diretora apontar a necessidade de uma segunda capacitação, mesmo relatando que não houve “tempo, espaço e oportunidade” para uma comunicação interna - entre os próprios profissionais da escola - diante da participação da Dirigente de Turno, na primeira ocasião:

A minha Dirigente só me passou o que aconteceu, rapidinho, no próprio dia... Não houve tempo para conversarmos sobre isso depois... (Diretora da escola TD2)

### **Diretora da escola QD1**

Apesar da diretora não ter ido à capacitação, ela enviou a sua vice-diretora para representá-la. De acordo com a entrevista, sugere-se que - pelo fato da equipe ter sido procurada por um enfermeiro da UBS para iniciar um planejamento conjunto na escola - a parceria tenha dado mais certo. Fica claro que a busca da Saúde e a presença mais constante de um membro da equipe da UBS na escola, incentivando a realização das ações e estimulando a equipe diretiva e docente, pode fazer toda a diferença no momento de colocar em prática a implantação que, originalmente, foi pensada pelo MS.

De acordo com a diretora, a equipe da Saúde realizou algumas atividades e oficinas voltadas para o público-alvo (alunos do sexto ao nono ano do EF). Esta mesma equipe também programou vários agendamentos de palestras para cada uma das turmas.

Juntas - equipe escolar e equipe da Saúde - realizaram, ainda, uma reunião para os pais dos alunos, esclarecendo sobre os objetivos da ação. A diretora relata que foi importante a participação da equipe da Saúde, neste momento, considerando que a equipe diretiva da escola identificava a necessidade de “resguardar-se” quanto à desaprovação das famílias, em face da distribuição da Caderneta, na medida em que seu texto poderia não ser bem aceito por algumas delas.

A diretora também nos informa que o enfermeiro foi uma “peça-chave” para iniciar o trabalho de distribuição da CSA para os alunos e que a aproximação geográfica favoreceu muito a parceria, considerando que a escola fica localizada na mesma rua que a UBS. Entretanto, ela também nos relata que, no início de 2014, o enfermeiro foi transferido para outra localidade, sendo substituído por uma nova enfermeira que deu continuidade às ações interrompidas pela saída do profissional anterior.

Segundo a diretora, a “nova” enfermeira da UBS alterou um pouco o planejamento inicial, pois percebeu que os professores da escola precisavam se engajar mais na implantação da CSA. Assim, a enfermeira passou a ministrar palestras voltadas para os professores, visando inserir os eixos contidos na Caderneta nos conteúdos das aulas de todas as disciplinas e, ainda, facilitar a abordagem dos temas com os adolescentes.

Ao longo da entrevista, a diretora nos revela que a enfermeira, bem como a equipe da Saúde, interrompeu suas visitas sem apresentar maiores esclarecimentos. Mas que ela percebe que a mesma equipe continua sendo uma “parceira” para outras ações e que, sempre que precisa, a escola é atendida nos seus encaminhamentos para a UBS. Entretanto, ela sinaliza que a parceria para o trabalho com a Caderneta, especificamente, “parou”.

Quando questionada sobre os possíveis motivos desta interrupção ou se a direção buscou informações com a enfermeira sobre este fato ela responde:

Sinceramente não sei...Minha OP (Orientadora Pedagógica) também não sabe o que aconteceu, não...O trabalho ia bem...Acho que os professores estavam se dando bem com a equipe...Da saúde...  
(Diretora da escola QD1)

Não sei se houve algum problema, né...Que não me passaram...Às vezes é difícil...Porque cada um tem suas atribuições...A vida na escola é muito corrida...São muitos projetos, programas, assuntos...Muitas exigências...É difícil acompanhar tudo que rola pela escola...(Diretora da QD1)

Os professores também têm seus conteúdos...Tem as avaliações da escola...Tudo isso emperra esses outros compromissos da escola...É difícil convencer os professores ...Pra...Pra parar suas atividades pra receber a equipe do Posto...Discutir isso é difícil, né...(Diretora da escola QD1)

Os professores... Eles têm...Têm muito conteúdo pra apresentar, ainda são muito agarrados à essa parte do conteúdo: “a matéria que eu tenho que dar... No bimestre que eu tenho que dar...Então se você não estiver ali pedindo, cobrando...Ficam presos ao conteúdo...Em parte até ao que tá no livro...Ao que foi programado no início do ano...(Diretora da escola QD1)

Eu também já tinha até esquecido dessa história dessa Caderneta...Não procurei saber o que aconteceu...Vou buscar saber agora! (Risos)...(Diretora da escola QD1)

Questionamos, ainda, se a diretora tem conhecimento sobre o número de alunos ou sobre o número de turmas - daquelas propostas pelo planejamento inicial - que foram atingidas com o trabalho até a sua interrupção. A diretora, então, informa:

Essa informação nós não temos, não... Acho que a escola também não teria essa informação... Há... Dessas turmas que receberam, né... A palestra, pelo menos, pode ser... É... Talvez os professores saibam...Ou a Orientação Pedagógica...Talvez saibam só se o professor dessas turmas desenvolveram algum trabalho voltado pra fala da promoção da saúde...Depois da entrega do pessoal do Posto...Mas...Assim...Agora...Não sei dizer...Não sei se algo foi registrado, né... (Diretora da escola QD1)

Por fim, podemos fazer algumas considerações: A primeira delas diz respeito à presença constante de um membro da equipe da Saúde na escola, garantindo o envolvimento, tanto dos alunos quanto dos professores. Fato é que - sem que a diretora soubesse os motivos -, quando a equipe da Saúde deixou de ir à escola, a implementação das ações foi interrompida também. Um segundo aspecto refere-se à localização: tanto a escola quanto a UBS encontram-se localizadas na mesma rua. A aproximação geográfica facilita, de forma relevante, a realização do trabalho de modo conjunto.

Por último, percebemos que esta diretora também apresenta queixa em relação à “falta de tempo” e sinaliza a cansativa rotina da escola como um dificultador para a

implantação da Caderneta. Além disso, ela adensa a discussão trazendo à tona a quantidade de conteúdos que os professores têm que ensinar, aspecto que dificultaria uma atenção maior ao instrumento voltado para os adolescentes, durante o ano letivo.

### **Diretora da escola QD2**

A diretora foi mais uma das convocadas que não participou do momento de capacitação. Contudo, foi a única que não enviou um representante da escola ou de sua gestão. Inicialmente, a diretora realizou muitos adiamentos para conceder a entrevista e - na data agendada - chegou para o encontro com, aproximadamente, cinquenta minutos de atraso.

Coincidentemente, durante a entrevista, a diretora se mostrou pouco a vontade e muito desconfortável em falar sobre a implantação da CSA em sua escola. Sinalizou e enfatizou a dificuldade que as escolas encontram, de um modo geral, para implantar este tipo de instrumento da Saúde, no espaço escolar.

A fala da entrevistada revela o seu desconhecimento sobre a necessidade de um envolvimento da equipe escolar nesta política intersetorial. Assim, a diretora alega que a participação da escola se tornou inexistente em virtude da equipe da Saúde não ter visitado a escola para planejar a entrega da CSA ou realizar palestras sobre os temas para os alunos. Revela que, no seu entendimento, a “função” de apresentar a Caderneta para os pais e buscar a “autorização” dos mesmos para a distribuição é, exclusivamente, da equipe da Saúde que atende ao território.

Apesar da escola QD2 possuir dez turmas do sexto ao nono ano do EF, a diretora também afirma que a escola já possui muitas atribuições, atualmente. Desse modo, é importante que cada setor público atenda às suas próprias demandas. E, durante a entrevista, revalida - em vários momentos - o discurso de que, no caso da distribuição da CSA, esta é uma atribuição do setor Saúde.

Sinceramente... Não tem como sistematizar essas ações numa escola...Com frequência...Não fomos na capacitação...Estávamos envolvidas com outras responsabilidades mais importantes pra escola...Também não fomos procurados depois por nenhuma equipe de Saúde, não.. (Diretora da escola QD2).

Nós temos aqui dez turmas de sexto ao nono ano...São adolescentes difíceis...Com os hormônios a flor da pele...Mas...Nós só vamos falar alguma coisa sobre esse tipo de assunto aqui se tiver uma autorização

das famílias pra que eles possam pegar essa Caderneta...E eu acho que é a equipe da Saúde que tem que pedir essa autorização...Dos pais...Pra poder falar desses assuntos com os alunos aqui na escola... (Diretora da escola QD2).

As falas evidenciam a dificuldade da representante da Educação em lidar com um trabalho intersetorial. A diretora tem duas crenças: a) de que seus alunos “estão com os hormônios à flor da pele” e, portanto, seria difícil a escola encaminhar a discussão proposta pela Caderneta; e b) se a Saúde tivesse ido à escola fazer o trabalho, este teria sido bem sucedido.

Quanto às diretoras escolares das quatro unidades restantes e que participaram - pessoalmente - da capacitação proposta, a análise das entrevistas revelam discursos variados:

### **Diretora da escola SD1**

A diretora relata que participou da capacitação, mas não divulgou as informações no âmbito escolar, pois considera uma proposta muito “indelicada” para a escola e, assim, decidiu esperar pela “busca” da equipe da Saúde para que pudesse distribuir a Caderneta e ministrar palestras relacionadas aos eixos temáticos que nela estão contidos.

Apesar de ter participado da capacitação, a diretora afirma que não vê “abertura” para falar sobre a CSA na escola, pois acredita que o instrumento esteja muito atrelado às questões da sexualidade e, assim, pode confrontar-se com as questões da “religiosidade” dos alunos.

Defende, durante a entrevista, que somente os profissionais da Saúde poderiam abordar os “assuntos” da Caderneta com “maior segurança”. Desse modo, termina por evidenciar que a equipe diretiva, não oferece suporte ou percebe a necessidade de trabalhar a Saúde como um Tema Transversal sem que haja a participação ou presença de um profissional da Saúde, no espaço escolar - mesmo sendo o preconizado pelas diretrizes da própria Educação.

Outro aspecto interessante - revelado pelo discurso da diretora da escola SD1 - é que a direção tem conhecimento sobre a distribuição da CSA para alunas da escola que receberam a vacina para a prevenção do Vírus do Papiloma Humano (HPV), através do Posto de Saúde. Assim, a diretora afirma que o recebimento da Caderneta está

atrelado a uma abordagem da Saúde e não da Educação e, isto, a deixa mais “aliviada e tranqüila”:

Explicar sobre a Caderneta não seria tão difícil...Difícil é eles, os pais, entenderem a importância e não achar que a gente tá entrando na vida sexual dos filhos deles.... (Diretora da escola SD1)

A questão religiosa atrapalha, né...Eu acho que algumas religiões vêem a sexualidade como algo, primeiramente, posterior ao casamento...O que, em parte, eu também concordo... Eles ficam muito centrados na própria família. Eles acham que a escola não pode entrar nesse meio pra poder discutir esses assuntos, né?! Então isso é um empecilho grande pra gente, hoje, aqui na comunidade... (Diretora da escola SD1)

Contraditoriamente ao seu discurso inicial - e sem dimensionar a proposta de uma política intersetorial, como a implantação da CSA - a diretora ainda sinaliza que a parceria com a Saúde deverá ocorrer “no futuro”, visando facilitar as ações da Saúde na escola:

A gente tem que começar a pensar nessa parceria, futuramente, com a Saúde...Porque se nós conseguirmos trazer a equipe de Saúde mais pra dentro da escola, os problemas da própria saúde da comunidade vão poder ser falados aqui dentro também... (Diretora da escola SD1)

Aqui já são introduzidos outros elementos que incrementam a dificuldade da escola em levar a diante a implantação da Caderneta, o que faz a diretora pensar que seria mais adequado que a Saúde liderasse a ação na escola. Ela aponta o seu “medo” das famílias acharem que a escola esteja interferindo na vida íntima dos seus filhos. O receio atrela-se aos aspectos religiosos da comunidade em relação aos supostos “temas delicados” tratados pela Caderneta.

### **Diretora da escola PD2**

No caso da diretora da PD2, ela nos relata que entregou o material da capacitação para a Orientadora Pedagógica, objetivando que o tema “Saúde” fosse trabalhado com os alunos do oitavo e do nono ano do EF. Entretanto, não soube esclarecer sobre maiores desdobramentos ou resultados deste trabalho em sua escola.

Considerando o olhar dos próprios sujeitos envolvidos e - enquanto atores que veiculam um determinado tipo de política, na atualidade - destaca-se e surpreende-nos

sua fala pelo absoluto desconhecimento sobre a proposta de trabalho pedagógico com a implantação da CSA, apesar do seu comparecimento na capacitação proposta.

É relevante evidenciar que - durante a realização da entrevista - a mesma agita-se e apressa-se em investigar, sem conseguir se recordar, em qual local da escola guardou todo o material que foi entregue na data da capacitação, contrariando sua própria fala inicial onde refere que entregou para a equipe de Orientação Pedagógica. Ao encontrar o material - guardado em uma gaveta - enquanto me concede a entrevista, inicia um “folhear” da Caderneta e, então, afirma: “Interessante! Eu não me lembro de ter olhado essa Caderneta direito antes...Nem no dia da capacitação...” e, então, emite uma gargalhada.

Seu discurso sinaliza, ainda, seu total desconhecimento sobre o conteúdo da CSA, sinalizando que a mesma não foi manuseada pela diretora entrevistada, desde o dia da capacitação. Equivocadamente - validando seu desconhecimento sobre o material -, a diretora confunde a Caderneta com um “*folder*” informativo sobre sexualidade e prevenção das DSTs. Ela enfatiza o seu “desentendimento”, em diversos momentos da entrevista. Seguem alguns trechos que exemplificam sua percepção acerca das informações recebidas através da capacitação:

Trouxemos prá escola os *folderes* das propagandas das Doenças Sexualmente Transmissíveis. ...Porque a gente vive numa comunidade que precisa muito de assistência da Saúde... (Diretora da escola PD2).

É perceptível a sua falta de conhecimento sobre o instrumento e quando questionada sobre o fato de não ter manuseado a Caderneta desde o dia da capacitação para saber sobre o que versava o instrumento, a diretora é enfática e responde: “Não...Não...É como te falei...Não mexi mais nesse *folder*!...” e apresenta um comportamento de recusa ou auto-defesa quanto ao próprio instrumento e quanto àquilo que ele representa.

Considerando a proposta intersetorial deste trabalho, a diretora permanece indicando o seu (des)entendimento e conclui a entrevista informando que nunca foi procurada pela equipe da Saúde que escolheu trabalhar com sua escola. Mas, mesmo assim, ela “entende” a necessidade de “dar abertura” para o trabalho em sua escola:

Eu achei... No dia...A capacitação foi muito boa...Eles mostraram várias coisas...Mostraram a Caderneta...Teve todo o andamento... O que ia ser feito. Eu achei a idéia muito boa...Porque a gente vive

numa comunidade...Trabalha numa comunidade que precisa muito de assistência...E achei que a idéia é boa...Foi válida a capacitação...Só que, até o momento, a gente não teve a resposta que nós gostaríamos... (Diretora da escola PD2)

Apesar da diretora se encontrar no cargo há dois anos e de ter participado da capacitação, aqui, novamente é possível perceber o seu desconhecimento frente aos amplos objetivos de promoção da saúde que estão inseridos na Caderneta, bem como a falta de informação em relação ao desdobramento do trabalho em sua própria escola. Ela também evidencia a sua queixa em relação aos profissionais do setor Saúde, sinalizando que o setor não compareceu à escola - através de sua equipe - para prestar mais esclarecimentos sobre a CSA, indicando que a efetivação dessa iniciativa seria, sim, implicada por uma presença maior do outro setor na escola.

### **Diretora da escola SD2**

A diretora também sinaliza a sua “pressa” para realizar a entrevista. O encontro foi agendado com bastante antecedência, mas ela já se apresenta informando que só poderá conversar por dez minutos, pois está muito ocupada com suas atribuições na escola e que precisará participar do Conselho de Classe. Pergunto se ela deseja reagendar a entrevista para uma nova data, mais pertinente. A diretora me responde que não e que prefere “matar” logo este “assunto” para não gerar novas “pendências”.

Iniciamos a entrevista e ela relata que a equipe da Saúde foi quem buscou, ativamente, a escola e conseguiu implantar a CSA para algumas turmas. Através do relato da diretora, descobrimos que, mesmo sendo buscada pela equipe da Saúde, para um planejamento conjunto, a equipe diretiva optou por realizar um planejamento isolado dos profissionais da Saúde, abordando apenas alguns eixos e temas da CSA que fossem mais “confortáveis” para o trabalho realizado pelos professores da escola.

Mesmo assim, a diretora também informa que o planejamento - exclusivamente realizado na escola - não foi cumprido.

A gente sabe que essa distribuição da Caderneta aqui na escola é a forma do Ministério da Saúde chegar mais perto do adolescente... Do Posto de saúde chegar ao aluno, né?! Que é bem mais fácil do que bater de porta em porta... Pra eles baterem de porta em porta é mais complicado, mas pela escola fica uma forma mais acessível, até mesmo “pro” pessoal do Posto... (Diretora da escola SD2)

O próprio acesso do Posto de Saúde aos alunos é uma forma de você ter vários adolescentes reunidos num espaço só... (Diretora da escola SD2)

Existe uma certa... Às vezes...Uma certa resistência pra essa abertura...Pra falar de uma coisa diferente assim, na escola... (Diretora da escola SD2)

Só que, assim...É um...Um tema meio complicado pra dentro da escola...Porque os pais, eles têm, justamente uma questão religiosa, pela formação, por tabu, eles têm uma certa resistência a falar sobre sexo com os próprios filhos. E a escola, por ser de fora, às vezes não é... Pode não ser bem entendida quando fala...O pai não fala... Daí a escola também não pode se adiantar... Não são coisas bem aceitas pelos responsáveis...Pelos alunos não, se você sentar com eles numa roda, numa sala informal e começar a conversar um papo informal, alguma coisa assim, eles aceitam, entendeu?...Mas é assim... Existe assim, esse tabu... Esse tabu é o maior distanciamento do aluno com a escola em relação a esse tema: o sexo... (Diretora da escola SD2)

Enquanto conversamos, ela me apresenta o seu “plano de ação”, elaborado na mesma semana em que houve a capacitação, em 2013. Então, a diretora revela que encontrou - especialmente no “aspecto religioso” - um grande dificultador para apresentar a CSA aos adolescentes de sua unidade e, assim, também evidencia que - no seu entendimento - a Caderneta contempla, apenas, as questões do desenvolvimento dos órgãos sexuais e as questões atreladas à sexualidade dos adolescentes.

Mostra-se evidente, durante a entrevista, o desconhecimento da diretora da SD2 sobre a presença de outros eixos de promoção da saúde que também estão inseridos no conteúdo do instrumento, bem como a sua preocupação com algum modo de “conflito religioso” que a distribuição da CSA possa gerar em sua comunidade escolar.

Neste momento da entrevista, sinalizamos que a CSA é um instrumento repleto de outras informações e que estas não estão atreladas, especificamente, ao aspecto da sexualidade conforme ela enfatiza. Mesmo assim, a diretora finaliza a entrevista, ainda mostrando-se bastante reticente com a proposta do trabalho.

### **Diretora da escola TD1**

A diretora se destaca entre todas as outras entrevistadas, por ter participado de todas as capacitações que estreitam a parceria entre a Educação e a Saúde, no

município, incluindo a capacitação para a implantação da Caderneta. Como resultado, percebe-se a sua postura participativa, assertiva e confiante diante desta relação que ela também vivencia no território onde a escola está inserida:

Eu acho e acredito que as capacitações são bastante produtivas. Porque... É... De acordo com as capacitações, que a gente entende melhor sobre as novidades... O que a gente ouve lá, né...Coisas que nós não aprendemos só na Educação...Viemos aprender agora...Estamos aprendendo agora com a Saúde... né?! A gente vai... Porque a gente é um agente multiplicador...O que a gente aprende lá, a gente passa para os professores, que vai ser, claro, multiplicado para os nossos jovens...E que depois eles também vão estar repassando... É... Vão estar passando isso ‘pras’ suas casas...Pros seus colegas...Pro seu pessoal... (Diretora da escola TD1)

Durante a entrevista, a diretora da TD1 expressa a sua parceria com bastante entusiasmo e apresenta um discurso que evidencia a sua intimidade com os profissionais da UBS mais próxima à escola. Ela afirma que “conta”, cotidianamente, com o auxílio destes profissionais. Relata, inclusive, que iniciou esta parceria bem antes da capacitação para a implantação da CSA nas escolas municipais, através do contato estabelecido com uma enfermeira que não está mais atuando em seu território. Entretanto, mesmo após a saída desta enfermeira - que também iniciou a implantação da Caderneta na escola - ainda foi mantida uma relação e uma parceria com os novos profissionais da UBS.

É...Realmente esse projeto, esse programa, né?! Esse Programa ,de Saúde na Escola, realmente ele trouxe pra escola novos parceiros!...O Posto de Saúde, realmente... Nós somos... São mesmo nossos parceiros da Educação aqui!... (Diretora da escola TD1)

Várias frases da diretora da TD1 exemplificam o bom relacionamento, a parceria e a troca que existe entre a equipe docente da escola e a equipe da Saúde, no território local:

Lá no Posto de Saúde...Realmente, são parceiros mesmo nossos aqui na escola! Elas (as enfermeiras) quase moram aqui na escola...Nós já fazemos vários encaminhamentos direto, por aqui... (Diretora da escola TD1)

Por isso a escola é maior...É um espaço escolar...Um aluno precisou e o médico veio até ele, ele se sentiu mais à vontade pra estar

conversando com o médico, aqui na escola, mais do que lá no Posto!...  
(Diretora da escola TD1)

Eu fui na capacitação...Lá, encontrei a minha equipe de Saúde...Estavam lá, participando da mesma capacitação... (Diretora da escola TD1)

Após a entrevista, a diretora convida para conhecer a escola. Durante a visita, encontramos a equipe da Saúde ocupando uma das salas e realizando medições e pesagens dos alunos. Coincidentemente, outro grupo - composto por alunos das séries iniciais - assiste um desenho sobre alimentação saudável, acompanhado por três professoras.

Percebemos que a equipe da Saúde - composta por uma médica, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira - está bastante “à vontade” para realizar suas ações. Da mesma forma, os alunos que estão sendo avaliados agem com muita naturalidade - sem estranhamento ao que está acontecendo -, demonstrando uma relação de intimidade com a equipe da Saúde que está na escola. Os alunos fazem anotações em suas Cadernetas, após a realização das avaliações, registrando os seus dados e, esta, parece ser uma atividade “corriqueira” e já naturalizada no cotidiano da escola. Percebemos que alguns professores também participam, auxiliando os alunos, nesse momento de registro.

É! É!...O aluno se sente mais acolhido pra falar as coisas da sua saúde aqui...Porque está na sua escola, o espaço que ele está acostumado, o espaço do dia-a-dia dele!... (Diretora da escola TD1)

Nesses assuntos da Saúde...Nós planejamos juntos!...Dentro do nosso espaço...Depois das capacitações, nós chegamos na escola e conversamos, numa reunião com os professores, que nós tivermos aqui...Nós estávamos fazendo um tipo de plano de ação...Os professores chegaram à conclusão que seria bom... É... Pra trabalhar saúde aqui, né... Partir de um alongamento...Então...É...Toda manhã, o alunos, quando eles chegam na escola... A Orientadora, já quando chega na escola, toca a campainha... E eles já sabem que aquela hora é hora da saúde...Hora de alongamento. E eles sempre fazem!...A partir daí...O dia segue...(Risos) (Diretora da escola TD1)

Nesse caso, destacamos que a diretora não tem formação em Gestão Escolar e, sim, em Psicopedagogia. Ela encontra-se no cargo há seis anos e já desenvolveu uma grande parceria com os profissionais da UBS, sugerindo que a “boa relação” tenha sido fundamentada - muito mais - pelas interações pessoais que foram construídas pelos profissionais, tanto da Educação quanto da Saúde.

Tudo indica que a presença do setor Saúde na escola seja fundamental para encaminhar, de modo mais efetivo, a implantação e o uso da Caderneta pelos alunos. Da mesma forma, também está indicado que a presença constante dos profissionais da equipe da Saúde na escola pauta-se na qualidade das relações que, naquele espaço, foram favorecidas e alimentadas, cotidianamente.

### **3.2.3 O discurso da (não) interpretação de uma política à luz da intersectorialidade**

Aqui, analisamos o modo como as diretoras realizam suas particulares interpretações e entendimentos sobre esta política intersectorial, envolvendo a Educação e a Saúde. Almejamos compreender, através das entrevistas, o modo como a política é entendida pelas diretoras e como as mesmas a encaminham.

A questão indutora - utilizada para analisar este quesito - pauta-se em tentarmos perceber, através dos seus discursos, se as diretoras escolares consideram que as capacitações - como aquela proposta pela SMS em parceria com a SME de Duque de Caxias, visando implantar a CSA - são importantes ou produtivas. Buscamos verificar, ainda, se ocorreram desdobramentos e encaminhamentos do trabalho com a Saúde, dentro das escolas envolvidas, que tenham sido gerados pela participação das diretoras no momento da capacitação.

Mesmo considerando que quatro diretoras escolares entrevistadas não estiveram presentes na capacitação para a implantação da CSA e que, uma destas quatro, não enviou um representante de sua gestão para representar a escola e inteirar-se da proposta de trabalho, é importante evidenciar que todas elas respondem afirmativamente sobre a importância de participar das capacitações e sobre a necessidade de manter uma permanente parceria com as equipes da Saúde, como um modo de acrescentar novos saberes para as equipes diretivas e para os professores das escolas.

As diretoras das escolas PD1, TD2, QD1 e QD2 apresentam, em seus discursos, uma fala politicamente engajada e que enaltece a importância de participar das capacitações que as Secretarias - de Saúde e de Educação - realizam no município, visando estreitar as relações entre os profissionais dos dois setores.

Contraditoriamente, não percebemos o mesmo engajamento para implantar a CSA ou implementar suas ações, propostas pelos Ministérios e pelas Secretarias, após a capacitação realizada. Talvez, por já dominarem uma lógica do discurso, respondam a

esse tipo de questão segundo aquilo que imaginam que o entrevistador deseja ouvir. Quando questionadas se identificam a importância de participar dos momentos de capacitação para implantar novas propostas de trabalho, em parceria com a Saúde - como é o caso da CSA - as quatro diretoras que estiveram ausentes apresentam os seguintes discursos:

Com certeza, essas políticas são importantes!...Mesmo eu não participando, sempre vai um professor, sempre é encaminhado alguém da escola pra que traga a informação... Pra poder colocar o produto na escola...O projeto pedagógico da escola já trabalha com a saúde...Com Educação e Saúde, é muito interessante!...Inclusive nós temos um professor à noite que é médico e sempre ele tá trazendo palestras, como uma, agora... Do outubro rosa, a gente teve, né?! Foi muito legal!... (Diretora da escola PD1)

Sim, considero que precisamos dessas parcerias, na medida em que possam efetivamente atender às demandas desses alunos daqui, né?...Como nós temos aqui...Até acho que com essas parcerias dá prá, informalmente, ver a questão dos alunos... É... que têm uma demanda com a Saúde que é pela questão das drogas, a questão da violência, a questão da gravidez...Então eu creio que isso seja muito importante, e que a gente possa multiplicar para os próprios professores, inclusive!... (Diretora da escola TD2)

Super válido! Super válido! As capacitações da Saúde vêm pra contribuir sim...É... Agora...É importante que todo mundo esteja vestindo a camisa...Que todo mundo tenha, assim...O desejo de realizar. A escola, ela está cheia de adolescentes! Então eu penso que o governo federal, ele tem esse olhar...Em ter pensado em colocar na escola pra alcançar o maior número de adolescentes possível... (Diretora da escola QD1)

Acho que as capacitações são sempre muito produtivas e importantes...A escola não pode caminhar sem estar junto com a galera da Saúde...Aqui, nessa comunidade...Quer dizer...É tudo bem longe daqui...Muito distante do aluno...Então...A gente tem que ajudar a saúde a ajudar a gente também...Essa...Da Caderneta também deve ter sido esclarecedora...Infelizmente, não pudemos ir no dia... (Diretora da escola QD2)

Assim, nos quatro primeiros casos, dá-nos a sensação de estarmos ouvindo um discurso de caráter, meramente, “político” e figurativo, pois a prática não coaduna com a fala, ou seja, as diretoras escolares afirmam que é importante atender à convocação das Secretarias que ministram as capacitações, como no caso da implantação da Caderneta. Entretanto, não estiveram presentes na ocasião.

Sete diretoras escolares (PD1, PD2, SD1, SD2, TD2, QD1 e QD2) evidenciam claramente, através dos seus discursos, que a escola já participa da intersetorialidade quando “abre seus portões” para o setor Saúde realizar algum tipo de intervenção ou atendimento assistencial para os alunos. Ou seja, majoritariamente, explicitam a maneira como entendem uma política intersetorial onde a escola, apenas, “abre suas portas” para que o outro setor execute as ações, sem que haja maior envolvimento. Entretanto, o que a Saúde acha disso? O que os órgãos produtores da política pensam desta interpretação? Caso discordem, o que farão para mudar a postura e o entendimento das diretoras?

Além disso, os discursos revelam que - no entendimento destas sete diretoras - este tipo de política é uma contribuição extraordinária para a escola. Parece-nos que elas creditam ao setor Saúde a responsabilidade da implantação deste tipo de ação, já que não evidenciam a compreensão da necessidade de um envolvimento maior durante o cotidiano escolar, bem como da necessidade de uma participação ativa da própria escola durante o planejamento e a execução deste tipo de trabalho.

Através dos discursos apresentados, fica claro que não há um incremento das atividades escolares e da abordagem dos temas sobre a promoção da saúde ou da própria Caderneta, dentro do tempo escolar e através das diversas disciplinas escolares. Temos a sensação de que as diretoras escolares não conhecem as diretrizes deste tipo de política intersetorial, nem mesmo a interface necessária para que os saberes sejam, de fato, compartilhados no sentido de atender às já referidas diretrizes propostas pelos dois Ministérios (da Saúde e da Educação). Como o desentendimento poderá ser desfeito? De que modo as esferas públicas superiores - da Saúde e da Educação - poderão alterar a ausência de informação sobre políticas públicas que precisam de compartilhamento dos setores envolvidos para que sejam, de fato, implementadas nas escolas?

Contraditoriamente, as diretoras entrevistadas demonstram que a escola - enquanto uma unidade que inclui a própria equipe diretiva, o corpo docente, os funcionários, os alunos e suas famílias - só tem alguma compreensão sobre um modo de trabalho “mais intersetorial” na medida em que mencionam os Temas Transversais, especificamente, quando abordam a temática da “Saúde”:

Numa situação de doença sexualmente transmissível, ela já tá lá...Ligada na sexualidade, que é um Tema Transversal... Eles estão com dez, doze, treze anos, e ‘tão’ chegando na adolescência e querendo descobrir as coisas... Então, se a escola puder ‘tá’

trabalhando isso também em sintonia com o pessoal da Saúde, com um projeto de saúde...Pra eles terem mais atendimento... É melhor...Uma menina, por exemplo, que começa a se descobrir... sabe?...Ter umas orientações a favor e tal...Mas eu acho que a escola ajuda, mas não é tudo, né?!... (Diretora da escola PD1).

Eu acho que a escola já tem várias matérias que já trabalham com os Temas Transversais...Eles mesmos já vão, né... Indo por esse caminho...De descobrir as coisas sozinhos...Mas a escola pode ajudar...Acho que não tem problema...Porque os alunos vão precisar saber de algumas coisas da sua saúde...Como higiene e tal...Coisas que a escola pode contar... (Diretora da escola PD2).

Na nossa escola é assim...Sempre quando tem um projeto cultural ou de saúde, a gente tá sempre buscando participar e inserir pros nossos alunos... Porque a gente entende que, muitas das vezes, talvez, aquele seja o único contato que eles tenham com a informação correta...Então tudo que venha pra compor a vida deles...A saúde deles...A gente tá sempre pronto pra receber, participar e discutir dentro das aulas...Incluir nos conteúdos...No PPP e nos Temas Transversais... (Diretora da escola SD1)

Os professores, eles têm muito conteúdo pra apresentar e por isso, ainda são muito agarrados à essa parte do conteúdo...A matéria que tem que dar no bimestre...Aquilo que tem que dar...Então se você não estiver ali pedindo, cobrando, implorando pra eles incluírem nos conteúdos, eles ficam presos no conteúdo...Em parte, ficam presos naquilo que tá no livro, o que foi programado no início do ano...Daí esquecem um pouco de incluir essas coisas da saúde e dos outros Temas Transversais (Diretora da escola SD2)

Sim, eu creio que sim!...A gente só não pensou no instrumento em si, a caderneta, mas o desdobramento dessa caderneta a gente já busca, né?! Através de... É... Da solicitação, de... É... De que eles tragam as palestras 'pros' alunos. A gente... Nós já fizemos esse ano, fizemos o ano passado, então a gente só não...É... corporificou através de um instrumento, mas a gente considera e julga importante sim; e viável, né?!... É! Olha! O que ocorre: A escola tem uma dinâmica muito acentuada! Então, assim... É... a gente não tem uma tranquilidade pra...Por exemplo, trabalhar algumas questões...Mal acabam de colocar algumas questões, já "tão" vindo outras, né?!...Então a gente é atropelada por uma série de situações, de modo que... É... não foi realmente possível trabalhar...A Secretaria trouxe isso mas não foi sistematizado, porque não teve um outro contato e isso realmente se perdeu... Né?!... (Diretora da escola TD2)

A gente sabe que existem os PCNs...Que trabalham a sexualidade dos alunos...Que é um dos Temas Transversais, nessa questão da Saúde. E é muito bom a gente ter uma equipe da saúde ajudando a escola a trabalhar esses conteúdos...A escola não fica a vontade pra falar dessas coisas (Diretora da escola QD1)

Nós estamos aqui abertas para as parcerias com a unidade de Saúde...Se a gente conseguir fazer um planejamento...Certinho....Sem

atrapalhar as aulas dos professores...Sem tumultuar as agendas deles...Tudo bem!...Essa coisa de incluir nos Temas Transversais...Na prática...É difícil, né !...Porque nós...Os professores...Temos muitas coisas do conteúdo pra dar conta...e nós já não conseguimos...Ainda mais se a gente assumir essas coisas da Saúde pra gente... (Diretora da escola QD2).

Enfim, conforme os fragmentos acima, tudo indica que as diretoras já compreenderam o que seja a interdisciplinaridade na escola, e talvez, até pensem que esta seja a mesma base para a realização de um trabalho “intersectorial”. Entretanto, quando questionadas sobre o planejamento conjunto ou sobre a programação de palestras e oficinas ou, ainda, sobre a inserção de projetos nos conteúdos programáticos que possam ser facilitadores para a distribuição da Caderneta ou para fomentar a discussão sobre os seus eixos com os adolescentes - no espaço escolar - percebemos que o entendimento sobre um trabalho conjunto e, de fato, intersectorial fica minimizado.

Além disso, cabe salientar que a compreensão a respeito da intersectorialidade e a visão atual sobre as relações possíveis entre o setor Saúde e escola variam, aparentemente, com base nas necessidades atuais que a escola apresenta, enquanto uma instituição que faz parte da comunidade.

As diretoras das escolas PD1, TD2 e QD1, por exemplo, relatam - através dos seus discursos - as diversas necessidades que as suas escolas apresentam e que estão voltadas para algum tipo de assistência que poderá ser melhor oportunizada, em seus respectivos territórios, através da boa relação desenvolvida com as equipes da Saúde.

É importante que todo mundo tenha assim, o desejo de realizar...A equipe da Saúde e a escola precisam andar bem afinadinhas!A Enfermeira já esteve na escola, ministrando palestra para os professores...Há também o atendimento da saúde bucal, do psicológico...A Unidade de Saúde está sempre colaborando com o nosso trabalho.... (Diretora da escola PD1)

A gente precisa ter uma aproximação com eles (profissionais de Saúde)...Porque precisamos que eles venham falar sobre essas questões que nós não temos condições de tocar com os nossos alunos... (Diretora da TD2)

A diretora da escola PD1 também considera que - independentemente da visita realizada pela equipe da Saúde (planejada e agendada pelo professor participante da capacitação) - as palestras, a distribuição das Cadernetas e a própria capacitação foram positivas para o trabalho pedagógico realizado dentro da escola.

Nosso PPP já trabalha com a Saúde...Com essa história de Educação e Saúde...E os nossos alunos precisam desse contato com o Posto...A escola também precisa manter esse contato pra ajudar nossos alunos... (Diretora da escola PD1)

Nesse sentido, é interessante observar a compreensão da diretora acerca da necessidade dos alunos e de sua escola, em relação às informações sobre a Saúde. Ela evidencia que, no seu entendimento, estas são informações que devem ser adquiridas através das equipes da Saúde e da UBS. E, mesmo sinalizando que o tema está inserido no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola, ela ressalta que a relação do aluno com o Posto de Saúde é o que poderá garantir o acesso às tais informações. Entretanto, em seu discurso, também reconhece que é da escola o papel de informar “cientificamente” sobre os temas que os pais têm dificuldade de conversar com os seus filhos, em casa.

Uma grande quantidade de responsáveis não “tá” interessada em estar informando sobre isso aos seus filhos...Então eles buscam em outros...Na escola...Essa ajuda, sabe ?...A gente tem esse dom...De descobrir o que tá acontecendo e conversar com os alunos...Aí você “tá” informando de uma maneira mais científica...Não é uma coisa vulgar... (Diretora da escola PD1)

Não, a gente não tem parceria, a gente conhece um profissional na Unidade de Saúde que nos escolheu...Um Fonoaudiólogo...Porque a gente precisa encaminhar pra lá e eles atendem... Esse contato vai ficando pra garantir a assistência mesmo... (Diretora da PD1)

Sete das diretoras escolares entrevistadas afirmam que é a equipe da Saúde que deve buscar a escola para entregar as Cadernetas e realizar as ações, como oficinas e palestras, facilitando a conversa com os alunos. Elas acreditam que os profissionais da Saúde são os mais apropriados para informar sobre o tema, mesmo na escola:

Foi através do próprio Posto que chegou a Caderneta...Eles vieram aqui na escola ...Esses são temas complicados pra dentro da escola...Porque os pais, eles têm uma questão religiosa, pela formação deles, por tabu mesmo...E a escola por ser de fora...Pode não ser bem entendida quando fala sobre esses assuntos... (Diretora da SD2)

Tudo que a gente implementa e distribui aqui é a partir do profissional da Saúde,...Ele é que vai conseguir tocar nessas situações de Saúde Pública, que a gente não tem essa visão... (Diretora da escola QD1)

Às vezes, a gente fica com o pessoal do Posto só num contato por telefone...O ano todo...Principalmente quando a gente tá tentando encaminhar uns alunos...Mas quando a escola busca a equipe de

Saúde, eles sempre atendem e favorecem essa nossa parceria... (Risos)... (Diretora da escola SD1)

Na primeira vez, foi a escola que procurou o Posto...Agora eles que procuram a gente...Eles trazem uma seleção de palestras, a gente vê o que tá precisando deles... E aí eles trazem o material, e a gente só entra com a parceria colocando os alunos (Diretora da escola PD2)

Apenas no caso da escola TD1, observa-se que o entendimento e o diálogo da equipe diretiva com a equipe da Saúde, bem como, com a comunidade escolar - envolvendo alunos e pais - resulta de uma parceria que já estava estabelecida, previamente, oportunizando melhores resultados na participação da diretora na capacitação para a implantação da CSA e dos próprios resultados desta implantação no espaço escolar.

Depois da capacitação, nós já acertamos as datas...Tudo direitinho!...Aí elas (equipe da Saúde) vieram pra cá. É... Nós marcamos primeiro com as mães...Elas conversaram com as mães sobre a Caderneta do Adolescente...Explicamos juntos...Pedimos até uma autorização 'pras' mães, né, É... Pra poder estar mostrando, apresentando e entregando a caderneta para os alunos...É... as mães que estiveram presentes, elas gostaram,né...Elas entenderam...Autorizaram...Deram essa autorização...Aí, depois conversamos...A própria equipe... A equipe da Saúde passou isso 'pros' alunos...Daí nós marcamos várias palestras... (Diretora da escola TD1)

Apesar das dificuldades acima apresentadas, as diretoras de cinco unidades (PD1, SD2, TD1, TD2 e QD1) reconhecem a escola como um local facilitador ou oportuno, para alcançar os jovens e os adolescentes, para falar sobre as questões da saúde e, inclusive, para conhecer a Caderneta. Ou seja, acreditam que o meio escolar seja um espaço aberto para certas discussões que possam contribuir para a formação, de modo geral, do jovem aluno. Mas, de acordo com as falas abaixo, apresentam algumas ponderações:

É importantíssimo falar de saúde na escola porque a saúde é a base de tudo...Na vida...Agora...A gente precisa estar conscientizando os pais...A criança não pode fazer o que ela quer! É preciso da ajuda do adulto...Porque se os pais impedem ou reclamam desse tipo de trabalho...A gente é que fica na linha de frente... (Diretora da TD1)

A forma do Ministério da Saúde é assim...Fazer o Posto chegar ao aluno...Pela escola fica uma forma mais acessível pro aluno...Pro menino que tá crescendo...Se desenvolvendo, né,, (Diretora do SD2)

A escola é um lugar que facilita...Mas só que ela também depende de toda uma estrutura...Como o apoio da família...Do Posto...Da comunidade... (Diretora da TD2)

A escola está cheia de adolescentes...O governo federal...Acho que ele tem esse olhar... Em ter pensado em colocar essa entrega da Caderneta na escola, pra alcançar o maior número de adolescentes possível...Mas, às vezes também se torna mais difícil, porque o adolescente... Ele não se manda...Ele tem um responsável, uma família que o acompanha....E...A gente não tem autonomia pra mexer nessas questões...A família também precisa ter esse conhecimento... (Diretora da TD2).

Além do seu desconhecimento - aqui já revelado - sobre a CSA, a diretora da escola PD2 também resume algumas preocupações e suposições pessoais que interferem no seu desempenho profissional na implantação de um instrumento de saúde, como é a Caderneta, por exemplo:

A gente tem a boa vontade de ter esses programas na escola...Acho que nossos alunos podem aproveitar esse tipo de história na escola...Então, eu acho que a gente não tem que arrumar caminhos que vão prejudicar...Mas também não temos que arrumar um caminho que vai facilitar...Porque a comunidade é difícil...Ela pode aceitar isso muito bem, como também podem vir mães reclamando que a gente “tá” fazendo apologia ao sexo, ou que a entrega desses folhetos podem “tá” divulgando coisas erradas, né?!... (Diretora da escola PD2)

A dificuldade com a própria organização escolar, que cada dia é mais uma novidade... (Diretora da escola QD2)

Mesmo sendo uma função difícil, os pais precisavam entender a importância disso tudo na escola... Mas a gente evita porque eles acham que a gente ‘tá’ entrando na vida sexual dos filhos deles (Diretora da escola SD1)

Eu acho que deve ter mais consciência...Eu acho que a gente precisa agora que os pais se conscientizem que essa Caderneta é um documento... (Diretora da escola QD1)

Em relação à compreensão sobre a necessidade da parceria, bem como sobre o nível de empenho da escola e de sua equipe diretiva para cumprir sua parte na realização das ações propostas pelas Secretarias - dentro de uma proposta de trabalho realmente intersetorial - parece-nos que o diferencial da escola TD1 está na inserção do

tema “saúde” no cotidiano escolar. Esta vivência cotidiana da parceria da escola com a equipe da Saúde, bem como da própria diretora com os profissionais da Saúde, perpassam através da sua fala:

A, saúde é a base de tudo na vida de uma criança... Na vida de uma pessoa! Entendeu?! Porque quando a criança “tá” bem alimentada e com a saúde boa, o aprendizado dela é muito melhor, né?! O desenvolvimento dela é diferente, entendeu? É muito melhor! Agora, a gente precisa, né, estar ajudando a “tá” conscientizando esses pais porque tem muito pai precisando, tem muito pai! A gente tem falado um bocado da saúde da criança, mas...Junto com a saúde da criança precisa tratar da saúde do responsável... A escola tem que caminhar junto, tanto com a saúde do adulto quanto da criança, entendeu?! Tratar da parte da saúde, da segurança da criança, entendeu?! Porque você falar pra criança: Olha!...Você tem que fazer isso!...Tem que fazer aquilo! Você tem que tratar da sua higiene pessoal... Você tem que tratar da sua alimentação... A criança não pode fazer o que ela quer! É preciso da ajuda de um adulto... Entendeu?! A gente faz isso aqui na escola! Tudo aqui na escola é pensado pra ser perfeito... Pelo menos aqui dentro da escola. Agora... Saiu dos muros da escola...Indo pra casa, indo pra realidade dela, pro dia-dia, né?! Essa realidade precisa ser acompanhada e tratada na escola... (Diretora da escola TD1)

Frente aos discursos apresentados, podemos evidenciar o quanto o tema da intersetorialidade e da própria implantação da CSA, no espaço escolar, é polêmico, bem como é carregado de desconhecimentos e entendimentos equivocados.

Os discursos demonstram que, ao mesmo tempo em que as diretoras entendem a importância das políticas intersetoriais, na atualidade, não conseguem contribuir para sua efetivação. Além disso, apesar de reconhecerem que a Educação e a Saúde - juntas na escola - sejam a base da construção de uma vida mais saudável para os alunos, ficamos com a sensação de que poderiam fazer bem mais do que, de fato, estão fazendo.

## **Considerações Finais**

Após analisarmos o discurso das diretoras de oito escolas do município de Duque de Caxias, sobre a implantação da CSA, podemos considerar o quanto o tema é polêmico e envolve, portanto, vários aspectos da questão. Com a intenção de observar a trajetória da implantação desta política pública intersetorial - voltada para a adolescência e para a juventude - buscamos compreender como ocorre a inserção do referido instrumento de saúde no espaço escolar, foco privilegiado de nossa pesquisa.

A partir da publicação do ECA, em 1991, várias redes de proteção à infância e à adolescência vêm sendo construídas e os setores envolvidos - Saúde e Educação - são apontados como fortalecedores dos direitos fundamentais para a construção de uma vida mais saudável para estes grupos sociais.

Atualmente, torna-se evidente que a real transformação da noção sobre os direitos dos adolescentes e dos jovens - dentro dos diversos serviços e setores públicos - nem sempre é garantida pela mera aplicação da lei ou pela determinação de políticas, programas e projetos, criados pelos Ministérios e pelo Estado, mas sim, pelas ações dos próprios sujeitos envolvidos na execução das políticas.

Diante daquilo que acima afirmamos, concluímos que as políticas públicas são fundamentais para o desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável e consciente para os jovens e para os adolescentes. Entretanto, precisam ser implementadas de modo que a “saúde” - como um direito e como um exercício de cidadania - seja melhor oportunizada, mediante processos de mudanças onde as ações não apenas figurem como meros dispositivos dos sistemas e do setores - Saúde e Educação - no Brasil.

Percebemos que as ações do setor Saúde precisam configurar-se através de novos posicionamentos que definam e direcionem, de fato, a promoção da saúde nos espaços de trabalho dos outros setores envolvidos, como é a Educação. Só assim, indicariam a real efetivação da proposta de uma política intersetorial que possa atender e beneficiar seus usuários, neste caso, os adolescentes e os jovens.

No discurso teórico da implantação das políticas públicas interssetoriais voltadas para a juventude - como é o caso da implantação da CSA - versa uma construção participativa dos próprios jovens e dos setores envolvidos com as políticas. Contudo, pudemos constatar que a atual versão da Caderneta ainda não preconiza a interlocução entre os vários e múltiplos saberes que precisam ser compartilhados pelos setores envolvidos para que os adolescentes sejam beneficiados, em suas particularidades e integralidades. Ainda é preciso reorganizar os saberes destes setores

para validar a intersetorialidade necessária, visando a verdadeira execução do trabalho nos espaços escolares.

A pesquisa sobre a qual este trabalho foi baseado partiu da constatação de que a abordagem e a prática - realizadas pela Saúde e pela Educação em oito escolas municipais de Duque de Caxias - mostram que a política, na realidade, tem tido pouca eficácia e pouco impacto sobre o segmento adolescente e juvenil. E uma das principais constatações deste trabalho é que as percepções sobre adolescência e juventude se traduzem em poucas intervenções práticas realizadas a partir dos planejamentos e dos PPPs das escolas, bem como a partir das iniciativas e entendimentos das diretoras escolares, aqui, entrevistadas.

As percepções sobre a adolescência e sobre a juventude mais presentes nos discursos das diretoras escolares entrevistadas, ainda demonstram um olhar sobre estes ciclos de vida como sendo uma etapa de transição e de desenvolvimento que está muito atrelada aos aspectos e questões relacionados, quase que exclusivamente, à sexualidade. Dessa forma, a abordagem sobre a “promoção da saúde” - de modo mais ampliado e como é proposta na PNPS e na CSA - não é bem compreendida, na medida em que a Caderneta pressupõe olhar a saúde do jovem e do adolescente em sua integralidade.

Cabe, aqui, abriremos espaço para novos questionamentos: será que os responsáveis pela implantação da CSA, no setor Saúde, não estão sendo compreendidos pelos profissionais da Educação, gerando “ruídos” na comunicação intersetorial e dificultando a realização do trabalho conjunto? Ou ainda, quais ruídos estão presentes na comunicação entre os dois setores para que, na prática, o conceito de promoção da saúde - contido na PNPS e na CSA - ainda não seja compreendido pelos diretores escolares?

O trabalho sugere que, uma vez que os diretores escolares não compreendam o sentido integral da CSA, o objetivo não será alcançado de acordo com a sua definição ampliada - conforme foi preconizado pela legislação do SUS. Percebemos que as questões relativas aos outros eixos da Caderneta - que não envolvem o aspecto da sexualidade - por exemplo, não são efetivamente explorados pelos profissionais da Educação, em parceria com os profissionais da Saúde, dentro dos espaços e tempos escolares.

O crescimento econômico e populacional vem gerando mudanças nos estilos de vida e nos hábitos da população brasileira, oportunizando o desenvolvimento de

doenças que podem ser - preventivamente - abordadas e minimizadas, através do espaço escolar. Diante deste fato, no Brasil, o poder público vem incentivando e financiando políticas intersetoriais - como a PNPS - envolvendo a Educação e objetivando realizar a promoção da saúde e a prevenção dos riscos para o adoecimento, através das escolas públicas.

A estratégia da Saúde - enquanto setor público - é promover a diminuição da linha assistencialista e fomentar um conjunto integrado de ações de educação voltado para a saúde dos adolescentes e dos jovens. Ações iniciadas ainda na escola e estendendo-se às famílias. Nesse caso, acreditamos que a Saúde e a Educação podem - juntas - contribuir para o exercício da autonomia e da cidadania, bem como para a melhora da qualidade de vida do jovem e do adolescente inseridos no espaço escolar. Entretanto, cabe, ainda, descobrir o modo como o trabalho poderá ser realizado nos territórios, a contento.

É preciso ressaltar, ainda, que a CSA contrasta com o que é proposto pelo SUS e pela PNPS e, através de uma abordagem mais biologicista e repleta de orientações prescritivas, termina por direcionar a promoção da saúde dos adolescentes de forma muito reducionista. Assim, o instrumento de saúde apresenta - de um modo bastante imperativo - regras generalizadas sobre como o adolescente deve se relacionar com sua própria saúde e não oferece muitas oportunidades de dialogar com as diversas faces e leituras da adolescência percebidas nas escolas, atualmente.

Esta dissertação nos indica, ainda, que políticas públicas intersetoriais - como a implantação da CSA - não podem ser construídas de modo descontextualizado ou isolado. Elas só podem ser firmadas por uma atuação ampliada e compartilhada pelos setores envolvidos, como bem define a PNPS. Torna-se evidente, aqui, que uma ação intersetorial só pode ser efetivada através do estabelecimento de redes e parcerias reais, entre os profissionais da Saúde e da Educação que estão inseridos em um mesmo território para que, assim, possam fundamentá-las em suas diversas complexidades.

É nesse sentido que se estabelece a importância da consistência entre as políticas públicas intersetoriais e as propostas de atuação veiculadas nos materiais do MS como, por exemplo, no caso da Caderneta, aqui destacada. São estes novos instrumentos que acionam as concepções de saúde e as tornam indicadores mais operacionais da necessidade de um novo tipo de trabalho e produção de conhecimento.

A dissertação também apresenta a necessidade de compreendermos as articulações - bem como as desarticulações - existentes entre as políticas propostas pelos Ministérios e as efetivas estratégias de planejamento e execução nos municípios, uma vez que sua construção possibilita uma abertura aos múltiplos modos de ser e de produzir sujeitos.

Hoje, a PNPS se constitui como uma das diretrizes de todo o conjunto de elementos responsáveis por fundamentar, construir, produzir e apontar a qualidade de saúde no Brasil, junto com outros setores, como a Educação. E, por isso, esta política torna-se cada vez mais oportuna, pois ela norteia a construção e a implantação de novas ações - nos vários domínios de gestão dos setores envolvidos - devendo promover mudanças favoráveis nos modos de organização, planejamento, execução, análise, avaliação e monitoramento de trabalho no sistema público, visando produzir saúde, em médio e longo prazo.

É importante enfatizarmos que a possibilidade de uma produção diferenciada de “saúde” só será efetivada diante da configuração de novas práticas mais plurais, mais diversas e renovadas e é, por isso, que ressaltamos a importância de estarmos atentos aos cuidados em saúde que estão sendo desenvolvidos por uma determinada lógica de gestão - na Saúde e na Educação - que não contemple a flexibilidade e o movimento que a política intersectorial ministerial propõe e necessita.

Através deste trabalho também podemos perceber que é necessária uma avaliação contínua, não apenas do alcance e dos efeitos de ferramentas como a CSA, mas uma cuidadosa revisão daquilo que ela institui e constitui ao, simultaneamente, consolidar-se como um instrumento de saúde voltado para o adolescente no Brasil; bem como uma revisão dos modos como a sua implantação vem sendo realizada, inclusive, através das escolas públicas.

A escola foi apresentada como um local bastante oportuno para a implantação da CSA, mas algumas dificuldades podem ser identificadas no processo de discussão das temáticas da Saúde, de acordo com o contexto de cada unidade escolar e dos seus componentes: alunos, família, docentes, equipe diretiva e, principalmente, diretores. Algumas destas dificuldades foram apresentadas e salientadas neste trabalho, em contraponto à valorização da escola como um espaço de “íntima” relação entre a Saúde e a Educação, nos territórios das escolas selecionadas.

Na teoria, as políticas intersetoriais e os programas voltados para a atenção à saúde dos escolares deveriam envolver os diversos tipos de profissionais da Saúde - em conjunto com a direção escolar e com os também diversos profissionais que integram a escola - e, nesse sentido, deveriam atuar como agentes multiplicadores de informações. Não somente para os alunos, mas também para seus familiares. Esta multiplicação conjunta poderia facilitar que as comunidades pudessem compreender e adotar comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, em longo prazo.

Verificamos que ainda existem dificuldades e tensões nas implantações de novas políticas, programas e intervenções realizadas pela Saúde, através das escolas públicas brasileiras. Contudo, a escola - como uma instituição formadora da juventude - tem um papel estratégico no desenvolvimento destas ações e na aplicação de propostas educacionais capazes de melhorar as condições de saúde dos seus alunos, facilitando a discussão dos temas relacionados à promoção da saúde no espaço escolar e favorecendo um enfoque crítico, participativo, interdisciplinar e transversal.

Atualmente, o diretor escolar - ao ganhar destaque pela relevância do seu papel, - tem sido alvo de várias pesquisas que têm trazido à tona as dificuldades destes sujeitos no dia-a-dia da escola, bem como as características de sua gestão que contribuem (ou não) para a qualidade de ensino, de um modo geral. Através deste trabalho, buscamos nos aproximar do cotidiano desses sujeitos escolares a fim de percebermos de que modo enfrentam a questão da implantação das novas políticas - como é o caso da CSA - e como ocorrem as suas relações com o setor Saúde.

Percebemos que o acúmulo das atribuições administrativas que os diretores escolares vêm enfrentando pode estar diminuindo ou, ainda, minimizando suas intervenções nos aspectos pedagógicos em suas escolas; bem como afastando suas participações em momentos destinados para as capacitações que objetivam a realização de novos trabalhos e ações que envolvam o espaço escolar. Ou seja, ao mesmo tempo em que acreditamos que o diretor seja aquele que, teoricamente, tenha as melhores condições para encaminhar o trabalho de implantação da CSA, também notamos que as suas múltiplas atribuições - na atualidade - acabam por prejudicar o seu envolvimento com este tipo de trabalho que, de fato, precisa de uma liderança mais presente, supervisionando-o.

Parece-nos que a concepção do setor Educação sobre as questões da saúde no espaço escolar ainda está bastante relacionada a um olhar meramente assistencialista e

sem a efetiva compreensão sobre a necessidade de promover a saúde para minimizar a assistência. A pesquisa também nos revela que esta concepção está bastante relacionada ao modo de gestão que os diretores executam e que esta, muitas vezes, é construída segundo seus entendimentos particulares e/ou de acordo com as suas vivências profissionais que, na maior parte das vezes, se distancia muito das propostas contidas nas capacitações elaboradas pelas Secretarias e Ministérios envolvidos.

No caso de Duque de Caxias, a opção por capacitar estes sujeitos escolares, os diretores - visando multiplicar a proposta da implantação da CSA nas escolas municipais - mostrou-se pouco efetiva, na medida em que pudemos perceber diversas dificuldades na condução de um trabalho intersetorial, segundo o modo como é preconizada pelos Ministérios, ainda muito distante da realidade do “chão da escola”.

O trabalho também ressaltou as dificuldades para que seja mantida uma contínua construção de parceria e aproximação entre os profissionais da Educação e as equipes da Saúde dentro do cotidiano escolar, sinalizando, ainda, a ausência de conhecimento dos idealizadores da política - e das próprias Secretarias municipais, diretamente envolvidas - sobre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais nas realidades dos territórios onde as escolas estão inseridas.

Destacamos a falta de estrutura pedagógica da escola, a ausência de uma participação mais efetiva das equipes diretivas envolvidas - especialmente dos orientadores pedagógicos e educacionais - bem como a ausência de outro profissional, inserido na unidade escolar, que esteja mais próximo das equipes da Saúde, auxiliando na estruturação dos planejamentos e apoiando a direção para sustentar um trabalho mais constante e contínuo com a CSA. Nesse sentido, é relevante destacar a baixa responsabilidade dos gestores, tanto da SMS quanto da SME, com o monitoramento e a avaliação das ações implantadas e implementadas, efetivamente, no espaço escolar.

O baixo envolvimento das diretoras entrevistadas, as dificuldades dos professores em abordar a “Saúde”, como um Tema Transversal, o desinteresse e o desconhecimento sobre o conteúdo da CSA, como um documento de saúde - mesmo após o processo de capacitação - e o diminuto reconhecimento acerca das responsabilidades com a saúde dos alunos são grandes dificultadores da implantação deste instrumento nas escolas selecionadas para a realização da pesquisa.

Também ressaltamos que - através dos seus discursos - as diretoras escolares entrevistadas tornam evidente o receio em distribuir a CSA e trabalhar o instrumento de

saúde no espaço escolar, pois imaginam que a ação não contará com a compreensão das famílias dos alunos adolescentes e jovens.

O envolvimento dos aspectos religiosos na implantação de uma política voltada para a saúde, bem como a falta de conscientização das famílias sobre os direitos dos adolescentes também é, aqui, destacado. Ou seja, fica claro o receio das diretoras em ter que lidar com temas que, até os dias atuais, ainda geram desconfortos para os profissionais da Educação. Mais ainda, elas demonstram certo temor em relação às reações das famílias e eventuais enfrentamentos que este tipo de abordagem, dentro da escola, possa gerar.

Apesar de a CSA conter vários aspectos, eixos e temas relacionados à promoção da saúde do adolescente, de um modo geral, tudo indica que o tema “sexualidade” seja aquele que mais interfira ou dificulte a sua implantação nas escolas. As entrevistas demonstram que o tema ainda representa um “tabu” - sendo pouco abordado nas escolas - sinalizando uma grande resistência das equipes diretivas e, inclusive, dos próprios corpos docentes para encaminhar este tipo de debate.

A resistência, muitas vezes, é mencionada pelas diretoras escolares entrevistadas tomando como base os aspectos pautados na religião das famílias. Dessa forma, pode ser compreensível o motivo pelo qual as diretoras reivindicam a presença das equipes da Saúde nas escolas, pois acreditam que a temática possa ser, assim, melhor encaminhada. Consideram que o profissional da equipe da Saúde tem maior experiência e preparo para oportunizar as abordagens, conseguindo alcançar com maior profundidade o sentido do cuidado, mesmo que seja dentro do espaço escolar.

A pesquisa nos mostra que, segundo o entendimento das diretoras escolares entrevistadas, a abordagem sobre as práticas dos temas voltados para a promoção da saúde no espaço escolar - e inseridos na CSA -, quando realizada pelos profissionais da Saúde, recebem boa aceitação nas escolas e nas suas comunidades. Porém, a apropriação dos temas pelos planejamentos escolares, bem como a inserção no cotidiano escolar - pelos próprios professores - ainda é muito irregular e pouco estimulada pelas equipes diretivas.

Os encaminhamentos de trabalhos e ações intersetoriais - como é o caso da implantação da CSA - ficam extremamente dependentes de apoio pedagógico da escola ou da motivação pessoal de alguns dos seus profissionais. Sugerimos maiores estudos e

avaliações sobre a prática e sobre a abordagem dos Temas Transversais nas escolas, especialmente sobre o tema “saúde”, na atualidade.

As particulares percepções das diretoras entrevistadas acerca das suas participações nas capacitações, bem como no próprio desenvolvimento da implantação da CSA - em suas escolas - mostra-se bastante positiva. Todas apontam a importância da proposta e sua grande relevância para a vida dos educandos, ainda em formação. Entretanto, a maioria das diretoras entrevistadas não acompanhou adequadamente o processo de implantação em suas unidades; ou, ainda, não fomentou a realização de atividades que viabilizassem ou abordassem os temas e eixos inseridos na Caderneta. Assim, efetivamente, não facilitaram ou incentivaram a implantação da CSA, em suas escolas.

Destacamos que a maioria das diretoras sugere que Ciências é a disciplina que mais abrange o tema “saúde” nas escolas, desconsiderando a necessidade de envolver, mais efetivamente, outras disciplinas em projetos que também favoreçam novos tipos de abordagens e discussões sobre o assunto.

A maioria das diretoras entrevistadas reconhece a escola como um espaço facilitador para alcançar os adolescentes e os jovens, quando o tema é “saúde”. Contudo, ainda não conseguem evidenciar um envolvimento suficiente para garantir esta possibilidade, na prática. Dessa forma, percebemos que o fato de participar de uma capacitação proposta pelas Secretarias envolvidas não prepara as direções escolares para a compreensão deste tipo de política, para a transmissão e replicação dos conhecimentos em suas escolas e, nem mesmo, para a efetiva execução do trabalho.

Atualmente, a escola e a qualidade da Educação estão cercadas por diversos fatores que influenciam em suas dinâmicas e em seus cotidianos. Aqui, neste trabalho, utilizamos a implantação da CSA como a representação de apenas um desses fatores: a inserção das políticas públicas voltadas para a intersetorialidade entre a Saúde e a Educação no espaço escolar. E, nesse caso, acreditamos que as pesquisas desenvolvidas - em vários contextos - e voltadas para a compreensão destas políticas são de extrema importância e, também, contribuem para o entendimento sobre o modo como, de fato, ocorrem suas inserções na realidade.

Assim, defendemos a idéia de que seja preciso estimular e fomentar os processos avaliativos visando monitorar e acompanhar a implantação das ações, continuamente; bem como fortalecer a abordagem dos Temas Transversais nas escolas,

a prática da intersetorialidade e a oferta da integralidade dos cuidados que são voltados para os adolescentes e para os jovens. Também defendemos a necessidade de treinamento contínuo dos profissionais da Saúde e da Educação, garantindo o sucesso destas propostas.

Finalizamos ressaltando a importância de um olhar dinâmico, continuado e ampliado para a formação dos adolescentes e dos jovens no espaço escolar, através da não fragmentação das práticas necessárias para que, de fato, seja oportunizada a efetivação das políticas públicas, dos programas e dos projetos intersetoriais que, para eles, estão destinados.

## Referências Bibliográficas:

ABAD, Miguel. **Las políticas de juventud desde la perspectiva de la relacion entre convivencia, ciudadanía y nueva condicion juvenil**. Última Década: Viña del Mar, CIDPA, nº16, mar., 2002. p. 119 -155.

ABRAMO, Helena; LÉON, Oscar Dávila. **Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais**. São Paulo: Ação Educativa, 2005. p. 22.

ALBUQUERQUE, P. C. **Planejamento e participação popular em Saúde: o caso de Duque de Caxias**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1994. p. 84.

BADARÓ, Marcelo (org.). **História: pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Laboratório Dimensões da História, 1998.

BOURDIEU, Pierre. **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRANDÃO, Zaia. **Operando com conceitos com e para além de Bourdieu**. In: *Educação e Pesquisa*. São Paulo: v. 36, n. 1, 2010. p. 227 - 241.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1989.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA CULTURA. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC, 1998. p. 65-69.

\_\_\_\_\_.Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf> (Acesso em 3 de novembro de 2014).

\_\_\_\_\_.Portaria Ministerial nº 3.147, de 17 de Dezembro de 2009.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2\\_d\\_portaria\\_saude\\_do\\_adolescente\\_261109b.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2_d_portaria_saude_do_adolescente_261109b.pdf). (Acesso em 02 de Agosto de 2014).

\_\_\_\_\_.Programa Mais Educação, 2007.

Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12372&option=com.content&view=article>: (Acessado em 28 de março de 2014).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS. 1990.

\_\_\_\_\_.Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégia, Brasília, 2005. p. 23.

\_\_\_\_\_.Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretária de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. (2009a). Caderneta de Saúde do Adolescente. Disponível em:

< [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cardeneta\\_meninos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cardeneta_meninos.pdf). (Acessado em 03 de maio de 2014).

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. (2009b). Caderneta de Saúde do Adolescente. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cardeneta\\_meninas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cardeneta_meninas.pdf).(Acessado em 03 de maio de 2014).

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. (2010a). Portal do Ministério da Saúde.

Disponível em:

[www.portal.saude.gov.br/saude](http://www.portal.saude.gov.br/saude). (Acessado em 03 de maio de 2014).

\_\_\_\_\_.O SUS de A a Z. Garantindo Saúde nos Municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3º Edição Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_.Política nacional de promoção da saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_.Portaria Nº 1.861, de 4 de Setembro de 2008 . Diário Oficial da União, Nº 172, 5 de setembro de 2008. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_.Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_.Saúde Integral de Adolescentes e Jovem: orientação para a organização de serviços de saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde d Adolescente e do Jovem. Brasília, 2007.

Saúde na Escola. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE e OPAS. Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil. Série Promoção da Saúde n° 6. Brasília, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios 2010. Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_.Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Rio de Janeiro. 2009.

Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>.(Acessado em outubro de 2010).

\_\_\_\_\_.Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola. Brasília: Casa Civil, 2007.

Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm)  
(Acessado em outubro 2014).

CAMPOS, G. W., BARROS, R. B. & CASTRO, A. M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3). (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. 2004. P. 745-749.

CANÁRIO, Rui. **A escola: das “promessas” às “incertezas”**. São Leopoldo: Educação UNISINOS, v. 12, n. 2, maio/ago, 2008, p. 73-81.

CARRANO, Paulo; DAYRELL, Juarez. **Jóvenes de Brasil, dificultades de finales del siglo y promesas de un mundo diferente**. Jovenes-Revista de Estudios sobre Juventud. Ciudad de México: Nueva Época, año seis, n/ 17, jul/dic.2002.

CARRANO, Paulo. **Juventude e cidades educadoras**. Petrópolis: Vozes. 2003.

CHARTIER, Roger. **Textos, impressos, leituras: a história cultural**. Lisboa: Difel, 1990.

CHAVES, Miriam W. A Revista Escola Argentina: **reflexões sobre um periódico escolar nos anos 20 e 30**. In: *Revista Brasileira de História da Educação*, n. 6, julho/dez, 2003. p. 58 – 85.

DAYRELL, Juarez. **O jovem como sujeito social**. In: *Revista Brasileira de História da Educação*, v. xx, n. 24, set/dez., 2003. p. 40- 52.

\_\_\_\_\_. **A escola “faz” as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil**. *Educ. Soc.*, v. 28, n. 100, 2007. p. 1105 – 1128.

DA SILVA, Gil. **Saberes significativos e temas transversais: uma concepção de cidadania no currículo da EJA**.

Disponível em:

<[http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf3/tcc\\_saberes.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf3/tcc_saberes.pdf). (Acessado em 31 de outubro de 2014).

DUBAR, Claude. **Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos**. Campinas: Educ. Soc. v. 19, n. 62. abr. 1998.

DUBET, François. **O que é uma escola justa?**. *Cadernos de Pesquisa*. v. 34, n.123, set/dez. 2004. p. 539 – 555.

DUBET, F.; MARTUCCELLI, D. **À L'école: sociologie de l'expérience scolaire**. Paris: Seuil, 1996.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FIGUEIREDO, Túlio A. Martins; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. *Ciênc. Saúde Coletiva* v.15 n.2. Rio de Janeiro. Mar. 2010.

GLATER, Ron. **A gestão como meio de inovação e mudança nas escolas**. In: NÓVOA (org.) *As organizações escolares em análise*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1995.

HUNING, Simone Maria e LUZ, Valeska C. M. **Uma caderneta que produz saúde e adolescentes.** Arq. bras. psicol. [online]. vol.63, n.3, 2011. p. 2-15. ISSN 1809 - 5267.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATISTICAS. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - (MS).** IBGE, 2010.

Disponível em:

<[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=500580](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=500580)>. (Acessado em : 06 de maio 2015).

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos:** desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos Fundap, São Paulo, n. 22. 2001. p. 102-110.

JACQUES, Adriana D. **Uma experiência pioneira: a narrativa de Petrópolis. Seminário Estadual para a Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente.** Rio de Janeiro: Mesa redonda, 2009.

\_\_\_\_\_.Estratégia de Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente em Petrópolis. Apresentação de Pôster. I Mostra Programa Saúde na Escola e IV Mostra Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília, 2010.

JUNQUEIRA, Luciano A.P; INOSOJA, R.M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal.** Rev. Adm. Pública; 32(2):11-22. Mar/abr. 1998.

KOGA, Dirce. **Cidades entre territórios de vida e territórios vividos.** São Paulo: Serviço Social & Sociedade, n. 72, nov. 2003. p. 23-52.

KRAWCZYK, Nora. **A gestão escolar: um campo minado. Análise das propostas de 11 municípios brasileiros.** Campinas: Educação & Sociedade, v. 20 n.67. ago. 1999.

LAHIRE, Bernard. **A cultura dos indivíduos.** São Paulo: Artmed, 2006. p. 24 - 32.

LARA, Lutiane. **Saúde Pública e Saúde Coletiva:** investindo na criança para produção de cidadania. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Disponível em:

<[http://tede.pucrs.br/tde\\_arquivos/20/TDE-2009-04-27T185429Z-1867/Publico/411471.pdf](http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/20/TDE-2009-04-27T185429Z-1867/Publico/411471.pdf)>. (Acesso em 27 de agosto de 2014).

LEITE, Ana Maria Alexandre. Escola Regional Meriti: limites e possibilidades da escola inclusiva. Dissertação de Mestrado em Educação. Rio de Janeiro: Departamento de Educação, PUC-Rio, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais.** Rev. Saúde Pública [online], vol. 25, n.3. 1991. p. 233-238.

NÓVOA, Antônio. **Para uma análise das instituições escolares.** In: *As organizações escolares em análise.* Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. [documento na internet]. Alma-Ata, URSS; 1978.

Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set. 1986. (Acesso em: 10 em outubro de 2013).

PAIS, José Machado. **A construção sociológica da juventude – alguns contributos.** *Análise social.* v. 25, 1990. p.164

RIBEIRO, Luiz Cezar de Queiroz. **Metrópoles, reforma urbana e desenvolvimento nacional.** In: *As metrópoles e a questão social brasileira.* Rio de Janeiro: Reven, 2007. p. 21-50.

RUA, Maria das Graças. **As políticas públicas e a juventude dos anos 90.** In: \_\_\_\_\_. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.* 2 v. Brasília: CNPD, 1998. p. 731-752.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2016.** Duque de Caxias, 2014.

SETTON, Maria da G. J. **A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea.** Rev. Bras. Educ., n. 20, 2002, p. 60 -70.

SETTON, Maria da G. J. **A socialização como fato social total: notas introdutórias sobre a teoria do *habitus*.** Rev. Bras. Educ. v. 14, n. 41, 2009. p. 296 - 307.

SCHNECKENBERG, M. **A relação entre política pública de reforma educacional e a gestão do cotidiano escolar.** In: Em Aberto. Brasília, v. 17, 2000. p. 113-124.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método.** São Paulo: Organizações Rurais & Agroindustriais, v. 7, n. 1, 2005. p. 70-81.

SOUZA, Carmem Zeli Vargas Gil. **Juventudes e contemporaneidade: possibilidades e limites**. Santiago: Última Década. v. 12, n. 20, 2004.p. 158.

SPOSATI, Aldaíza. **Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 85, mar. 2006. p. 133-141.

SPOSITO, Marília. P. **Estudos sobre a juventude em educação**. Rev. Bras. Educ., São Paulo, n. 51, 1997.

SPOSITO, M.P.; CARRANO, P.C. **Juventude e políticas públicas no Brasil**. Revista brasileira de educação. São Paulo, v. 24, 2003. p. 16-39.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. **A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios**. São Paulo: Psicologia em Estudo. 2001, p. 53.

VELHO, Gilberto. **Juventudes, projetos e trajetórias na sociedade contemporânea**  
In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes. *Cultura dos jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. 2006.

VIANA, Regina C. S. L. **Duque de Caxias: nosso espaço**. Duque de Caxias, 1991.

VILLELA, Wilza V e DORETO, Daniella T. **Sobre a experiência sexual dos jovens**. Cad. Saúde Pública v. 22, n. 11. Rio de Janeiro. Nov. 2006.

## ANEXO 1

### FICHA APLICADA COM DADOS DAS DIRETORAS ENTREVISTADAS

#### 1) Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Profissão do cônjuge: \_\_\_\_\_ N. de Filhos: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

#### 2) Escolarização

##### Do avô:

Paterno: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Graduação ( ) Não sabe informar

Materno: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Graduação ( ) Não sabe informar

##### Da avó:

Paterna: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Graduação ( ) Não sabe informar

Materna: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Graduação ( ) Não sabe informar

##### Dos pais:

Mãe: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Graduação

( ) Pós-Graduado ( ) Não sabe informar

Pai: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Graduação

( ) Pós-Graduado ( ) Não sabe informar

##### A própria:

Curso: \_\_\_\_\_ Universidade: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Especialização: ( ) SIM ( ) NÃO

Qual: \_\_\_\_\_

#### 3) História Profissional:

Tempo de magistério: ( ) Menos de 5 anos ( ) Mais de 5 anos ( ) Mais de 10 anos

Tempo de Direção Escolar: \_\_\_\_\_

Tempo de matrícula no município: \_\_\_\_\_

Tempo de matrícula na escola atual: \_\_\_\_\_

Possui mais de uma matrícula pública: ( ) SIM ( ) NÃO

## ANEXO 2

### QUESTIONÁRIO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

1. Sobre as capacitações voltadas para a atenção à saúde dos escolares, ofertadas pelas secretarias (de Educação e da Saúde) no município, você já participou de alguma?
2. Quando?
3. Quais?
4. Qual é a sua opinião sobre essas capacitações? Você as considera “produtivas”, em alguma medida?
5. Na sua percepção, essas capacitações, de fato, contribuem para a realização de algum trabalho pedagógico na escola?
6. E a capacitação para a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente? Você participou?
7. Caso não tenha participado, você enviou algum representante da equipe diretiva?
8. O que você acha dessa proposta de implantação de uma Caderneta voltada para o adolescente, através do espaço escolar?
9. Como tem ocorrido, efetivamente, a implantação dessa Caderneta na escola?
10. Após a capacitação, você planejou, implementou ou estimulou alguma atividade pedagógica - junto com o corpo docente, a equipe diretiva e a equipe da Saúde do seu território - para facilitar a implantação da CSA em sua escola?
11. Quais são as dificuldades que você identifica para a implantação da Caderneta na escola que dirige?
12. Quais são as facilidades que você identifica para essa implantação na escola que dirige?
13. Como os professores lidam com essa proposta?
14. Você acha que os professores conseguem relacionar a abordagem da saúde, através dessa Caderneta, com as metas propostas pelos Temas Transversais?
15. Existem resultados sobre a implantação da Caderneta na escola que você dirige?

### ANEXO 3

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS DIRETORAS ENTREVISTADAS



**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE)  
Mestrado em Educação**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

**Título do Projeto:** “A direção escolar e a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA):  
dificuldades e resistências da implantação”

**Pesquisador Responsável:** Ethel da Silveira Machado, mestranda do PPGE  
(Programa de Pós-Graduação em Educação)

**Nome do Voluntário/Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ anos **R.G.:** \_\_\_\_\_ **Cel.:** \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar do referido projeto de pesquisa: “**O olhar da direção escolar para a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) na escola: dificuldades e resistências**”, coordenado pela mestranda do PPGE (Programa de Pós-Graduação em Educação), **Ethel da Silveira Machado**.

Esta pesquisa tem por objetivo entender o modo como a implantação da Caderneta de Saúde dos Adolescentes (CSA) é implementada pelos diretores escolares de oito escolas municipais de Duque de Caxias, em face aos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). Trata-se de focalizar a relação produzida por dois setores públicos distintos (Educação e

Saúde), bem como as dificuldades, as resistências e as tensões apresentadas durante a implantação de uma política pública intersetorial.

O presente projeto justifica-se por elucidar os aspectos e as dimensões que envolvem a política de implantação da Caderneta de Saúde dos Adolescentes nas comunidades escolares, a partir dos documentos oficiais e das capacitações promovidas pelos municípios.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento da pesquisa está garantida a possibilidade de sua desistência em participar, sem qualquer ônus material ou simbólico.

Todas as informações são sigilosas, anônimas e está garantida a exclusão de qualquer informação que possa identificá-lo, individualmente, como entrevistado. Além disso, em hipótese alguma haverá riscos para você em decorrência de sua participação na pesquisa.

Será utilizado um gravador para registro desta entrevista. É garantido que você receberá, na íntegra, a transcrição de sua fala.

Ao conceder suas histórias para esta pesquisa, tenha certeza de que contribuirá para a luta por cidadania e promoção de políticas públicas intersetoriais entre Educação e Saúde.

Este termo será assinado em duas vias de igual teor, em que uma delas será entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário/Entrevistado  
Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador da

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## ANEXO 4

CENTRO DE FILOSOFIA E  
CIÊNCIAS HUMANAS DA UFRJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "O olhar da direção escolar para a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) na escola: dificuldades e resistências"

**Pesquisador:** ETHEL DA SILVEIRA MACHADO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 35347414.7.0000.5582

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 832.901

**Data da Relatoria:** 03/09/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado que tem como propósito investigar como as escolas municipais de Duque de Caxias têm atendido aos princípios da integralidade e da transversalidade que vieram à tona com os novos paradigmas dos dois setores – Saúde e Educação.

A investigação vai ao encontro da compreensão dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, a integralidade e a participação popular e comunitária, com o intuito de refletir sobre os modos como essas políticas são, na prática, vivenciadas. Seja por aqueles que têm a responsabilidade de executá-las, seja para "quem" essas políticas são efetivamente pensadas – os alunos. A razão do recorte proposto se deve experiência profissional da aluna que atua como professora e fisioterapeuta em redes municipais distintas e integra as equipes das Coordenações dos Programas de Saúde Pública nos municípios de Duque de Caxias e de Petrópolis. A mestranda vem observando, com certa apreensão, o processo de construção e partilha dos saberes entre os profissionais dos setores da Saúde e da Educação, visando cumprir os objetivos, tanto do MS, quanto do MEC.

A relevância do tema está pautada na necessidade da Educação participar, enquanto setor público, das discussões e trabalhos acadêmicos que abarcam a intersectorialidade das políticas públicas na

**Endereço:** Av Pasteur, 250-Praia Vermelha, prédio CFCH, 2º a  
**Bairro:** URCA **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-5167 **E-mail:** cep.cfch@gmail.com

Continuação do Parecer: 832.901

atualidade. A implantação de uma política pública intersetorial, entre Saúde e Educação, requer o estreitamento das relações setoriais, o compartilhamento dos saberes, a pactuação dos compromissos e das responsabilidades, envolvendo descentralizações dos “poderes” dos atores, bem como a reorganização das práticas, em todos os níveis.

**Objetivo da Pesquisa:**

É objetivo geral:

1 - Evidenciar o modo como os diretores das escolas da rede pública de ensino do município de Duque de Caxias compreendem e implementam a política de implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) em suas escolas.

entender a maneira como as direções escolares de oito unidades da rede pública municipal de ensino de Duque de Caxias percebem o tema “saúde” em suas escolas;

Objetivos específicos:

1. Analisar a trajetória profissional dos diretores das escolas selecionadas pela SME e pela SMS para a implantação da CSA.
2. Identificar o grau de importância que os diretores entrevistados dão ao trabalho intersetorial com a Saúde, na medida em que essa se torna mais uma entre outras tantas demandas que se vê obrigado a cumprir.
3. Verificar o que os diretores escolares selecionados para a análise pensam sobre o jovem, enquanto um sujeito social e escolar na atualidade, uma vez que a CSA tem como alvo o jovem estudante.
4. compreender a maneira como as direções escolares supracitadas colocam em prática a proposta por meio de seus planejamentos, visando a distribuição e execução de atividades utilizando a CSA, após a participação nas capacitações propostas pela SMS e pela SME.
5. Explicitar os próprios limites, dificuldades e tensões da política do SMS e SME no momento em que é executada pelas escolas em foco.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não é necessário constar no TCLE possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação, se estiver claro que a pessoa pode se desligar da pesquisa sempre que sentir desconforto.

É considerado inadequado constar no TCLE que “em hipótese alguma haverá riscos para você em decorrência de sua participação na pesquisa”. Recomenda-se a retirada desta frase, na medida em

**Endereço:** Av Pasteur, 250-Praia Vermelha, prédio CFCH, 2º a  
**Bairro:** URCA **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-5167 **E-mail:** cep.cfch@gmail.com

Continuação do Parecer: 832.901

que nenhum pesquisador pode controlar e assegurar ao entrevistado os efeitos inesperados e imprevistos das condições e contexto da sua participação na pesquisa.

Este tipo de garantia mencionada não pode ser explicitada no TCLE, principalmente porque não é previsto na 466/12. Basta informar que o entrevistado tem garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa estão claros. Entretanto, faz -se necessário:

- Explicitar como os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes. O direito ao conhecimento dos resultados tem que ser explicitado. A forma de devolução aos pesquisados e instituições envolvidas não foi mencionada no TCLE.
- É necessário mencionar que será utilizado um gravador para registro das entrevistas, que as mesmas sofrerão um processo de análise e interpretação para subsidiar trabalhos acadêmicos.
- Explicitar para os entrevistados como os resultados da pesquisa serão divulgados e devolvidos aos participantes da pesquisa. Os participantes não deverão receber, na íntegra, a transcrição de sua fala, como mencionado. Ao contrário, é apenas recomendado que o participante pudesse ter acesso aos resultados do estudo, através das dissertações, teses e artigos, dentre outras modalidades de trabalhos acadêmicos, caso tenha interesse.
- Informar sobre o local e guarda do material da pesquisa (por no mínimo de 5 anos).
- Apresentar, em anexo ao projeto, o roteiro de entrevista e/ou questionário que será utilizado para a realização das entrevistas;

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

É recomendado retirar a expressão "tenha certeza" da seguinte frase do TCLE: "Ao conceder suas histórias para esta pesquisa, tenha certeza de que contribuirá para a luta por cidadania e promoção de políticas públicas intersetoriais entre Educação e Saúde".

A explicitação da garantia de políticas setoriais como decorrência da pesquisa é uma condição que não pode se impor desta forma nos termos do TCLE.

**Endereço:** Av Pasteur, 250-Praia Vermelha, prédio CFCH, 2º a  
**Bairro:** URCA **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-5167 **E-mail:** cep.cfch@gmail.com

Continuação do Parecer: 832.901

Inserir, em ambas as vias, o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local (CEP-UFRJ).

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está aprovado e reforça-se o cumprimento das recomendações acima.  
Sublinhamos que não há necessidade de reenvio do projeto ao CEP.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

RIO DE JANEIRO, 15 de Outubro de 2014

---

Assinado por:  
**PEDRO PAULO GASTALHO DE BICALHO**  
(Coordenador)

Endereço: Av Pasteur, 250-Praia Vermelha, prédio CFCH, 2º a  
Bairro: URCA CEP: 22.290-240  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3938-5167 E-mail: cep.cfch@gmail.com