



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization

Volume I

Razões em favor da educação em sexualidade

Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade

Uma abordagem baseada em evidências
para escolas, professores e educadores em saúde



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA

UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK



unicef



**World Health
Organization**

Volume I

Razões em favor da educação em sexualidade

Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade

**Uma abordagem baseada em evidências
para escolas, professores e educadores em saúde**

Junho 2010

As designações empregadas e a apresentação de material em toda a publicação não pressupõem a expressão de opiniões de qualquer natureza por parte da UNESCO com respeito ao estatuto legal de quaisquer países, cidades ou áreas, ou das respectivas autoridades, nem relativamente às suas fronteiras ou limites.

© UNESCO 2010

Esta tradução foi produzida pela UNESCO Brasília, nós agradecemos a contribuição de Maria Rebeca Otero Gomes. Tradução: Rita Brossard.

Publicado por

UNESCO

Setor Educacional

Divisão de Coordenação das Prioridades da ONU em Educação

Seção VIH e SIDA

UNESCO

7, place de Fontenoy

75352 Paris 07 SP, France

Site Web: www.unesco.org/aids

E-mail: aids@unesco.org

Elaborado e impresso pela UNESCO

ED-2009/WS/36 Rev.2 (CLD 4894.9)

APRESENTAÇÃO

A preparação de crianças e jovens para a transição para a idade adulta, tendo em seu centro as relações e a sexualidade humana, sempre foi um dos grandes desafios da humanidade. Atualmente, num mundo com aids, o modo como iremos responder a esse desafio é nossa mais importante oportunidade para quebrar a trajetória da epidemia.

Em muitas sociedades, atitudes e leis reprimem a discussão pública da sexualidade e de comportamento sexual – no que se refere a contracepção, aborto, e diversidade sexual, por exemplo. Na maioria das vezes, o acesso masculino ao poder continua a não ser questionado, enquanto meninas, mulheres e minorias sexuais são excluídas dele.

Os pais e as famílias têm um papel vital em moldar a forma como entendemos nossas identidades sociais e sexuais. É preciso que os responsáveis parentais sejam capazes de abordar os aspectos físicos e comportamentais da sexualidade humana com seus filhos, e as crianças precisam receber as informações e ser equipadas com os conhecimentos e habilidades para tomar decisões responsáveis sobre sexualidade, relacionamentos, VIH e outras doenças sexualmente transmitidas.

Hoje em dia, uma quantidade muito pequena de jovens recebe uma preparação adequada, o que os deixa vulneráveis a coação, abuso, exploração, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmitidas, inclusive o VIH. O Relatório Global do ONUSIDA 2008 sobre a Epidemia de SIDA informou que somente 40% dos jovens entre 15 e 24 anos possuíam conhecimentos corretos sobre o VIH e sua transmissão. Esse conhecimento é ainda mais urgente, uma vez que jovens nessa faixa etária representam 45% de todas as novas infecções pelo VIH.

Temos que fazer uma escolha: deixar que as crianças descubram as coisas por si mesmas entre as nuvens de informações parciais, desinformações e franca exploração que encontrarão na mídia, internet, pares e pessoas inescrupulosas, ou então enfrentar o desafio de fornecer uma educação em sexualidade clara, bem informada e cientificamente fundamentada, baseada nos valores universais de respeito e direitos humanos. Uma educação em sexualidade abrangente pode mudar radicalmente a

trajetória da epidemia, e os jovens apresentam uma demanda clara por mais – e melhor – educação, serviços e recursos em sexualidade para satisfazer suas necessidades de prevenção.

Se quisermos ter um impacto sobre crianças e jovens antes que se tornem sexualmente ativos, a educação abrangente em sexualidade deve se tornar parte do currículo escolar formal, administrada por professores bem treinados e com apoio. Os professores continuam a ser fontes confiáveis de conhecimentos e habilidades em todos os sistemas educacionais e são um recurso altamente valorizado na resposta do setor educação à aids. Da mesma maneira, é necessário envidar esforços especiais para alcançar as crianças fora da escola – muitas vezes as mais vulneráveis à desinformação e exploração.

Fundamentada numa revisão rigorosa das evidências sobre programas de educação em sexualidade, esta *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade* é dirigida a profissionais e tomadores de decisão dos setores de educação e saúde. O presente documento (*Volume I*) enfoca as razões em favor da educação em sexualidade e fornece conselhos técnicos sólidos sobre as características de programas efetivos. Ele é acompanhado por um segundo documento (*Volume II*), que enfoca os tópicos e objetivos de aprendizado a serem tratados em diferentes grupos etários na educação em sexualidade para crianças e jovens entre 5 e 18 e mais anos de idade, juntamente com uma bibliografia de recursos úteis. A *Orientação Técnica Internacional* é relevante não apenas para os países mais afetados pela aids, como também para os que enfrentam epidemias de baixa prevalência e concentradas.

Essa *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade* foi desenvolvida pela UNESCO, juntamente com as agências copatrocinadoras do ONUSIDA, particularmente UNFPA, OMS e UNICEF, bem como com o Secretariado do ONUSIDA e uma série de peritos independentes e especialistas trabalhando em todo o mundo no fortalecimento da educação em sexualidade. Esses esforços testemunham o sucesso da colaboração interagencial e a prioridade que a ONU atribui a nosso trabalho com crianças e jovens. Esse compromisso é reafirmado na Matriz de Resultados do ONUSIDA 2009-2011, que identifica o desenvolvimento da autonomia (*empowering*) de jovens para se proteger do VIH como uma área chave de ação prioritária – entre outras coisas por meio do fornecimento de edu-

cação sexual e em saúde reprodutiva baseada em direitos.

Em resposta à aids, os formuladores de política têm a responsabilidade especial em exercer a liderança, dar passos ousados e estar preparados para desafiar a sabedoria recebida quando o mundo nos lança novos desafios. O ponto onde isso é mais verdadeiro é a necessidade de examinar nossas crenças sobre sexualidade, relacionamentos e aquilo que é apropriado discutir com crianças e jovens num mundo afetado pela aids. Incito todos a que ouçam jovens, famílias, professores e outros profissionais e trabalhem com comunidades, a fim de superar suas preocupações e a que usem essa *Orientação Técnica Internacional* para tornar a educação em sexualidade uma parte integral da resposta nacional à pandemia do VIH.

Michel Sidibé
Diretor Executivo, ONUSIDA

Agradecimentos

Esta *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade* foi encomendada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Sua preparação, sob a orientação geral de Mark Richmond, Coordenador Global da UNESCO para o VIH e a SIDA, foi organizada por Chris Castle, Dhianaraj Chetty e Ekua Yankah, da Seção VIH e SIDA, Divisão para a Coordenação de Prioridades da ONU na área de Educação no âmbito da UNESCO.

Os autores Nanette Ecker, ex-Diretora de Educação e Formação Internacional no Conselho de Educação e Informação em Sexualidade dos Estados Unidos (SIECUS), e Douglas Kirby, Cientista Sênior da ETR (Education, Training, Research) Associates, colaboraram para esse documento. O consultor independente Peter Gordon editou várias versões.

A UNESCO gostaria de agradecer à Fundação William e Flora Hewlett por sediar a consultoria técnica global que contribuiu para o desenvolvimento da *Orientação*. Os organizadores também gostariam de expressar sua gratidão a todos aqueles que participaram na consultoria, que ocorreu em 18-19 de fevereiro de 2009 em Menlo Park, EUA (em ordem alfabética):

Prateek Awasthi, UNFPA; Arvin Bhana, Conselho de Pesquisas em Ciências Humanas, África do Sul; Chris Castle, UNESCO; Dhianaraj Chetty, à época ActionAid; Esther Corona, Associação Mexicana de Educação Sexual e Associação Mundial de Saúde Sexual; Mary Guinn Delaney, UNESCO; Nanette Ecker, SIECUS; Nike Esiet, Action Health, Inc. (AHI); Peter Gordon, consultor independente; Christopher Graham, Ministério da Educação, Jamaica; Nicole Haberland, Population Council/EUA; Sam Kalibala, Population Council/Quênia; Douglas Kirby, ETR Associates; Malika Ladjali, Universidade de Argel; Wenli Liu, Universidade Normal de Beijing; Elliot Marseille, Health Strategies International; Helen Omondi Mondoh, Universidade de Egerton; Prabha Nagaraja, Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI); Hans Olsson, Associação Sueca de Educação em Sexualidade; Grace Osakue, Girls' Power Initiative (GPI) Estado de Edo, Nigéria; Jo Reinders, World Population Foundation (WPF); Sara Seims, Fundação William e Flora Hewlett; e Ekua Yankah, UNESCO.

Agradecemos também os comentários e contribuições escritas de (em ordem alfabética):

Peter Aggleton, Instituto de Educação da Universidade de Londres; Vicky Anning, consultora independente; Andrew Ball, Organização Mundial da Saúde (OMS); Prateek Awasthi, UNFPA; Tanya Baker, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights; Michael Bartos, ONUSIDA; Tania Boler, Marie Stopes International, à época UNESCO; Jeffrey Buchanan, à época UNESCO; Chris Castle, UNESCO; Katie Chau, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights; Judith Cornell, UNESCO; Anton De Grauwe, Instituto Internacional para o Planejamento Educacional (IIEP) da UNESCO; Jan De Lind Van Wijngaarden, UNESCO; Marta Encinas-Martin, UNESCO; Jane Ferguson, OMS; Claudia Garcia-Moreno, OMS; Dakmara Georgescu, Bureau Internacional de Educação (IBE) da UNESCO; Anna Maria Hoffmann, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Roger Ingham, Universidade de Southampton; Sarah Karmin, UNICEF; Eszter Kismodi, OMS; Els Klinkert, ONUSIDA; Jimmy Kolker, UNICEF; Steve Kraus, UNFPA; Malika Ladjali, Universidade de Argel; Changu Mannathoko, UNICEF; Rafael Mazin, Organização Panamericana de Saúde (OPAS); Maria Eugenia Miranda, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights; Mary Otieno, UNFPA; Jenny Renju, Escola de Medicina Tropical de Liverpool & Instituto Nacional de Pesquisas Médicas, Tanzânia; Mark Richmond, UNESCO; Pierre Robert, UNICEF; Justine Sass, UNESCO; Iqbal H. Shah, OMS; Shyam Thapa, OMS; Barbara Tournier, IIEP, UNESCO; Friedl Van den Bossche, à época UNESCO; Diane Widdus, UNICEF; Arne Willems, UNESCO; Ekua Yankah, UNESCO; e Barbara de Zalduondo, ONUSIDA.

A UNESCO gostaria de agradecer a Masimba Biriwasha, UNESCO; Sandrine Bonnet, IBE, UNESCO; Claire Cazeneuve, IBE, UNESCO; Claire Greslé-Favier, OMS; Magali Moreira, IBE, UNESCO; e Lynne Sergeant, IIEP, UNESCO, por suas contribuições à bibliografia de recursos úteis. Finalmente, agradecemos a Vicky Anning pelo apoio editorial, a Aurélia Mazoyer pelo design e layout, e a Schéhérazade Feddal pelo apoio à coordenação para a produção deste documento.

Siglas

CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
DST	Doença sexualmente transmissível
EFP	Educação, Formação e Pesquisa
EPT	Educação para Todos
ESR	Educação em sexo e relacionamentos
ETIA	Equipa Tarefa Inter-Agências
ETR	Education, Training and Research
FHI	Family Health International
HPV	Papilomavírus humano
IBE	Bureau Internacional de Educação (UNESCO)
IIEP	Instituto Internacional para o Planeamento Educacional (UNESCO)
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infecção sexualmente transmissível
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
PPE	Profilaxia pós-exposição
QCMM	Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres
SDSR	Saúde e direitos sexuais e reprodutivos
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SIECUS	Conselho de Educação e Informação em Sexualidade dos Estados Unidos
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
SSRA	Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes
TARV	Terapia antirretroviral
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

Sumário

Apresentação	iii
Agradecimentos	v
Siglas	vi
As razões em favor da educação em sexualidade	1
1. Introdução	2
2. Antecedentes	5
3. Criação de apoio e planejamento para a implementação da educação em sexualidade	9
4. A base de evidências em favor da educação em sexualidade	14
5. Características de programas efetivos	19
6. Boas práticas em instituições educacionais	25
Referências	27
Apêndices	31
I. Convenções e acordos internacionais referentes à educação em sexualidade	32
II. Critérios para a seleção de estudos de avaliação e métodos de revisão	37
III. Nome e detalhes importantes de pessoas contatadas como informantes	39
IV. Lista de participantes da consultoria técnica global da UNESCO sobre educação em sexualidade	41
V. Referências dos estudos que fizeram parte do processo da revisão de evidências	43

A photograph of a woman with her hair in a bun, wearing a dark shirt, sitting on the ground and pointing at something in her hands. She is surrounded by a group of young people, mostly men, who are also sitting on the ground and looking at what she is pointing to. They are outdoors, with trees and a building in the background. The entire image has a yellow-green tint.

As razões em favor da educação em sexualidade

1. Introdução

1.1 O que é educação em sexualidade e por que ela é importante?

Esse documento baseia-se nas seguintes premissas:

- A sexualidade é um aspecto fundamental da vida humana: possui dimensões físicas, psicológicas, espirituais, sociais, econômicas, políticas e culturais.
- A sexualidade não pode ser compreendida sem referência ao gênero.
- A diversidade é uma característica fundamental da sexualidade.
- As regras que governam o comportamento sexual diferem amplamente entre culturas e dentro de uma mesma cultura. Certos comportamentos são vistos como aceitáveis e desejáveis, enquanto outros são considerados inaceitáveis. Isso não significa que esses comportamentos não ocorram, ou que devam ser excluídos da discussão no contexto da educação em sexualidade.

Poucos jovens recebem uma preparação adequada para sua vida sexual. Isso os deixa potencialmente vulneráveis a coação, abuso e exploração, gravidez indesejada e infecções ou doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), inclusive o VIH. No limiar da idade adulta, muitos recebem mensagens conflitantes e confusas sobre sexualidade e gênero. Com frequência, esse fato é exacerbado pelo constrangimento, silêncio e desaprovação de discussões francas sobre assuntos sexuais por adultos, inclusive pais e professores, no exato momento em que são mais necessárias. Existem muitos contextos, globalmente, onde jovens estão se tornando sexualmente maduros e ativos mais cedo. Eles também estão se casando mais tarde e, portanto, estendendo o período entre a maturidade sexual e o casamento.

Cada vez mais, os países estão indicando a importância de equipar jovens com os conhecimentos e habilidades para fazer escolhas responsáveis em suas vidas, particularmente num contexto onde têm maior exposição a materiais sexualmente explícitos, por meio da Internet e de outros meios de comunicação. É urgentemente necessário abordar a falta de conhecimentos sobre o VIH entre jovens de 15 a 24 anos - 60% das pessoas nessa faixa etária não é capaz de identificar corretamente os modos de prevenir a transmissão do

VIH (ONUSIDA, 2008). Um número crescente de países implementou ou está expandindo a escala de programas de educação em sexualidade¹, inclusive China, Líbano, Nigéria, Quênia e Vietnã, uma tendência confirmada pelos ministérios de educação e de saúde de países da América Latina e Caribe na reunião de cúpula realizada em julho de 2008. Esses esforços reconhecem que todos os jovens necessitam de educação em sexualidade, e que alguns deles estão vivendo com VIH ou são mais vulneráveis à infecção pelo VIH do que outros, particularmente as adolescentes casadas quando ainda crianças, os já sexualmente ativos, e jovens portadores de incapacidades.

Uma educação em sexualidade efetiva pode transmitir aos jovens informações adequadas para a idade, culturalmente relevantes e cientificamente corretas. Ela inclui oportunidades estruturadas para que jovens explorem suas atitudes e valores, e pratiquem a tomada de decisões e outras habilidades de vida de que necessitarão para ser capazes de fazer escolhas informadas em sua vida sexual.

A educação em sexualidade efetiva é uma parte vital da prevenção do VIH, sendo também crucial para alcançar as metas de acesso universal à saúde reprodutiva e à prevenção, tratamento, assistência e apoio ao VIH (ONUSIDA, 2006). Embora não seja realista esperar que um programa educacional, isoladamente, possa eliminar o risco do VIH e outras DSTs, da gravidez indesejada, e da atividade sexual coerciva ou abusiva e exploração sexual, programas adequadamente planejados e implementados podem reduzir alguns desses riscos e as vulnerabilidades subjacentes.

Uma educação em sexualidade efetiva é importante, devido ao impacto de valores culturais e crenças religiosas sobre todos os indivíduos, e especialmente jovens, tanto para sua compreensão do assunto quanto para administrar relações com seus pais, professores, outros adultos e suas comunidades.

Estudos demonstram (ver a seção 4) que programas efetivos podem:

- reduzir informações errôneas;
- aumentar conhecimentos corretos;

¹ Define-se educação em sexualidade como uma abordagem apropriada para a idade e culturalmente relevante ao ensino sobre sexo e relacionamentos, fornecendo informações cientificamente corretas, realistas, e sem pré-julgamento. A educação em sexualidade fornece oportunidades para explorar os próprios valores e atitudes e para desenvolver habilidades de tomada de decisão, comunicação e redução de riscos em relação a muitos aspectos da sexualidade. A revisão de evidências na Parte 1, Seção 4 desse documento utiliza essa definição como critério para inclusão de estudos para a revisão de evidências.

- esclarecer e fortalecer valores e atitudes positivas;
- aumentar habilidades de tomar decisões informadas e de agir segundo as mesmas;
- melhorar percepções sobre grupos de pares e normas sociais; e
- aumentar a comunicação com pais ou outros adultos de confiança.

Pesquisas demonstram que programas que compartilham certas características chave podem colaborar para:

- abster-se ou retardar o início de relações sexuais;
- reduzir a frequência de atividade sexual sem proteção;
- reduzir o número de parceiros sexuais; e
- aumentar o uso de proteção contra gravidez indesejada e DSTs durante relações sexuais.

Os contextos escolares fornecem uma oportunidade importante para alcançar grandes números de jovens com a educação em sexualidade antes que se tornem sexualmente ativos, assim como uma estrutura apropriada (isto é, o currículo formal) onde fazer isso.

uma das responsabilidades de autoridades e instituições de educação e saúde. Em sua interpretação mais simples, professores em sala de aula têm a responsabilidade de agir em parceria com pais e comunidades, a fim de garantir a proteção e o bem estar de crianças e jovens. Num outro nível, a *Orientação Técnica Internacional* pede liderança política e social das autoridades de educação e saúde em apoio a pais, respondendo ao desafio de dar às crianças e jovens acesso ao conhecimento e habilidades de que necessitam em suas vidas pessoais, sociais e sexuais.

Quando se trata de educação em sexualidade, às vezes há diferenças entre planejadores de programa, pesquisadores e profissionais no que se refere à importância relativa que atribuem a cada objetivo e ao objetivo e foco gerais desejados. Para educadores, a educação em sexualidade tende a ser parte de uma atividade mais ampla, que valoriza o conhecimento crescente (como o da prevenção da gravidez indesejada e do VIH) tanto como um resultado válido em si quanto como um primeiro passo para a adoção de comportamentos mais seguros. Para profissionais de saúde pública, a ênfase tende a priorizar a redução de comportamentos sexuais de risco.

1.2 Quais são os objetivos da educação em sexualidade?

O objetivo primário da educação em sexualidade é equipar crianças e jovens² com os conhecimentos, habilidades e valores para fazer escolhas responsáveis sobre seus relacionamentos sexuais e sociais num mundo afetado pelo VIH.

Programas de educação em sexualidade em geral possuem vários objetivos que se reforçam mutuamente:

- aumentar conhecimentos e compreensão;
- explicar e esclarecer sentimentos, valores e atitudes;
- desenvolver ou fortalecer habilidades; e
- promover e sustentar comportamentos de redução de risco.

Num contexto onde ignorância e informações errôneas podem ameaçar a vida, a educação em sexualidade é

1.3 Que propósito e público a *Orientação Técnica Internacional* deseja?

Essa *Orientação Técnica Internacional* foi desenvolvida a fim de auxiliar autoridades de educação, saúde e outras áreas relevantes no desenvolvimento e implementação de programas e materiais de educação em sexualidade baseados na escola.

O documento será imediatamente relevante para ministros e técnicos de educação, incluindo elaboradores de currículos, diretores de escola e professores. Entretanto, qualquer pessoa envolvida na concepção, prestação e avaliação de educação em sexualidade, dentro e fora da escola, pode considerá-lo útil. Enfatiza a necessidade de programas localmente adaptados e concebidos logicamente para tratar e medir fatores, como crenças, valores, atitudes e habilidades, que, por sua vez, possam afetar comportamentos sexuais. A educação em sexualidade é responsabilidade de toda a escola, por meio não somente do ensino como também das regras, práticas internas, currículo e ensino e materiais didáticos da escola. Num contexto

² OMS/UNFPA/UNICEF (1999) define adolescência como o período da vida entre 10-19 anos, jovens como entre 10-24 anos. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (UN, 1989) considera criança como sendo abaixo de dezoito anos.

mais amplo, a educação em sexualidade é uma parte essencial de um bom currículo, bem como de uma resposta abrangente à aids no nível nacional.

A *Orientação Técnica Internacional* visa a:

- promover a compreensão da necessidade de programas de educação em sexualidade, elevando o nível de conscientização de temas e preocupações salientes de saúde sexual e reprodutiva que afetem crianças e jovens;
- fornecer uma compreensão clara do conteúdo incluído na educação em sexualidade, qual seu intuito, e quais são os possíveis resultados;
- fornecer orientação às autoridades educacionais sobre como criar apoio à educação em sexualidade tanto na escola quanto na comunidade;
- desenvolver a preparação de professores e aumentar a capacidade institucional de fornecer educação em sexualidade de boa qualidade; e
- fornecer orientação sobre como desenvolver materiais e programas de educação em sexualidade receptivos, culturalmente relevantes e apropriados para a idade.

Esse volume enfoca as questões dos ‘por que’ e ‘que’ que exigem atenção em estratégias para introduzir ou fortalecer a educação em sexualidade. Exemplos de ‘como’ essas questões têm sido usadas no aprendizado e no ensino estão apresentados na lista de recursos, currículos e materiais³ produzidos por muitas organizações diferentes, incluída no segundo documento, que versa sobre tópicos e objetivos de aprendizado (<http://www.unesco.org/aids>).

³ Os recursos contidos do segundo documento, *Tópicos e Objetivos de Aprendizado*, foram identificados pelos participantes da consultoria técnica global realizada em fevereiro de 2009, e não constitui um endosso pelas agências da ONU que produziram essa *Orientação Técnica Internacional*.

1.4 Qual a estrutura da Orientação Técnica Internacional?

A *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade* compreende dois volumes. O *Volume I* (este documento) enfoca as razões em favor da educação em sexualidade. O *Volume II* (em separado) apresenta conceitos e tópicos chave, juntamente com objetivos de aprendizado e idéias chave para quatro faixas etárias distintas. Essas características representam um conjunto de referências globais que pode e deve ser adaptado ao contexto local, a fim de garantir sua relevância, fornecer idéias sobre como monitorar o conteúdo do que está sendo ensinado, e determinar o progresso em direção ao alcance dos objetivos de ensino e aprendizado.

O pacote completo dessa *Orientação Técnica Internacional* fornece uma plataforma para pessoas envolvidos em política, *advocacy* e desenvolvimento de novos programas ou na revisão e expansão da escala de programas existentes.

1.5 Como foi desenvolvida a Orientação Técnica Internacional?

O desenvolvimento das *razões* (*Volume I*) foi subsidiado por uma revisão da literatura, especialmente encomendada para esse fim, sobre o impacto da educação em sexualidade sobre o comportamento sexual. A revisão considerou 87 estudos de todo o mundo; 29 provinham de países em desenvolvimento, 47 dos Estados Unidos e 11 de outros países desenvolvidos. Uma revisão independente identificou e verificou as características comuns de programas de educação em sexualidade existentes e avaliados, com base em sua efetividade em aumentar conhecimentos, esclarecer valores e atitudes, desenvolver habilidades e, às vezes, ter impacto sobre comportamentos.

O desenvolvimento da *Orientação* contou também com uma reunião de consultoria técnica global, realizada em fevereiro de 2009 com especialistas de 13 países (ver lista no Apêndice IV). Colegas da ONUSIDA, UNESCO,

UNFPA, UNICEF e OMS também contribuíram para o documento.

A *Orientação* foi desenvolvida por meio de um processo concebido para garantir alta qualidade, aceitabilidade e sensação de propriedade no nível internacional. Ao mesmo tempo, deve-se notar que a *Orientação* tem um caráter voluntário e não vinculante e não tem a força de um instrumento normativo internacional.

A aplicação da *Orientação Técnica Internacional* deve ser consistente com as leis e políticas nacionais, e levar em conta valores e normas locais e comunitários. Isto é importante mesmo numa escola médio; professores e administradores são exortados a ter muito cuidado ao exercer seu dever em áreas do currículo que pais e comunidade considerem sensíveis. Espera-se que a *Orientação* contribua construtivamente para esses esforços.

2. Antecedentes

2.1 Saúde sexual e reprodutiva de jovens

A má saúde sexual e reprodutiva constitui uma importante parcela da carga de doença entre jovens. Garantir a saúde sexual e reprodutiva dos jovens faz sentido econômico e social: a infecção pelo VIH, outras DSTs, a gravidez indesejada e o aborto não seguro são um ônus substancial sobre famílias e comunidades e sobre recursos públicos escassos, mas esses ônus podem ser evitados e reduzidos. Portanto, a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens, que inclui fornecer educação em sexualidade nas escolas, é uma estratégia chave para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), especialmente o ODM 3 (promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres), o ODM 5 (reduzir a mortalidade materna e ter acesso universal à saúde reprodutiva) e o ODM 6 (combater o VIH e a SIDA).



O desenvolvimento sexual de uma pessoa é um processo que inclui dimensões físicas, psicológicas, emocionais, sociais e culturais.⁴ Também está inextricavelmente ligado ao desenvolvimento da identidade de um indivíduo e se desdobra no âmbito de contextos socioeconômicos e culturais específicos. A transmissão de valores culturais de uma geração à outra constitui uma parte crucial da socialização, e inclui valores relacionados ao gênero e à sexualidade. Em muitas comunidades, jovens estão expostos a várias fontes de informação e valores (pais, professores, meios de comunicação e pares, etc.), que muitas vezes lhe apresentam valores alternativos ou mesmo conflitantes em relação a gênero, igualdade de gênero e sexualidade. Mais ainda, muitas vezes os pais relutam em se envolver na discussão de temas sexuais com os filhos, devido a normas culturais, sua própria ignorância ou mal estar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), em muitas culturas a puberdade representa um momento de mudanças sociais, bem como físicas, tanto para meninos quanto para meninas. Para os meninos, a puberdade pode ser a porta para mais liberdade, mobilidade e oportunidades sociais. Isso também pode ocorrer com as meninas, mas outras vezes a puberdade pode ser, para elas, o fim da escolaridade e da mobilidade e o início da vida adulta, sendo o casamento e a maternidade possibilidades esperadas num futuro próximo.

‘Ser sexual’ é uma parte importante da vida de muitas pessoas: pode ser uma fonte de prazer e conforto e um modo de expressar afeição e amor ou iniciar uma família. Também pode envolver resultados sociais e sanitários negativos. Se os jovens escolhem ser ou não sexualmente ativos, a educação em sexualidade prioriza

⁴ Essa definição de desenvolvimento sexual humano deriva de *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*, OMS, 2002.

a aquisição e/ou o fortalecimento de valores como reciprocidade, igualdade, responsabilidade e respeito, que são pré-requisitos para relacionamentos sociais e sexuais saudáveis e seguros. Infelizmente, nem todas as relações sexuais são consensuais, podendo ser forçadas, chegando até ao estupro.

As últimas quatro décadas testemunharam mudanças dramáticas em nossa compreensão da sexualidade e comportamento sexual humano (OMS, 2002). A epidemia global de VIH teve um papel nessa mudança, porque rapidamente se compreendeu que, **para abordar o VIH – em grande parte de transmissão sexual, precisamos adquirir uma melhor compreensão de gênero e sexualidade.** Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH e a SIDA e a Organização Mundial da Saúde (ONUSIDA/OMS, estimativas não publicadas, 2008), mais de 5,5 milhões de jovens em todo o mundo vivem com o VIH, dois terços deles na África subsaariana. **Cerca de 45% de todas as novas infecções ocorre em pessoas de 15 a 24 anos (ONUSIDA, 2008).** Globalmente, as mulheres constituem 50% do total de pessoas vivendo com o VIH, mas, na África subsaariana, essa proporção sobe para aproximadamente 60% (ONUSIDA, 2008; Stirling *et al.*, 2008).

Em muitos países, parece que os jovens com VIH estão vivendo por mais tempo, graças a um melhor acesso ao tratamento com terapia antirretroviral (TARV) e ao apoio médico e psicossocial correlato. Jovens vivendo com VIH, inclusive aqueles infectados no período perinatal, apresentam necessidades particulares em relação à sua saúde sexual e reprodutiva (OMS e UNICEF, 2008). Essas necessidades incluem: oportunidades para discutir como viver positivamente com VIH; sexualidade e relacionamentos; e questões referentes à revelação de sua situação, estigma e discriminação. Entretanto, com frequência essas necessidades não são satisfeitas. Por exemplo, uma experiência num país da África Oriental (Birungi, Mugisha, and Nyombi, 2007) revela que jovens vivendo com o VIH são muitas vezes discriminados por provedores de saúde sexual e reprodutiva e são ativamente desestimulados de se

envolver em atividades sexuais. Sessenta por cento das pessoas vivendo com VIH relatou que não tinha revelado seu estado sorológico a seus parceiros sexuais; 39% tinha um relacionamento com um parceiro sexual VIH-negativo. Muitos não sabiam como revelar sua sorologia a seus parceiros.

O conhecimento sobre a transmissão do VIH continua fraco em muitos países, sendo que as mulheres geralmente são menos informadas que os homens. Segundo o ONUSIDA (ONUSIDA, 2008), muitos jovens ainda não têm informações corretas e completas sobre como evitar a exposição ao VIH. Enquanto o ONUSIDA informa que mais de 70% dos homens jovens sabe que o preservativo pode proteger do VIH, apenas 55% das mulheres jovens o menciona como uma estratégia efetiva para a prevenção do VIH. Dados de levantamentos de 64 países indicam que apenas 40% dos homens e 38% das mulheres entre 15 e 24 anos tinham conhecimentos corretos e abrangentes sobre o VIH e sua prevenção (ONUSIDA, 2008). Esse número está bem aquém da meta global de ‘garantir um conhecimento abrangente sobre o VIH por 95% dos jovens até 2010’ (UN, 2001). O ONUSIDA (ONUSIDA e OMS, 2007) informou que pelo menos metade dos estudantes em todo o mundo não recebeu nenhuma educação sobre o VIH na escola. Além disso, 5 de 15 países que enviaram informes ao ONUSIDA em 2006 indicaram que a cobertura da prevenção do VIH em escolas estava abaixo de 15%.

Globalmente, os jovens continuam a ter altas taxas de DSTs. Segundo a International **Planned Parenthood Federation**, pelo menos 111 milhões de casos novos de DSTs curáveis ocorrem a cada ano entre jovens de 10 a 24 anos (IPPF, 2006). A OMS estima que até 2,5 milhões de meninas entre 15 e 19 anos em países em desenvolvimento fazem abortos, em sua maioria em condições inseguras (OMS, 2007). Onze por cento dos nascimentos em todo o mundo é de adolescentes, que apresentam maiores taxas de mortalidade materna do que mulheres mais velhas (OMS, 2008a).

2.2 O papel das escolas

O setor educação tem um papel crucial na preparação de crianças e jovens para seus papéis e responsabilidades adultas (Delors *et al.*, 1996); a transição para a idade adulta requer tornar-se informado e equipado com os conhecimentos e habilidades apropriados para fazer escolhas responsáveis em sua vida social e sexual. Além disso, em muitos países, os jovens têm suas primeiras experiências sexuais quando ainda estão na escola, tornando esse ambiente ainda mais importante como uma oportunidade de fornecer educação sobre saúde sexual e reprodutiva.

Na maioria dos países, crianças entre 5 e 13 anos, em particular, passam relativamente grande parte do seu tempo na escola. Assim, essas fornecem um meio prático de alcançar grande número de jovens, de diversos

antecedentes, e de formas replicáveis e sustentáveis (Gordon, 2008). Os sistemas escolares beneficiam-se de uma infraestrutura já existente, incluindo professores, que provavelmente são uma fonte capacitada e confiável de informações, e oportunidades de programação em longo prazo, por meio de currículos formais. As autoridades escolares têm o poder de regular diversos aspectos do ambiente de aprendizado, a fim de torná-lo protetor e apoiador, e as escolas também podem agir como centros de apoio social, instituições de confiança que podem estabelecer um elo entre crianças, pais, famílias e comunidades e outros serviços (como serviços de saúde). Entretanto, as escolas somente serão efetivas se puderem assegurar a proteção e o bem-estar de seus alunos e funcionários, se fornecerem intervenções relevantes de ensino e aprendizado, e se associarem a serviços psicossociais, sociais e de saúde. Evidências da UNESCO, OMS, UNICEF e Banco Mundial (OMS e UNICEF, 2003) apontam para um conjunto central de medidas legislativas, estruturais, comportamentais e biomédicas custo-efetivas que podem contribuir para tornar as escolas saudáveis para as crianças.

A educação em sexualidade apropriada para a idade é importante para todas as crianças e jovens, dentro e fora da escola. Embora a *Orientação Técnica Internacional* enfoque especificamente o ambiente escolar, grande parte do conteúdo será igualmente relevante para as crianças que se encontram fora da escola.

2.3 Necessidade dos jovens por educação em sexualidade

Caixa 1. A atividade sexual tem suas consequências: exemplos de Uganda

É importante reconhecer que relações sexuais têm consequências, que vão além da gravidez indesejada ou da exposição a DSTs, inclusive o VIH, conforme ilustrado no caso de Uganda:

‘Jovens ugandenses dos dois sexos que fazem sexo precocemente têm uma probabilidade duas vezes maior de não completar o ensino médio do que adolescentes que nunca fizeram sexo.’ Por muitas razões, ‘atualmente apenas 10% dos meninos e 8% das meninas completam o ensino médio em Uganda’ (Demographic and Health Survey Uganda, 2006).

Em Uganda, milhares de jovens estão presos por sexo consensual com meninas abaixo de 18 anos. Os pais de muitos outros tiveram de vender terras e gado para manter seus filhos fora da cadeia.

Para uma ugandense de 17 anos, a gravidez pode significar ter de abandonar a escola para sempre ou casar-se com um homem que tenha outras esposas (17% são uniões polígamas). Cerca de 50% das adolescentes em Uganda dá à luz com o auxílio apenas de uma parente ou parteira tradicional, ou sozinhas.

Fonte: Straight Talk Foundation Annual Report 2008, disponível em <http://www.straight-talk.org.ug>

A *Orientação Técnica Internacional* baseia-se na perspectiva que crianças e jovens necessitam especificamente as informações e habilidades fornecidas por meio da educação em sexualidade que fazem diferença para suas oportunidades de vida⁵. A ameaça a sua vida e seu bem estar é multiforme, incluindo relacionamentos abusivos, riscos à saúde associados à gravidez precoce indesejada, exposição a DSTs, inclusive VIH, ou estigma e discriminação devido à orientação sexual. Dada a complexidade da tarefa enfrentada por qualquer professor ou responsável parental ao orientar e apoiar o processo de aprendizado e crescimento, é crucial chegar a um bom equilíbrio entre necessidade de saber e aquilo que é apropriado e relevante.

2.4 Abordando questões sensíveis

O desafio da educação em sexualidade é alcançar os jovens antes do início de sua atividade sexual, quer ele ocorra por escolha, necessidade (em troca de dinheiro, comida ou abrigo, por exemplo), coação ou exploração. Para muitos países em desenvolvimento, essa discussão exigirá atenção a outros aspectos da vulnerabilidade, particularmente incapacidades e fatores socioeconômicos. Além disso, alguns estudantes, agora ou no futuro, farão sexo com membros de seu próprio sexo. Essas são questões sensíveis e desafiantes para as pessoas responsáveis por preparar e fornecer educação em sexualidade, e as necessidades dos mais vulneráveis devem merecer especial consideração.

A *Orientação Técnica Internacional* enfatiza a importância de abordar a *realidade* das vidas sexuais de jovens: isso inclui alguns aspectos que poder ser controvertidos ou difíceis de discutir em algumas comunidades. Idealmente, evidências científicas rigorosas e imperativos de saúde pública devem ter prioridade.



⁵ Padrões internacionais de direitos humanos reconhecem que os adolescentes têm o direito de ter acesso a informações adequadas essenciais para sua saúde e desenvolvimento e para sua capacidade de participar de modo significativo na sociedade. Os Estados têm a obrigação de assegurar que todos os adolescentes dos dois sexos, dentro e fora da escola, recebam, sem que lhes sejam negadas, informações corretas e apropriadas sobre como proteger sua saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. (Convenção sobre os Direitos da Criança, Comentário Geral 4(2003) para. 26 & Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral 14(2000) para. 11)

3. Criação de apoio e planejamento para a implementação da educação em sexualidade

Apesar da necessidade clara e premente de uma educação em sexualidade efetiva na escola, na maioria dos países do mundo ela ainda não está disponível. Existem muitas razões para isto, incluindo a resistência ‘percebida’ ou ‘antecipada’, resultante de mal entendidos sobre a natureza, propósito e efeitos da educação em sexualidade. Evidências sugerem que muitas pessoas, incluindo funcionários do ministério de educação, diretores de escolas e professores, podem não estar convencidas da necessidade de fornecer educação em sexualidade, ou têm relutância em fazê-lo, porque lhes faltam confiança e habilidades para isso. Os valores pessoais ou profissionais de professores também podem estar em conflito com os temas que lhes pedem para abordar, ou não há nenhuma orientação clara sobre o que e como ensinar (ver na Tabela 1 alguns exemplos de preocupações comumente expressas sobre a introdução ou promoção da educação em sexualidade).

Tabela 1. Preocupações comuns sobre o fornecimento de educação em sexualidade

Preocupações	Resposta
A educação em sexualidade leva ao sexo precoce.	Pesquisas de todo o mundo indicam claramente que a educação em sexualidade raramente leva a um início sexual precoce, se é que o faz. A educação em sexualidade pode levar a um comportamento sexual mais tardio e mais responsável, ou pode não ter nenhum impacto discernível sobre o comportamento sexual.
A educação em sexualidade priva as crianças de sua ‘inocência’.	Obter a informação certa que seja cientificamente correta, sem fazer pré-julgamentos, apropriada para a idade e completa, num processo cuidadosamente dividido em fases desde o início do ensino formal, é algo que beneficia a todas as crianças e jovens. Quando isso não existe, crianças e jovens frequentemente receberão mensagens conflitantes e às vezes prejudiciais de seus pares, da mídia ou de outras fontes. Uma educação em sexualidade de boa qualidade equilibra essa situação, por meio do fornecimento de informações corretas e de uma ênfase em valores e relacionamentos.
A educação em sexualidade é contra nossa cultura ou religião.	A Orientação Técnica Internacional sublinha a necessidade da relevância cultural e de adaptações locais, engajando e criando apoio entre os guardiões da cultura numa dada comunidade. As partes envolvidas, incluindo líderes religiosos, devem participar da elaboração da futura forma da educação em sexualidade. Entretanto, o guia também enfatiza a necessidade de modificar normas sociais e práticas nocivas que não se alinham com os direitos humanos e aumentam a vulnerabilidade e o risco, especialmente para meninas e mulheres jovens.
Cabe aos responsáveis parentais e à família alargada educar nossos jovens sobre sexualidade.	Mecanismos tradicionais de preparação de jovens para a vida sexual e relacionamentos estão desaparecendo em alguns locais, frequentemente sem que nada preencha esse vácuo. A educação em sexualidade reconhece o papel primário dos pais e da família como fonte de informação, apoio e assistência em moldar uma abordagem saudável à sexualidade e aos relacionamentos. Cabe aos governos, por meio de ministérios de educação, escolas e professores, apoiar e complementar o papel dos pais, fornecendo um ambiente de aprendizado seguro e de apoio e os instrumentos e materiais para prestar uma educação em sexualidade de boa qualidade.
Os responsáveis parentais farão objeção ao ensino da educação em sexualidade nas escolas.	Responsáveis parentais e famílias têm um papel primário em moldar aspectos chave da identidade sexual e de relacionamentos sociais e sexuais de seus filhos. As escolas e instituições educacionais onde crianças e jovens passam grande parte de sua vida são um ambiente apropriado para que os jovens aprendam sobre sexo, relacionamentos, e VIH e outras DSTs. Quando essas instituições funcionam bem, os jovens são capazes de desenvolver os valores, habilidades e conhecimentos para fazer escolhas informadas e responsáveis em sua vida social e sexual. Os professores devem fornecer informações e apoio qualificados e de confiança para a maioria das crianças e jovens. Na maior parte dos casos, os responsáveis parentais dão grande apoio a programas escolares de educação em sexualidade.

A educação em sexualidade pode ser boa para os jovens, mas não para as crianças pequenas.	A <i>Orientação Técnica Internacional</i> baseia-se no princípio de apropriação à idade, que se reflete no agrupamento de objetivos de aprendizado, indicados no Volume II, de forma flexível, a fim de levar em conta os contextos local e comunitário. A educação em sexualidade abrange uma gama de relacionamentos, não somente de ordem sexual. As crianças estão cientes e reconhecem tais relacionamentos muito antes de dar rédeas à sua sexualidade e, portanto, necessitam das habilidades para compreender seus corpos, relacionamentos e sentimentos desde cedo. A educação em sexualidade estabelece os alicerces, tais como aprender os nomes corretos das partes do corpo, compreender os princípios da reprodução humana, explorar relações familiares e interpessoais, aprender sobre segurança, e desenvolver confiança. Depois que esses alicerces estão estabelecidos, podemos usá-los e construir gradualmente sobre eles, de acordo com a idade e o desenvolvimento de uma criança.
Os professores podem estar dispostos a dar aulas de educação em sexualidade, mas não se sentem confortáveis, pois não têm habilidades ou têm receio de fazê-lo.	Professores bem capacitados, apoiados e motivados têm um papel chave no fornecimento de educação em sexualidade de boa qualidade. Políticas e currículos setoriais e escolares claros ajudam a apoiar professores nesse sentido. Os professores devem ser estimulados a se especializar em educação em sexualidade, por meio de uma ênfase adicional na formalização do assunto no currículo, bem como maior desenvolvimento e apoio profissional.
A educação em sexualidade já faz parte de outras disciplinas (biologia, habilidades de vida ou educação cívica).	Ministérios, escolas e professores em muitos países já estão respondendo ao desafio de melhorar a educação em sexualidade. Embora reconhecendo o valor desses esforços, o uso da <i>Orientação Técnica Internacional</i> é uma oportunidade para avaliar e fortalecer o currículo, a prática didática e a base de evidências num campo dinâmico e em rápida mudança.
A educação em sexualidade deve promover valores.	A <i>Orientação Técnica Internacional</i> sobre Educação em Sexualidade apóia uma abordagem baseada em direitos, onde valores como respeito, aceitação, tolerância, igualdade, empatia e reciprocidade estão inextricavelmente vinculados a direitos humanos universalmente aceitos. Não é possível divorciar considerações de valores de discussões de sexualidade.

3.1 Partes interessadas



A educação em sexualidade atrai tanto oposição quanto apoio. Caso haja oposição, ela não é intransponível. Ministérios de educação desempenham um papel crucial na criação de consenso sobre a necessidade da educação em sexualidade, por meio de consultas e *advocacy* com partes interessadas, incluindo, por exemplo:

- jovens, representados em sua diversidade, e organizações que trabalhem com eles;
- pais e associações de pais e mestres;
- formadores de políticas e políticos;
- ministérios, incluindo saúde e outros envolvidos com as necessidades dos jovens;
- profissionais e instituições educacionais, incluindo professores, diretores e instituições de formação;
- líderes religiosos e organizações confessionais;
- sindicatos de professores;
- instituições de formação de profissionais de saúde;
- pesquisadores;
- líderes comunitários e tradicionais;

- grupos de lésbicas, gays, bissexuais e indivíduos transgênero;
- ONGs, particularmente as que trabalham em saúde sexual e reprodutiva com jovens;
- pessoas vivendo com o VIH;
- a mídia (local e nacional);
- doadores ou financiadores externos relevantes 

Estudos e experiências práticas demonstraram que programas de educação em sexualidade podem ser mais atraentes para jovens e mais efetivos se os jovens participarem do desenvolvimento do currículo. Facilitar o diálogo entre diferentes interessados, especialmente entre jovens e adultos, pode ser considerada uma das estratégias para criar apoio. Há muitos papéis que podem ser exercidos pelos jovens. Por exemplo, podem identificar algumas de suas preocupações particulares e crenças comuns sobre sexualidade, sugerir atividades que as abordem, ajudar a fazer cenários mais realistas de execução de papéis, e sugerir aperfeiçoamentos em todas as atividades durante testes-piloto (Kirby, 2009).

Caixa 2. Envolvendo os Jovens

Um relatório publicado em 2007 pelo Parlamento Jovem do Reino Unido, baseado em mais de 20.000 respostas de jovens a um questionário, diz que 40% dos jovens descrevia a educação em sexo e relacionamentos (ESR) que tinha recebido como sendo ou 'má' ou 'muito má', e outros 33% como sendo apenas média. Outros achados importantes do levantamento foram:

- 43% das respostas dizia não ter recebido nenhum ensinamento sobre relacionamentos;
- 55% do grupo de 12-15 anos e 57% das mulheres de 16-17 anos informaram não ter sido ensinadas a usar um preservativo;
- Um pouco mais da metade das respostas não tinha recebido informações sobre a localização do serviço local de saúde sexual.

O envolvimento de uma estrutura como o Parlamento Jovem no processo de revisão do fornecimento de ESR gerou dados importantes. O relatório também ilustra a escala do desafio de responder as necessidades dos jovens, mesmo em sistemas educacionais de países desenvolvidos. Em parte porque os jovens se envolveram no processo do Parlamento Jovem do Reino Unido, anunciou-se em 2008 que a educação em sexo e relacionamentos seria compulsória na Inglaterra.

Fonte: Fisher, J. and McTaggart J. Review of Sex and Relationships Education (SRE) in Schools, Issues 2008, Chapter 3, Section 14. www.teachernet.gov.uk/_doc/13030/SRE%20final.pdf or <http://ukyouthparliament.org.uk/sre>

3.2 Desenvolvendo argumentos em favor da educação em sexualidade

Podemos desenvolver um argumento claro em favor da educação em sexualidade, com base em evidências de avaliações locais/nacionais de situação e de necessidades, que deveriam incluir dados locais sobre o VIH, outras DSTs e gravidez na adolescência, padrões de comportamento sexual dos jovens, inclusive aqueles considerados mais vulneráveis, juntamente com estudos sobre fatores específicos associados ao risco e vulnerabilidade ao VIH/DST. Idealmente, incluirão informações tanto quantitativas quanto qualitativas; dados específicos por sexo e por gênero sobre a idade e experiência de início de atividade sexual; dinâmica de parceria, incluindo o número de parceiros sexuais e diferenças etárias; estupro, coação ou exploração; duração e simultaneidade de parcerias; uso de preservativos e contracepção; e uso de serviços de saúde disponíveis.

Caixa 3. América Latina e Caribe: Liderando o apelo à ação

Um número crescente de governos em todo o mundo tem confirmado seu compromisso com a educação em sexualidade como uma prioridade essencial para atingir as metas nacionais de desenvolvimento, saúde e educação. Em agosto de 2008, ministros de saúde e educação de toda a América Latina e o Caribe reuniram-se na Cidade do México para assinar uma declaração histórica, afirmando um mandato em favor da educação nacional em sexualidade e VIH na escola em toda a região. A declaração advoga o fortalecimento de uma educação em sexualidade abrangente e sua transformação numa área central de instrução no ensino fundamental e médio na região.

As principais características da Declaração Ministerial incluem:

- Uma convocação para implementar e/ou fortalecer estratégias multissetoriais para uma educação em sexualidade abrangente e a promoção e assistência de saúde sexual, incluindo a prevenção do VIH;
- Um entendimento que a educação em sexualidade abrangente envolve aspectos éticos, biológicos, emocionais, sociais, culturais, de gênero e de direitos humanos e respeita a diversidade de orientações e identidades sexuais.

Ver também: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080731_Leaders_Ministerial.asp

http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_ministerdeclaration_en.pdf

http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_ministerdeclaration_es.pdf

3.3 Planejamento para a implementação

Em alguns países, ministérios de educação estabeleceram Conselhos Consultivos Nacionais e/ou Grupos de Trabalho para subsidiar o desenvolvimento de políticas relevantes, a fim de gerar apoio para programas, e para auxiliar o desenvolvimento e implementação de programas de educação em sexualidade. Conselhos e grupos tendem a incluir especialistas nacionais e profissionais em saúde sexual e reprodutiva, direitos humanos, educação, igualdade de gênero, desenvolvimento e educação de jovens, e também podem incluir jovens. Individual e coletivamente, membros de conselhos e grupos frequentemente podem participar em ações de sensibilização e *advocacy*, revisar minutas de materiais e políticas, e desenvolver um plano de trabalho abrangente para o trabalho em sala de aula, juntamente com planos de monitoramento e avaliação.



No nível de políticas, uma política nacional bem feita sobre educação em sexualidade pode estar vinculada explicitamente a planos do setor educação, bem como ao plano estratégico nacional e ao marco de políticas sobre o VIH.

A fim de garantir continuidade e consistência e para estimular o engajamento construtivo em esforços para melhorar a educação em sexualidade, discussões sobre como criar apoio e capacidade para educação em sexualidade na escola poderão ocorrer em e entre todos os níveis. Os participantes em tais discussões podem receber, conforme apropriado, orientações e formação em sexualidade e saúde sexual e reprodutiva. Isso pode incluir esclarecimento de valores e treinamento de habilidades, com vistas a superar constrangimentos na abordagem da sexualidade. Em geral, os professores responsáveis pela prestação de educação em sexualidade necessitarão formação em habilidades específicas necessárias para abordar a sexualidade de maneira clara, bem como no uso de métodos didáticos ativos e participativos.

3.4 No nível escolar

O contexto escolar global em que será fornecida a educação em sexualidade é crucialmente importante. Em relação a esse ponto, dois fatores ligados farão diferença: (1) liderança, e (2) orientação política. Em primeiro lugar, espera-se que os gestores escolares assumam a liderança na motivação e apoio, bem como na criação do clima certo onde implementar a educação em sexualidade e abordar as necessidades de jovens. Na perspectiva da sala de aula, a liderança instrucional pede que professores liderem crianças e jovens em direção a uma melhor compreensão da sexualidade, por meio de descoberta, aprendizado e crescimento. Num clima de incerteza ou conflito, a capacidade de liderar de gestores e professores pode fazer a diferença entre intervenções programáticas bem sucedidas ou capengas.

Em segundo lugar, a natureza sensível, e às vezes controvertida, da educação em sexualidade faz com que seja importante que existam leis e políticas de suporte e inclusivas, demonstrando que o fornecimento de educação em sexualidade é um tema de política institucional e não de escolha pessoal individual. Existe uma série de vantagens em implementar a educação em sexualidade no âmbito de um conjunto claro de políticas importantes para toda a escola ou de diretrizes relativas, por exemplo, à saúde sexual e reprodutiva, igualdade de gênero (inclusive assédio sexual), violência sexual e de gênero,

e *bullying* (inclusive estigma e discriminação com base em orientação sexual e identidade de gênero). Um marco de políticas irá:

- fornecer uma base institucional para a implementação de programas de educação em sexualidade;
- antecipar e abordar pontos sensíveis referentes à implementação de programas de educação em sexualidade;
- estabelecer padrões de confidencialidade;
- estabelecer padrões de comportamento apropriado; e
- proteger e apoiar professores responsáveis por fornecer educação em sexualidade e, se apropriado, proteger ou aumentar seu *status* na escola e na comunidade.



É possível que algumas dessas questões já possam estar bem definidas por meio de políticas escolares existentes. Por exemplo, a maioria das políticas escolares de VIH dá atenção específica a questões de confidencialidade, discriminação e igualdade de gênero. Entretanto, na ausência de orientações existentes, uma política de educação em sexualidade esclarecerá e fortalecerá o compromisso da escola para o:

- fornecimento do currículo por professores capacitados;
- envolvimento de responsáveis parentais;
- procedimentos para responder às preocupações parentais;
- apoio a alunas grávidas para que continuem sua educação;
- transformação da escola num ambiente promotor de saúde (por meio da provisão de banheiros limpos, privados, separados para os dois sexos, e outras medidas);
- ações em caso de infração às políticas, por exemplo, no caso de violação da confidencialidade, estigma e discriminação, assédio sexual ou *bullying*; e
- promoção do acesso e vínculos com serviços locais de saúde sexual e reprodutiva e outros serviços, em conformidade com a legislação nacional.

Também será necessário tomar decisões sobre a forma de selecionar professores para implementar programas de educação em sexualidade, e se essa deveria obedecer a aptidões ou preferências pessoais, ou se isso deveria ser exigido de todos os professores de uma dada disciplina ou conjunto de disciplinas.

O planejamento da implementação normalmente levaria em consideração o desenvolvimento e fornecimento adequado de recursos (incluindo materiais), e a existência de um acordo sobre a posição do programa no âmbito do currículo como um todo. Além disso, tipicamente

inclui planejamento para a capacitação pré-serviço em instituições de formação de professores e em cursos de capacitação em serviço e aperfeiçoamento para professores, a fim de consolidar seu bem-estar e confiança e desenvolver suas habilidades em aprendizado ativo e participativo (Kirby, 2009).

Para que os estudantes se sintam bem em participar em atividades de grupo de educação em sexualidade, precisam se sentir seguros. Portanto, é essencial criar um ambiente que proteja e possibilite a educação em sexualidade. Em geral, isso inclui o estabelecimento, desde o início, de um conjunto de regras a ser seguidas durante o ensino e aprendizado da educação em sexualidade. Alguns exemplos típicos são: evitar comentários ridículos e humilhantes; não fazer perguntas pessoais; respeitar o direito de não responder a perguntas; reconhecer que todas as perguntas são legítimas; não interromper; respeitar as opiniões de terceiros; e manter a confidencialidade. Pesquisas demonstraram que alguns currículos também estimulam o reforço positivo da participação estudantil. Também se demonstrou a efetividade de separar os alunos em grupos do mesmo sexo, para todo o programa ou parte dele (Kirby, 2009).

A segurança na sala de aula deve ser fortalecida por políticas anti-homofóbicas e anti-discriminação de gênero, consistentes com o currículo. De forma mais geral, o *ethos* da escola deve estar alinhado com os valores e metas do currículo. É necessário que as escolas sejam 'espaços seguros', onde os alunos possam se expressar sem a preocupação de ser humilhados, rejeitados ou maltratados, e onde exista tolerância zero em relação a relacionamentos entre alunos e professores (Kirby, 2009).

3.5 Envolvimento parental

Alguns pais podem ter fortes opiniões e preocupações sobre os efeitos da educação em sexualidade. Às vezes, essas preocupações baseiam-se em informações limitadas ou em falsos conceitos sobre a natureza e efeitos da educação em sexualidade ou percepções de normas na sociedade. Desde o início, é preciso buscar a cooperação e apoio de pais, famílias e outros atores da comunidade, reforçando-os regularmente, uma vez que as percepções e comportamentos dos jovens são grandemente influenciadas por valores familiares e comunitários, normas e condições sociais. É importante enfatizar a preocupação primária compartilhada por pais e escolas com a promoção da segurança e bem-estar de

crianças e jovens. As preocupações parentais podem ser abordadas por meio do fornecimento de programas paralelos direcionados a eles, para orientá-los sobre o conteúdo do aprendizado de seus filhos e equipá-los com habilidades para se comunicar com eles sobre sexualidade, de forma aberta e honesta, afastando seus receios e apoiando os esforços da escola para fornecer educação em sexualidade de qualidade. Pesquisas demonstraram que uma das maneiras mais efetivas de aumentar a comunicação entre pais e filhos na área de sexualidade é dar aos alunos como dever de casa a tarefa de discutir tópicos selecionados com pais ou outros adultos de confiança (Kirby, 2009). Se pais e professores se apoiarem mutuamente na implementação de um processo de ensino/aprendizado guiado e estruturado, as chances de crescimento pessoal de crianças e jovens provavelmente serão muito melhores.

3.6 Escolas como recursos comunitários

As escolas podem se tornar centros comunitários que gozem de confiança e que forneçam os contatos necessários com outros recursos, tais como serviços de saúde sexual e reprodutiva, abuso de substâncias, violência de gênero e crise doméstica (UNESCO, 2008b). Essa ligação entre a escola e a comunidade é particularmente importante em termos de proteção infantil, uma vez que alguns grupos de crianças e jovens são particularmente vulneráveis, inclusive os que são casados, deslocados, incapacitados, órfãos ou vivem com o VIH. Eles necessitam informações e habilidades relevantes para se proteger, assim como de acesso a serviços comunitários que ajudem a protegê-los da violência, exploração e abuso.



4. A base de evidências em favor da educação em sexualidade

4.1 Revisão sobre o impacto da educação em sexualidade no comportamento sexual, 2008

Esta seção resume os achados de uma revisão recente sobre o impacto da educação em sexualidade sobre o comportamento sexual, encomendada pela UNESCO em 2008-2009 como parte do desenvolvimento da *Orientação Técnica Internacional*. Com vistas a identificar o maior número possível de estudos em todo o mundo, a equipe de revisão fez buscas em múltiplos bancos computadorizados de dados, examinou resultados de buscas anteriores, contou 32 pesquisadores nessa área, participou de reuniões profissionais onde estudos relevantes pudessem ser apresentados, e obteve cópias de todos os números de 12 publicações. (Para uma descrição detalhada dos critérios de seleção de estudos de avaliação e informações adicionais sobre os métodos usados para identificar estudos, consulte o Apêndice II.)

Tabela 2. O número de programas de educação em sexualidade que demonstraram efeitos sobre os comportamentos sexuais

	Países em desenvolvimento (N=29)	Estados Unidos (N=47)	Outros países desenvolvidos (N=11)	Todos os países (N=87)	
Início da atividade sexual					
• Retardo no início	6	15	2	23	37%
• Nenhum impacto significativo	16	17	7	40	63%
• Apressou o início	0	0	0	0	0%
Frequência da atividade sexual					
• Diminuição da frequência	4	6	0	10	31%
• Nenhum impacto significativo	5	15	1	21	66%
• Aumento da frequência	0	0	1	1	3%
Número de parceiros sexuais					
• Diminuição do número	5	11	0	16	44%
• Nenhum impacto significativo	8	12	0	20	56%
• Aumento do número	0	0	0	0	0%
Uso de preservativos					
• Aumento do uso	7	14	2	23	40%
• Nenhum impacto significativo	14	17	4	35	60%
• Diminuição do uso	0	0	0	0	0%
Uso de contracepção					
• Aumento do uso	1	4	1	6	40%
• Nenhum impacto significativo	3	4	1	8	53%
• Diminuição do uso	0	1	0	1	7%
Condutas de risco sexual					
• Redução de riscos	1	15	0	16	53%
• Nenhum impacto significativo	3	9	1	13	43%
• Aumento de riscos	1	0	0	1	3%

A revisão encontrou 87 estudos⁶ em todo o mundo que satisfaziam os critérios (ver a Tabela 2 abaixo); 29 provinham de países em desenvolvimento, 47 dos Estados Unidos e 11 de outros países desenvolvidos. Todos os programas tinham sido concebidos para reduzir a gravidez indesejada ou as DSTs, inclusive o VIH, e não para abordar as necessidades diversas de jovens ou seu direito à informação sobre muitos tópicos. Todos eram programas baseados em currículos, 70% foi implementado em escolas, e o restante na comunidade ou em ambulatórios. Muitos dos programas eram muito modestos, com menos de 30 ou mesmo de 15 horas. A revisão examinou o impacto desses programas sobre aqueles comportamentos sexuais que afetam diretamente a gravidez e a transmissão sexual do VIH e outras DSTs. Não examinou o impacto sobre outros comportamentos, como procura de mais saúde, assédio sexual, violência sexual ou aborto inseguro.

Pontos fortes e limitações da revisão

Os estudos e, por implicação, a revisão tinham várias limitações. Pouquíssimos tinham sido realizados em países em desenvolvimento. Alguns sofriam devido a uma descrição inadequada de seus respectivos programas. Nenhum examinou programas para gays ou lésbicas, ou outros jovens envolvendo-se em comportamentos sexuais com o mesmo sexo. Alguns estudos tinham planos de avaliação no limite do adequado, e muitos não tinham poder estatístico suficiente. Muitos não fizeram ajustes para múltiplos testes de significância. Poucos estudos mediram o impacto sobre as taxas de DST ou de gravidez e menos ainda sobre taxas de DST ou de gravidez usando marcadores biológicos. Finalmente, havia os vieses inerentes que afetam a publicação dos estudos: pesquisadores têm maior probabilidade de tentar publicar artigos se obtiverem resultados positivos que apóiem suas teorias, e programas e publicações têm maior probabilidade de aceitar para publicação artigos com resultados positivos.

Apesar dessas limitações, há muito a aprender desses estudos, por várias razões: 1) 87 estudos, todos experimentais ou semiexperimentais, é um número grande de estudos; 2) alguns dos estudos usaram desenhos fortes de pesquisa, e seus resultados foram similares àqueles com planos de avaliação mais fracos; 3) quando os mesmos programas foram estudados múltiplas vezes, frequentemente obtiveram-se resultados

iguais ou similares; e 4) programas que eram efetivos em mudar o comportamento sexual frequentemente compartilhavam características comuns.

4.2 Impacto sobre o comportamento sexual

De 63⁷ estudos que mediram o impacto de programas de educação em sexualidade sobre o início da atividade sexual, 37% dos programas retardou o início de relações sexuais entre ou toda a amostra ou num subgrupo importante, enquanto 63% não teve nenhum impacto. Notadamente, nenhum dos programas apressava o início das relações sexuais. De modo similar, 31% dos programas levou a uma redução na frequência de relações sexuais (inclusive a volta à abstinência), enquanto 66% não teve nenhum impacto e 3% aumentou a frequência de relações sexuais. Finalmente, 44% dos programas diminuiu o número de parceiros sexuais, 56% não teve nenhum impacto sobre isso, e nenhum levou a um maior número de parceiros. As baixas percentagens de resultados na direção indesejada são iguais ou menores do que as que seriam esperadas pela ação do acaso, dado o grande número de testes de significância examinados. Seguindo o mesmo princípio, alguns dos resultados positivos foram provavelmente resultado do acaso.

Tomados conjuntamente, esses estudos fornecem algumas evidências que programas que enfatizam a ausência de relações sexuais como a opção mais segura e que também discutem o uso de preservativos e da contracepção não aumentam o comportamento sexual. Ao contrário:

- mais de um terço dos programas retardou o início das relações sexuais;
- cerca de um terço dos programas diminuiu a frequência de relações sexuais; e
- mais de terço dos programas diminuiu o número de parceiros sexuais, seja em toda a amostra ou em subamostras importantes.

Além dos efeitos acima descritos de programas de educação em sexualidade, revisaram-se 11 programas de abstinência, todos realizados nos Estados Unidos⁸. Esses 11 estudos não satisfaziam os critérios

6 Estes estudos avaliaram 85 programas (alguns programas tiveram varios artigos analisados).

7 Mais de metade dos 63 estudos era de ensaios randomizados controlados. Ver Apêndice V: Borawski, Trapl, Lovegreen, Colabianchi and Block, 2005; Clark, Trenholm, Devaney, Wheeler and Quay, 2007; Denny and Young, 2006; Kirby, Korpi, Barth and Cagampang, 1997; Rue and Weed, 2005; Trenholm et al., 2007; Weed et al., 1992; Weed et al., 2008.

de seleção da revisão e, portando, foram analisados separadamente. Dois dos 11 informaram que os programas avaliados retardavam o início da atividade sexual, enquanto nove não revelaram nenhum impacto. Dois de oito estudos verificaram que o programa reduziu a frequência do sexo, enquanto seis não tiveram nenhum impacto. Finalmente, num grupo de sete estudos, um reduziu o número de parceiros sexuais, e seis não afetaram esse resultado. Além disso, nenhum dos sete estudos que mediram o impacto sobre o uso de preservativos verificou qualquer impacto negativo ou positivo, e não se verificaram impactos de nenhum dos seis estudos que mediram impacto no uso de contraceptivos. À medida que novas evidências se tornarem disponíveis, futuras versões da orientação buscarão incorporar esses novos estudos.

4.3 Impacto no uso de preservativos e contracepção

Verificou-se que 40% dos programas aumentava o uso de preservativos, enquanto 60% não tinha nenhum impacto, e nenhum diminuía o uso de preservativos. Quarenta por cento dos programas também aumentava o uso de contraceptivos; 53% não tinha nenhum impacto, e 7% (um único programa) reduziu o uso de contraceptivos. Alguns estudos usaram medidas que incluíam tanto o volume de atividade sexual quanto o uso de preservativos ou contraceptivos na mesma medida. Por exemplo, alguns estudos mediram a frequência de relações sexuais sem preservativos ou o número de parceiros sexuais com quem nem sempre se usavam preservativos. Essas medidas foram agrupadas e rotuladas 'condutas de risco sexual'. Verificou-se que 53% dos programas diminuía condutas de risco sexual; 43% não tinha nenhum impacto e 3% na verdade aumentava essas condutas.

Em resumo, esses estudos demonstram que mais de um terço dos programas aumentava o uso de preservativos ou contracepção, enquanto mais de metade reduziu as condutas de riscos sexual, seja em toda a amostra ou em subgrupos importantes.

Os resultados positivos nas três medidas – atividade sexual, uso de preservativos e contracepção, e condutas de risco sexual – são essencialmente os mesmos quando o número de estudos é restrito a estudos de grande porte com desenhos experimentais rigorosos.

Portanto, as evidências em favor de impactos positivos sobre o comportamento é bastante forte.

4.4 Impacto sobre taxas de DST, gestação e natalidade

Como DSTs, gestação e parto são menos frequentes do que atividade sexual, uso de preservativos ou contracepção, as distribuições das medidas de resultado de DST, gestação ou nascimentos fazem com que sejam necessárias amostras consideravelmente maiores para medir adequadamente o impacto de programas sobre taxas de DST e gestação. Como muitos estudos publicaram resultados sem um poder estatístico adequado, esses resultados não estão apresentados na Tabela 2.

Embora um pequeno número de estudos tenha avaliado programas que tiveram uma redução significativa em taxas de DST e/ou gestação, a maioria não fez isso. Dos 18 estudos que usaram biomarcadores para medir o impacto sobre taxas de gestação ou DST, 5 mostraram resultados positivos significativos e 13 não.

4.5 Magnitude do impacto

Mesmo os programas efetivos não reduziram dramaticamente comportamentos sexuais de risco; seus efeitos foram mais modestos. Os programas mais efetivos tendiam a causar uma redução de comportamentos sexuais de risco entre 25% a 33%, grosseiramente. Por exemplo, se 30% do grupo controle fazia sexo sem proteção durante um período de tempo, então somente 20% do grupo que recebeu a intervenção fazia isso, uma redução de 10 pontos percentuais ou uma redução proporcional de um terço.

4.6 Amplitude dos resultados comportamentais

Programas que enfatizavam tanto a abstinência quanto o uso de preservativos e contracepção eram efetivos em mudar comportamentos, quando implementados em escolas, clínicas e comunidade e quando dirigidos

a grupos diferentes de jovens, por exemplo: tanto homens quanto mulheres, jovens com e sem experiência sexual, e jovens em maior e menor risco, em comunidades carentes e em melhor situação.

Caixa 4. MEMA kwa Vijana Coisas boas para jovens

Um estudo particularmente interessante é o do programa MEMA kwa Vijana (MKV) na Tanzânia, que avaliou o impacto de um programa com diversos componentes: um currículo forte em sala de aula, serviços de saúde reprodutiva sensíveis aos jovens, promoção e distribuição de preservativos para e por pares, na comunidade, juntamente com um esforço de sensibilização comunitária para criar um ambiente de apoio para as intervenções.

Um estudo randomizado rigoroso verificou que o programa teve alguns efeitos positivos sobre o comportamento sexual notificado. Por exemplo, depois de um período de oito anos, o programa diminuiu a porcentagem de homens que disseram ter tido quatro ou mais parceiros sexuais na vida, de 48% a 40%. Também aumentou a porcentagem de mulheres que informaram usar um preservativo com um parceiro sexual ocasional, de 31% para 45%.

Entretanto, o programa não teve nenhum impacto sobre taxas de VIH, outras DSTs ou gravidez. Existem pelo menos três possíveis explicações para isso. Primeiro, as informações dos participantes do estudo sobre comportamento sexual podem ter sofrido viés, e o programa pode não ter realmente mudado comportamentos sexuais. Segundo, o programa pode ter mudado comportamentos de risco, mas não ter mudado os comportamentos específicos que têm maior impacto sobre gravidez, DSTs e VIH. Terceiro, o programa pode não ter mudado comportamentos em grau tal que causasse diferença em taxas de gravidez, DSTs e VIH.

Qualquer que seja a explicação, o estudo é uma advertência de que mesmo um programa bem concebido, baseado em currículo, implementado em harmonia com elementos da comunidade que se reforçam mutuamente pode não ter um impacto significativo sobre taxas de gravidez, DSTs ou VIH.

Fonte: <http://www.memakwavijana.org>

4.7 Resultados de estudos de replicação

Resultados de vários estudos de replicação nos Estados Unidos são encorajadores⁹. Esses estudos demonstram que, quando programas que eram efetivos em mudar comportamentos num estudo eram replicados em contextos similares, pelos mesmos pesquisadores ou por grupos diferentes, consistentemente apresentavam resultados positivos. A probabilidade de os programas continuarem efetivos era

menor quando sua duração fosse consideravelmente encurtada, quando omitissem atividades dedicadas a aumentar o uso de preservativos, ou quando tivessem sido concebidos e avaliados para a comunidade, mas tivessem sido subsequentemente implementados em sala de aula.

4.8 Atividades específicas baseadas em currículo

Poucos estudos mediram o impacto de atividades específicas dentro de programas baseados em currículo. Entretanto, dois estudos consideraram o impacto de certas atividades no âmbito de programas maiores e mais abrangentes de prevenção do VIH, integrados em múltiplas disciplinas escolares. O primeiro estudo (Duflo *et al.*, 2006) verificou que, quando jovens observaram um debate sobre se escolares deveriam ou não ser ensinados como usar preservativos e depois escreveram uma redação sobre modos de se proteger do VIH, posteriormente tinham maior probabilidade de usar preservativos. O segundo estudo (Dupas, 2006) informou que todas as atividades a seguir diminuíam significativamente a taxa de gravidez de adolescentes com homens mais velhos: fornecer taxas de prevalência de VIH, desagregadas por idade e sexo; enfatizar o risco de relações sexuais com homens mais velhos (que têm maior probabilidade de ser VIH-positivos) para as jovens; e mostrar um vídeo sobre o perigo de ter relações sexuais com homens mais velhos. O marcador biológico de gravidez com homens mais velhos era percebido como sendo importante tanto em si mesmo quanto como um indicador do volume de relações sexuais sem proteção entre jovens e homens mais velhos.

4.9 Impacto em fatores cognitivos

Quase todos os programas de educação em sexualidade estudados aumentaram o conhecimento sobre diferentes aspectos da sexualidade e o risco de gravidez ou de VIH e outras DSTs. Isto é importante, porque aumentar conhecimentos é um papel primário da escola. Programas concebidos para reduzir condutas de risco sexual e que empregavam um modelo lógico também procuravam mudar outros fatores que afetam o comportamento sexual. Os programas efetivos

⁹ Ver o Apêndice V: Hubbard, Giese and Rainey, 1998; Jemmott, Jemmott, Braverman and Fong, 2005; St. Lawrence, Crosby, Brasfield and O'Bannon, 2002; St. Lawrence *et al.*, 1995; Zimmerman *et al.*, 2008; Zimmerman *et al.*, no prelo.

em retardar o início ou reduzir a atividade sexual ou aumentar o uso de preservativos ou contracepção tipicamente enfocavam:

- conhecimento de assuntos sexuais, como VIH, outras DSTs e gravidez, incluindo métodos de prevenção;
- percepções de risco, como de VIH, outras DSTs e de gravidez;
- valores pessoais sobre atividade sexual e abstinência;
- atitudes sobre preservativos e contracepção;
- percepções de normas dos pares, por exemplo sobre atividade sexual, preservativos e contracepção;
- autoeficácia em recusar manter relações sexuais ou em usar preservativos;
- intenção de se abster de relações sexuais, restringir a atividade sexual ou o número de parceiros, ou usar preservativos;
- comunicação com pais ou outros adultos e potencialmente com parceiros sexuais.

Deve-se enfatizar que alguns estudos demonstraram que determinados programas melhoravam esses fatores (Kirby, Obasi & Laris, 2006; Kirby 2007). Outros estudos demonstraram que esses fatores, por sua vez, têm um impacto sobre a tomada de decisões sexuais de adolescentes (Blum & Mmari, 2006; Kirby & Lepore 2007). Portanto, existem evidências consideráveis que programas efetivos mudaram comportamentos devido a seu impacto sobre esses fatores, o que então afetou positivamente o comportamento sexual dos jovens.

4.10 Resumo de resultados

- Programas baseados em currículo implementados em escolas ou comunidades devem ser considerados um componente importante, que muitas vezes (mas não necessariamente sempre) pode reduzir comportamentos sexuais de risco. Entretanto, isolados de programas mais amplos na comunidade, nem sempre têm um impacto significativo em termos de redução de taxas de VIH, DST ou gestação.
- Evidências mostram que os programas não tiveram efeitos deletérios: em particular, não aceleraram o início ou aumentaram a atividade sexual. Os estudos também demonstram que é possível, com os mesmos programas, retardar o início de relações sexuais e aumentar o uso de preservativos ou de outras formas de contracepção. Em outras palavras, uma

dupla ênfase em abstinência e no uso de proteção para os que são sexualmente ativos não confunde os jovens. Na verdade, ela pode ser tanto realista quanto efetiva.

- Praticamente todos os estudos de programas de educação em sexualidade demonstram maiores conhecimentos.
- Cerca de dois terços demonstra resultados positivos sobre o comportamento, seja em toda a amostra ou num subgrupo importante.
- Mais de um quarto dos programas melhorava dois ou mais comportamentos sexuais entre jovens. É encorajante ver que esses programas com resultados comportamentais positivos incluíam aqueles com concepções fortes de avaliação e os que replicavam programas similares, com resultados consistentes.
- A análise comparativa de programas efetivos e não efetivos fornece fortes evidências de que aqueles que incorporam as características de programas efetivos (ver a seção 5) podem mudar os comportamentos que colocam jovens em risco de DSTs e gravidez.
- Mesmo se programas de educação em sexualidade melhoram os conhecimentos, habilidades e intenções de evitar riscos sexuais ou usar serviços clínicos, reduzir seu risco pode ser um desafio para jovens, caso as normas sociais não apoiem a redução de risco e/ou não existirem serviços clínicos disponíveis.
- Os programas de educação em sexualidade estudados tinham uma grande lacuna em comum: nenhum deles parecia abordar os comportamentos que causam um volume significativo de infecções pelo VIH em adolescentes em grandes partes do mundo (isto é, Europa, América Latina e Caribe, e Ásia). Esses



comportamentos são: uso não seguro de drogas injetáveis, atividade sexual sem proteção no contexto de profissionais do sexo, e relações sexuais sem proteção (principalmente sexo anal) entre homens.

afetam esses comportamentos, e qual o melhor modo de abordar esses fatores.

Para criar programas que reduzem comportamentos de risco sexual, os elaboradores de currículo devem usar a teoria e as pesquisas sobre os fatores que afetam o comportamento sexual, a fim de identificar os fatores que o programa irá abordar. A seguir, devem usar métodos didáticos efetivos para abordar cada um deles. Isso exige que tenham proficiência na teoria, em fatores psicossociais que afetam o comportamento sexual e em métodos didáticos efetivos para modificar esses fatores. E, evidentemente, precisam conhecer outros programas de educação em sexualidade que mudaram comportamentos, especialmente aqueles que abordaram comunidades e jovens similares.

5. Características de programas efetivos

Esta seção apresenta as características comuns de programas avaliados de educação em sexualidade que se verificaram efetivos em termos de aumentar conhecimentos, esclarecer valores e atitudes, aumentar habilidades e impactar o comportamento (Kirby, Roller and Wilson, 2007). Consulte a Tabela 3 para obter um resumo das características de programas efetivos. Essas características desenvolvem-se a partir daquelas identificadas e verificadas por meio de revisão independente (Kirby, 2005).

5.1 Características do processo de elaboração do currículo

1. Envolvem especialistas em pesquisas sobre sexualidade humana, mudanças comportamentais e teorias pedagógicas correlatas na elaboração de currículos

Tal como matemática, ciência, línguas e outras áreas, a sexualidade humana é um campo estabelecido, baseado num extenso corpo de pesquisas e conhecimentos. Portanto, pessoas familiarizadas com essas pesquisas e conhecimentos deveriam estar envolvidas na elaboração ou na seleção e adaptação de currículos. Além disso, se a concepção dos programas buscou reduzir comportamentos de risco sexual, os elaboradores de currículo devem saber bem quais comportamentos de risco estão de fato sendo adotados por jovens de diferentes idades, que fatores ambientais e cognitivos

2. Determinam as necessidades de saúde reprodutiva o comportamentos de jovens, a fim de subsidiar o desenvolvimento do modelo lógico

Embora exista muita coisa em comum entre os jovens, em termos de suas necessidades relativas à sexualidade, também há muitas diferenças entre comunidades, contextos e faixas etárias no que se refere a seus conhecimentos, crenças, atitudes e habilidades, e razões para não evitar relações sexuais indesejadas, não planejadas e sem proteção. Programas efetivos de educação em sexualidade deveriam procurar identificar e abordar tais razões.

Também é importante construir a partir do conhecimento, atitudes positivas de jovens e habilidades existentes. Portanto, programas efetivos devem tanto partir desses trunfos quanto abordar deficiências.

As necessidades e trunfos dos jovens podem ser determinados por meio de grupos focais com jovens e entrevistas com profissionais que trabalham com eles, bem como por revisões de dados de pesquisas do grupo alvo ou populações similares.

3. **Usam uma abordagem de modelo lógico que especifica as metas de saúde, os tipos de comportamento que afetam essas metas, os fatores de proteção e de risco que afetam esses tipos de comportamento, e atividades para modificar esses fatores de proteção e de risco.**

Um modelo lógico é um processo ou ferramenta usado por elaboradores de programas para planejar e conceber um programa. A maioria dos programas efetivos que modificaram comportamentos, e especialmente aqueles que reduziram taxas de gestação ou DSTs, usaram um processo claro em quatro etapas na criação do currículo: 1) identificaram os objetivos de saúde (por exemplo, reduzir gestação indesejada ou VIH e outras DSTs); 2) identificaram os comportamentos específicos que afetavam taxas de gravidez e de VIH/DST e que poderiam ser modificados; 3) identificaram os fatores cognitivos (ou psicossociais) que afetaram esses comportamentos (como conhecimentos, atitudes, normas, habilidades, etc.); e 4) criaram múltiplas atividades para mudar cada fator. Esse modelo lógico foi a teoria ou base para seus programas efetivos.

4. **Concebem atividades que sejam sensíveis a valores comunitários e consistentes com os recursos disponíveis (como tempo e habilidades da equipe, espaço das instalações e insumos).**

Esse é um passo importante para todos os programas. Embora essa característica possa parecer óbvia, há numerosos exemplos de pessoas que desenvolveram currículos que não puderam ser completamente implementados por não serem sensíveis a valores comunitários e a recursos; consequentemente, esses programas não foram totalmente implementados ou foram prematuramente terminados.

5. **Fazem um teste piloto do programa e obtêm *feedback* contínuo dos alunos sobre como o programa está respondendo às suas necessidades.**

Um teste piloto do programa com indivíduos representativos da população alvo permite fazer ajustes em qualquer componente do programa antes da sua implementação formal. Isso dá aos elaboradores de programas uma oportunidade tanto de afinar o programa quanto de descobrir modificações importantes e necessárias. Por exemplo, podem modificar um

cenário ou a redação numa execução de papéis, com vistas a torná-la mais apropriada, familiar ou compreensível para os participantes do programa. Durante o teste piloto, as condições devem ser o mais próximas possível daquelas existentes do contexto de implementação desejado. Todo o currículo deveria passar por um teste piloto, obtendo-se um *feedback* prático de participantes, especialmente sobre aquilo que funcionou ou não funcionou e maneiras de fortalecer e tornar mais efetivos os elementos fracos.

5.2 Características do currículo em si

6. **Enfocam objetivos claros ao determinar o conteúdo, a abordagem e as atividades curriculares. Esses objetivos devem incluir a prevenção do VIH, outras DSTs e/ou da gravidez indesejada.**

Currículos efetivos são currículos bem enfocados. No caso específico da educação em sexualidade, isso significa um enfoque nos pontos suscetíveis dos jovens (por exemplo, ao VIH, a outras DSTs ou à gravidez) e nas consequências negativas dessas ocorrências. Currículos efetivos transmitem mensagens claras sobre esses objetivos: por exemplo, se jovens tiverem relações sexuais sem proteção regularmente, estão potencialmente em risco de adquirir o VIH, outras DSTs ou de engravidar (ou de causar uma gravidez), e isso tem consequências negativas associadas. Enquanto passam por esse processo, currículos efetivos motivam jovens a querer evitar DSTs e gestações indesejadas.

7. **Têm um enfoque restrito em comportamentos protetores e de risco sexual específicos que conduzem diretamente a esses objetivos de saúde.**

Os jovens podem evitar os riscos de adquirir o VIH ou outras DSTs, evitando relações sexuais. Se tiverem relações sexuais e desejarem reduzir os riscos de VIH, DSTs ou gestação, devem usar preservativos de modo correto e consistente, reduzir o número de

parceiros sexuais, evitar ter mais de um parceiro sexual ao mesmo tempo, ter relacionamentos sexuais mutuamente exclusivos, fazer exames (e tratamento, se necessário) de DSTs e vacinas de DSTs quando essas vacinas existirem (isto é, papilomavírus humano (HPV) e Hepatite B). Em contextos de alta prevalência de VIH na África subsaariana, a OMS recomenda a circuncisão masculina como uma medida adicional para reduzir o risco de adquirir o VIH por meio de relações vaginais sem proteção (OMS e ONUSIDA, 2009). Para reduzir o risco de gravidez, os jovens devem praticar a abstinência ou então usar um método contraceptivo efetivo.

Currículos efetivos enfocam determinados comportamentos de várias formas. Falam em retardar a idade da primeira relação sexual, tomar decisões bem informadas sobre o início da atividade sexual, e percepções e pressões dos pares em torno da atividade sexual. Também falam sobre relações sexuais, ter menos parceiros, evitar parcerias simultâneas e, quando sexualmente ativos, aumentar o uso de preservativos e de contracepção. É necessário que essas informações sejam transmitidas de modo facilmente compreensível, e em termos explícitos que sejam culturalmente relevantes e apropriados para a idade. Identificaram, por exemplo, as pressões que os jovens enfrentam para fazerem sexo e sugeriram maneiras de responder a elas. Os currículos identificaram situações específicas que poderiam levar a relações sexuais indesejadas ou sem proteção e exploraram estratégias para lidar com isso. Durante as sessões, os jovens aprendem a usar preservativos corretamente, e são apresentados a outros métodos contraceptivos. Também aprendem maneiras de superar barreiras para obtê-los ou usá-los, como, por exemplo, identificar locais específicos onde jovens possam obter serviços confidenciais e a baixo custo (incluindo contraceptivos, aconselhamento em VIH, e exames e tratamento para DSTs).

Alguns poucos programas efetivos estabeleceram vínculos diretos e próximos com serviços de saúde reprodutiva da vizinhança. Por exemplo, facilitaram o uso de contraceptivo e exames de DSTs.

8. Abordam situações específicas que podem levar a relações sexuais indesejadas ou sem proteção e como evitar e sair dessas situações.

É importante, idealmente com a colaboração (*input*) dos próprios jovens, identificar as situações específicas onde os jovens têm mais probabilidades de sofrer maiores pressões para manter atividades sexuais, e



treinar estratégias para evitá-las e sair delas. Naquelas comunidades onde o uso de álcool e/ou drogas está associado a relações sexuais sem proteção, também é importante abordar o impacto das drogas e do álcool sobre o comportamento sexual. Também é importante abordar a perpetração de violência sexual e o uso da coação para a obtenção de favores sexuais.

9. Transmitem mensagens claras sobre comportamentos para reduzir o risco de DSTs ou gravidez.

Fornecer mensagens claras sobre comportamentos protetores e de risco parece ser uma das características mais importantes de programas efetivos. Praticamente todos os programas efetivos reforçam mensagens claras e consistentes sobre comportamentos protetores, repetidamente e de várias maneiras. De fato, a maioria das atividades no currículo são concebidas para modificar comportamentos de modo a serem consistentes com a mensagem. Como a maioria dos programas efetivos são concebidos para reduzir taxas de VIH e outras DSTs, as mensagens mais comuns disseminadas são que os jovens devem ou evitar relações sexuais ou usar um preservativo em todas as relações sexuais, com todos os parceiros. Alguns programas efetivos também enfatizam a fidelidade e evitar parceiros sexuais múltiplos ou simultâneos. Mensagens culturalmente específicas em alguns países também enfatizam os perigos de 'padrinhos' (*"sugar daddies"*) - homens mais velhos que oferecem presentes ou convites, muitas vezes implicitamente em troca de sexo). Outros programas encorajam exames e tratamento de DSTs, incluindo o VIH. Programas preocupados com a prevenção da gravidez tendem a insistir que os jovens devem praticar abstinência, retardar relações sexuais e/ou usar contracepção sempre que fizerem sexo. Alguns programas identificam e usam valores

comunitários importantes, como ‘tenha orgulho’, ‘seja responsável’, ou ‘respeite a si mesmo’. Quando programas usam esses valores, deixam muito claro quais os comportamentos sexuais e protetores específicos que são consistentes com tais valores.

10. Enfocam fatores protetores e de risco específicos que afetam certos comportamentos sexuais e que são passíveis de modificação pelo programa baseado em currículo (como conhecimentos, valores, normas sociais, atitudes e habilidades).

Fatores protetores e de risco têm um impacto importante sobre a tomada de decisões dos jovens em relação ao comportamento sexual. Eles incluem fatores cognitivos, como conhecimentos, valores, percepção de normas de pares, atitudes, habilidades e intenções, bem como fatores externos, como acesso a serviços de saúde e de apoio social sensíveis a adolescentes. Programas baseados em currículo, especialmente em escolas, tipicamente enfocam primariamente fatores cognitivos internos, mas também descrevem como acessar serviços de saúde reprodutiva. Os conhecimentos, valores, normas, etc., que são enfatizados na educação em sexualidade também precisam ser apoiados por normas sociais e por múltiplos esforços promovidos por adultos de confiança que servem de apoio e fornecem reforço.

Normas sociais de gênero e desigualdade de gênero afetam a vivência da sexualidade, o comportamento sexual e a saúde sexual e reprodutiva. A discriminação de gênero é comum, e mulheres jovens frequentemente têm menos poder ou controle em seus relacionamentos, o que as torna mais vulneráveis, em alguns contextos, ao abuso e à exploração por meninos e homens, em particular homens mais velhos. Os homens também podem sofrer pressão de seus pares para se conformar a estereótipos sexuais masculinos e se envolver em comportamentos nocivos.

Para serem efetivos na redução de comportamentos sexuais de risco, os currículos devem examinar criticamente e abordar essas desigualdades e estereótipos de gênero. Por exemplo, precisam discutir as circunstâncias específicas enfrentadas por jovens dos dois sexos e fornecer habilidades e métodos efetivos para evitar atividades sexuais indesejadas ou sem proteção nessas situações. Essas atividades curriculares devem abordar a desigualdade de gênero, normas e estereótipos sociais, e não devem, sob nenhuma hipótese, promover estereótipos de gênero nocivos.

11. Empregam métodos participativos de ensino que envolvem ativamente os estudantes e os ajudam a internalizar e a integrar a informação.

A implementação de currículos efetivos usou um amplo leque de métodos participativos de ensino. Tipicamente, esses métodos promovem o envolvimento ativo de estudantes numa tarefa ou atividade, realizada na sala de aula ou na comunidade, seguido por um período de discussão ou reflexão, com vistas a chegar a um aprendizado específico. É preciso que os métodos estejam pareados com objetivos específicos de aprendizado.

12. Implementam múltiplas atividades educacionalmente sólidas concebidas para modificar cada um dos fatores protetores e de risco alvo do programa.

Em geral, são necessárias múltiplas atividades para abordar cada fator protetor e de risco; assim, muitas atividades são necessárias no total. Esta é uma das razões pelas quais programas de sucesso em geral têm pelo menos 12 ou 20 sessões de duração.

Além disso, é preciso que as atividades incluam estratégias instrucionais concebidas para modificar os fatores protetores ou de risco associados, como execução de jogos de papéis a fim de aumentar a autoeficácia e habilidades para dizer não a atividades sexuais indesejadas ou evitar possíveis situações que possam levar a atividades sexuais indesejadas.

13. Fornecem informações cientificamente corretas sobre os riscos do sexo sem proteção e a efetividade de diferentes métodos de proteção.

As informações dentro de um currículo devem ser baseadas em evidências, cientificamente corretas e equilibradas, sem exagerar nem minimizar os riscos ou a efetividade de preservativos ou de outras formas de contracepção.

14. Abordam percepções de risco (especialmente suscetibilidade).

Currículos efetivos enfocam tanto a suscetibilidade quanto a severidade do VIH, outras DSTs e da gravidez indesejada. Verificou-se que depoimentos pessoais, simulações e jogo de papéis são auxílios úteis para estatísticas e outros tipos de informações fatuais ao explorar os conceitos de risco, suscetibilidade e severidade.

15. Abordam valores pessoais e percepções da família e normas de pares sobre o envolvimento em atividade sexual e/ou múltiplos parceiros.

Valores pessoais têm um impacto significativo sobre o comportamento sexual. Programas efetivos promoveram os seguintes valores: abstinência; maneiras não sexuais de demonstrar afeição; e manutenção de relacionamentos sexuais em longo prazo, amorosos e de fidelidade mútua. Esses valores foram explorados por meio de levantamentos, jogos de papéis e deveres de casa, incluindo comunicação com os pais.

16. Abordam atitudes individuais e normas de pares em relação a preservativos e contracepção.

De modo similar, valores e atitudes pessoais também afetam o uso de preservativos e de contracepção. Assim, programas efetivos apresentaram mensagens claras sobre seu uso, juntamente com informações corretas sobre sua efetividade. Também ajudaram estudantes a explorar suas atitudes em relação a preservativos e contracepção e identificaram barreiras percebidas a seu uso, como dificuldades em obter preservativos e tê-los consigo, o possível constrangimento de pedir a seu parceiro para usar um preservativo, ou quaisquer dificuldades em usar um preservativo, e depois discutiram métodos para superar essas barreiras.

17. Abordam tanto as habilidades quanto a autoeficácia em usar tais habilidades.

A fim de evitar relações sexuais indesejadas ou sem proteção, os jovens precisam das seguintes habilidades: habilidade para recusar relações sexuais indesejadas, não planejadas ou sem proteção; habilidade para insistir em usar preservativos ou contraceptivos; e a habilidade para obtê-los e de usá-los corretamente. As duas primeiras exigem a comunicação com um parceiro. A execução de papéis em um jogo, representando um leque de situações típicas, é comumente usada para ensinar tais habilidades, identificando-se cada habilidade antes do ensaio, em cenários progressivamente mais complexos. Tipicamente, habilidades de aquisição e uso de preservativos são obtidas por meio de demonstrações e visitas a locais onde estão disponíveis.

18. Abordam os tópicos numa sequência lógica.

Os tópicos devem ser ensinados numa sequência lógica. Muitos currículos efetivos enfocam primeiro o fortalecimento da motivação para evitar DST/infecção pelo VIH e gravidez, enfatizando a suscetibilidade a elas e a sua severidade, antes de passar a abordar os conhecimentos, atitudes e habilidades específicas necessárias para evitá-las.

Tabela 3. Resumo das características de programas efetivos

Características	
1.	Envolvem especialistas em pesquisas sobre sexualidade humana, mudanças comportamentais e teorias pedagógicas correlatas no desenvolvimento de currículos.
2.	Determinam as necessidades de saúde reprodutiva e comportamentos de jovens, a fim de subsidiar o desenvolvimento do modelo lógico.
3.	Usam uma abordagem de modelo lógico que especifica as metas de saúde, os tipos de comportamento que afetam essas metas, os fatores de proteção e de risco que afetam esses tipos de comportamento, e atividades para modificar esses fatores de proteção e de risco.
4.	Concebem atividades sensíveis a valores comunitários e consistentes com os recursos disponíveis (como tempo e habilidades da equipe, espaço das instalações, e insumos).
5.	Fazem um teste piloto do programa e obtêm <i>feedback</i> contínuo dos alunos sobre como o programa está respondendo às suas necessidades.
6.	Enfocam objetivos claros ao determinar o conteúdo, a abordagem e as atividades curriculares. Esses objetivos devem incluir a prevenção do VIH, outras DSTs e/ou da gravidez indesejada.
7.	Têm um enfoque restrito em comportamentos protetores e de risco sexual específicos que conduzem diretamente a esses objetivos de saúde.
8.	Abordam situações específicas que podem levar a relações sexuais indesejadas ou sem proteção e como evitar e sair dessas situações.
9.	Transmitem mensagens claras sobre comportamentos para reduzir o risco de DSTs ou gravidez.
10.	Enfocam fatores protetores e de risco específicos que afetam certos comportamentos sexuais e que são passíveis de modificação pelo programa baseado em currículo (como conhecimentos, valores, normas sociais, atitudes e habilidades).
11.	Utilizam métodos participativos de ensino que envolvem ativamente os estudantes e os ajudam a internalizar e a integrar a informação.
12.	Implementam múltiplas atividades educacionalmente sólidas concebidas para modificar cada um dos fatores protetores e de risco alvo do programa.
13.	Fornecem informações cientificamente corretas sobre os riscos do sexo sem proteção e a efetividade de diferentes métodos de proteção.
14.	Abordam percepções de risco (especialmente suscetibilidade).
15.	Abordam valores pessoais e percepções da família e normas de pares sobre o envolvimento em atividades sexuais e/ou múltiplos parceiros.
16.	Abordam atitudes individuais e normas de pares em relação a preservativos e contracepção.
17.	Abordam tanto as habilidades quanto a auto eficácia em usar tais habilidades.
18.	Abordam os tópicos numa sequência lógica.



importante reforçá-las ao longo do tempo. A maioria dos programas que tinham efeitos comportamentais duradouros após dois ou mais anos de seguimento envolvia o fornecimento de sessões sequenciais ao longo de dois ou três anos, ou era feita de forma que a maioria das sessões era fornecida durante o primeiro ano, seguida de sessões de reforço ('booster') feitas meses, ou mesmo anos, mais tarde. Isso permite um número maior de sessões do que seria possível de outra

maneira, assim como o reforço de conceitos importantes ao longo de vários anos. Alguns desses programas também implementaram atividades no âmbito de toda a escola ou comunidade em anos subsequentes. Assim, os estudantes podiam ser expostos ao currículo na sala de aula por dois ou três anos, e o aprendizado podia então ser fortalecido por meio de componentes na escola ou comunidade posteriormente.

6. Boas práticas em instituições educacionais

Esta seção descreve recomendações em comum, baseadas em boas práticas identificadas em instituições educacionais (Kirby, 2009; Kirby, 2005).

1. Implementar programas com no mínimo doze sessões.

A fim de abordar as necessidades dos jovens em relação a informações sobre sexualidade, é preciso discutir muitos tópicos. Com vistas a reduzir condutas de risco sexual entre jovens, é preciso abordar tanto os fatores protetores quanto de risco que afetam a tomada de decisões. Essas duas abordagens levam tempo: praticamente todos os programas em escola que tinham um efeito positivo comprovado sobre o comportamento em longo prazo incluíam 12 ou mais, e às vezes 30 ou mais sessões, cada uma com cerca de 50 minutos de duração.

2. Incluir sessões sequenciais ao longo de vários anos.

A fim de maximizar o aprendizado, é preciso abordar diferentes tópicos, de modo apropriado para a idade, ao longo de vários anos. Ao transmitir mensagens claras sobre comportamento aos jovens, também é

3. Selecionar educadores capazes e motivados para implementar o currículo.

As qualidades dos educadores podem ter um enorme impacto sobre a efetividade do currículo. A seleção das pessoas que transmitem esses conteúdos curriculares deve ser feita por meio de um processo transparente, que identifique características relevantes e desejáveis. Entre elas, podemos citar: interesse em ensinar o conteúdo curricular; sentir-se bem e confortável ao discutir a sexualidade; capacidade de comunicar-se com os alunos; e habilidade no uso de metodologias participativas de aprendizado. Caso não tenham conhecimentos sobre o tópico, deve haver formação disponível (veja a próxima característica). Se a probabilidade de selecionar homens como educadores for maior, podem-se implementar estratégias para recrutar mais mulheres, e vice-versa.

Os educadores podem ser os professores regulares (especialmente professores de educação em saúde ou de habilidades de vida) ou professores especialmente treinados, que ensinam somente educação em sexualidade, de classe em classe, abrangendo todas as séries relevantes nas escolas. As vantagens de professores gerais incluem: fazem parte da estrutura

escolar; podem ser bem conhecidos e ter a confiança da comunidade; suas relações com os alunos já estão estabelecidas; e podem integrar mensagens de educação em sexualidade dentro de diferentes matérias. As vantagens de usar educadores especializados em educação em sexualidade incluem: podem ser especialmente treinados para abordar esse tópico sensível e implementar atividades participativas; podem receber informações atualizadas regularmente; e podem ter vínculos com serviços de saúde reprodutiva na comunidade. Estudos demonstraram que os dois grupos de educadores podem transmitir os programas de forma efetiva (Kirby, Obasi & Laris, 2006; Kirby, 2007).

O debate sobre a efetividade relativa do fornecimento de conteúdos curriculares de educação em sexualidade conduzidos por pares ou por adultos continua. Há evidências mais fortes que programas conduzidos por adultos (comparados à condução por pares) demonstram efeitos positivos sobre o comportamento. Entretanto, isso é um reflexo do maior número de estudos que enfocaram programas conduzidos por adultos. Três ensaios randomizados e uma metaanálise formal comparando as efetividades respectivas de programas conduzidos por adultos ou por pares foram inconclusivos (Stephenson et al., 2004; Jemmott et al., 2004; Kirby et al., 1997). Nenhum encontrou evidências fortes de que programas conduzidos por adultos sejam mais ou menos efetivos do que programas conduzidos por pares.

4. Fornecer formação de qualidade aos educadores.

A formação especializada é importante para os professores, porque fornecer educação em sexualidade muitas vezes envolve novos conceitos e novos métodos de aprendizado. Essa formação deve ter objetivos e metas claras, ensinar a teoria e a prática de métodos participativos de aprendizado, ter um bom equilíbrio entre o aprendizado de conteúdos e habilidades, ser

baseada no currículo que será implementado, e fornecer oportunidades para ensaiar lições chave do currículo. Tudo isso pode aumentar a confiança e a capacidade dos educadores. O treinamento deve auxiliar os educadores a distinguir entre seus valores pessoais e as necessidades de saúde dos alunos. Deve estimular os educadores a ensinar todo o currículo, e não apenas algumas partes selecionadas. Deve abordar desafios que ocorrerão em algumas comunidades, como um número muito grande de alunos em sala de aula e a prioridade atribuída a matérias acadêmicas, que são alvo de exames. Sua duração deve ser suficiente para abranger os conteúdos mais importantes tanto de conhecimentos quanto de habilidades, e para permitir que os professores tenham tempo para individualizar seu próprio treinamento e levantar perguntas e questões. Se for possível e apropriado, deve abordar as preocupações dos próprios professores sobre sua saúde sexual e sorologia de VIH. Finalmente, deve ser feita por formadores com experiência e conhecimento. Ao seu término, deve-se solicitar a opinião e comentários (*feedback*) dos participantes sobre a formação.

5. Fornecer gestão, supervisão e fiscalização contínuas.

Como a educação em sexualidade não está bem estabelecida em muitas escolas, gestores escolares devem dar estímulo, orientação e apoio aos professores que ensinam. Supervisores devem assegurar-se que o currículo está sendo implementado conforme o planejado, que todas as partes estão totalmente implementadas (não apenas a parte biológica que frequentemente pode cair na prova), e que os professores têm acesso a apoio quando devem responder a situações novas e desafiadoras, na medida em que surgirem durante seu trabalho. Os supervisores também devem manter-se a par de desenvolvimentos importantes no campo da educação em sexualidade, para que quaisquer adaptações necessárias possam ser feitas no programa da escola.

Referências

- Birungi, H., Mugisha, J.F. and Nyombi, J.K. 2007. *Sexuality of young people perinatally infected with HIV: A neglected element in HIV/AIDS Programming in Uganda*. Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender. Nairobi: Population Council.
- Blum, R., Mmari, R. 2006. *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries: an Analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Delors, J., Al Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R. et al. 1996. *Learning: the treasure within. Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century*. Paris: UNESCO.
- Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M., & Sinei, S. 2006. *Education and HIV/AIDS prevention: Evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Boston: Department of Economics and Poverty Action Lab.
- Dupas, P. 2006. *Relative risks and the market for sex: Teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. Hanover: Dartmouth College.
- Fisher, J. and McTaggart J. *Review of sex and relationships education (SRE) in Schools*. Issues 2008, Chapter 3, Section 14. www.teachernet.gov.uk/_doc/13030/SRE%20final.pdf or <http://ukyouthparliament.org.uk/sre>
- Gordon, P. 2008. *Review of sex, relationships and HIV education in schools*. Paris: UNESCO.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). Sem data. *Online glossary of sexual and reproductive health terms*. Londres: IPPF. <http://glossary.ippf.org/GlossaryBrowser.aspx>
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., Fong, G. T., & Hines, P. M. 2004. Evaluation of an HIV/STD risk reduction intervention implemented by non-governmental organizations (NGOs): A randomized controlled cluster trial. Apresentado na XV Conferência Internacional de Aids, Bangkok, Tailândia, 15 de julho de 2004.
- Kirby, D. 2009. *Recommendations for effective sexuality education programmes*. Revisão não publicada preparada para a UNESCO. Paris: UNESCO.
- Kirby, D.B. 2007. *Emerging answers 2007: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unwanted Pregnancy.
- Kirby, D., & Lepore, G. 2007. *Sexual risk and protective factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important? Which can you change?* Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D., Laris, B. & Roller, L. 2005. *Impact of sex and HIV curriculum-based education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries*. Washington DC: Family Health International.
- Kirby, D., Obasi, A., & Laris, B. 2006. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. In D. Ross, B. Dick & J. Ferguson (Eds.), *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries* (pp. 103-150). Genebra: OMS.
- Kirby, D., Roller, L., Wilson, M. M. 2007. *Tool to assess the characteristics of effective sex and STD/HIV education programmes*. Washington DC: Healthy Teen Network.

- Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., & Cagampang, H. H. 1997. The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*, 29(3), 100-108.
- Ross, D., Dick, B., Ferguson, J. 2006. *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Geneva: OMS.
- Stirling, M., Rees, H., Kasedde, S., Hankins, C. 2008. *Addressing the vulnerability of young women and girls to stop the HIV epidemic in southern Africa*. Geneva: ONUSIDA.
- Stephenson, J., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., et al. 2004. Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): Cluster-randomised intervention trial. *The Lancet*, 364: 338-346.
- Straight Talk Foundation. *Annual Report 2008*. Kampala: Straight Talk Foundation.
- ONU. 2006. *Nações Unidas. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. A/61/611. Nova York: ONU.
- ONU. 2003. *United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child (CRC)*. CRC/GC/2003/4. Nova York: ONU.
- ONU. 2001. *Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH e a SIDA. Declaração de compromisso sobre VIH e a SIDA*. A/RES/S-26/2. Nova York: ONU.
- ONU. 2000. *United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment No. 14*. E/C.12/2000/4. Nova York: ONU.
- ONU. 1999. *Revisão geral e avaliação da implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento*. A/S-21/5/Add.1. Nova York: ONU.
- ONU. 1995. *Plataforma de Ação (PA) da Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres*. Nova York: ONU.
- ONU. 1994. *Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento*. Nova York: ONU.
- ONU. 1989. *Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova York: ONU.
- ONUSIDA. 2008. *Relatório global sobre a epidemia de SIDA 2008*. Geneva: ONUSIDA.
- ONUSIDA. 2006. *Alcançando o acesso à prevenção, tratamento, assistência e apoio ao HIV. Próximos passos*. Geneva: ONUSIDA.
- ONUSIDA. 2005. *Intensifying HIV prevention*, supra note 26, at 33. Geneva: ONUSIDA.
- ONUSIDA. 1997. *Impact of HIV and sexual health on the sexual behaviour of young people: A Review Update 27*. Geneva: ONUSIDA.
- ONUSIDA e OMS. 2007. *2007 AIDS epidemic update*. Geneva: ONUSIDA.
- ONUSIDA/OMS. 2008. Estimativas não publicadas. Geneva: ONUSIDA/OMS.
- UNESCO. 2008a. *EDUSIDA Marco de ação*. Paris: UNESCO.

UNESCO. 2008b. *School-centred HIV & AIDS Care and Support*. Paris: UNESCO.

UNESCO. 2000. *Dakar Framework for Action: Education for All. Meeting our collective commitments*. Paris, UNESCO.

Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and Macro International Inc. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton: UBOS and Macro International Inc.

OMS. 2008a. *Adolescent pregnancy fact sheet*. Geneva: OMS.

OMS. 2008b. *The facts on adolescent health*. Geneva: OMS.

OMS. 2007. Fifth edition . *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Geneva: OMS.

OMS. 2004. *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*. Geneva: OMS.

OMS. 2002. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: OMS.

OMS. 2001. *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen: OMS, Escritorio Regional para Europa.

OMS e ONUSIDA. 2009. *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention*. Geneva: OMS.

OMS e UNICEF. 2008. *More positive living: Strengthening the health sector response to young people living with HIV*. Geneva: OMS.

OMS e UNICEF. 2003. *Skills for health: Skills-based health education including life skills*. Geneva: OMS e UNICEF.



Apêndices

Apêndice I

Convenções e acordos internacionais referentes à educação em sexualidade

Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. CRC/GC/2003/4, 1 July 2003. Comentário Geral 4: Saúde e desenvolvimento de adolescentes no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC)¹⁰

“O Comitê insta os Estados Partes a criar e implementar, de forma consistente com as capacidades em desenvolvimento dos adolescentes, legislação, políticas e programas, com vistas a promover a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes por meio de (...) (b) fornecimento de informações adequadas e apoio aos responsáveis parentais, a fim de facilitar o desenvolvimento de uma relação de lealdade e confiança dentro da qual questões relativas a, por exemplo, sexualidade e comportamento sexual e estilos de vida de risco possam ser abertamente discutidas, encontrando-se soluções aceitáveis que respeitem os direitos do adolescente (art. 27 (3));” (CRC/GC/2003/4, para. 16)

“Adolescentes têm o direito ao acesso às informações adequadas essenciais para sua saúde e desenvolvimento e para sua capacidade de participar significativamente na sociedade. É obrigação dos Estados Partes assegurar que todos os adolescentes, dos dois sexos, tanto os que frequentam a escola como os que estão fora dela, recebam, não lhes sendo negadas, informações corretas e apropriadas sobre como proteger sua saúde e desenvolvimento e praticar comportamentos saudáveis, inclusive informações sobre o uso e o abuso de tabaco, álcool e outras substâncias, comportamentos sociais e sexuais seguros e respeitosos, alimentação, e atividade física.” (CRC/GC/2003/4, para. 26)

Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Questões substantivas oriundas da implementação do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral 14¹¹

“O Comitê interpreta o direito à saúde, conforme definido no artigo 12.1, como um direito inclusivo que se estende não somente à assistência apropriada e oportuna como também aos determinantes subjacentes da saúde, como [...] acesso a educação e informação relativas à saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva.” (E/C.12/2000/4, para. 11)

“Em virtude do artigo 2.2 e do artigo 3, o Pacto proscree qualquer discriminação no acesso à assistência em saúde e determinantes subjacentes da saúde, bem como aos meios e direitos para sua aquisição, com base em raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento, incapacidade física ou mental, estado de saúde (inclusive o VIH e a SIDA), orientação sexual e situação civil, política, social ou de qualquer outra natureza, que tenha a intenção ou o efeito de anular ou prejudicar o desfrute ou exercício equitativo do direito à saúde. (...)” (E/C.12/2000/4, para. 18)

“Com vistas a eliminar a discriminação contra as mulheres, é necessário criar e implementar uma estratégia nacional abrangente para promover o direito das mesmas à saúde, ao longo de toda a vida. Essa estratégia deve incluir intervenções direcionadas à prevenção e ao tratamento de doenças que afetam as mulheres, bem

10 ONU. 2003. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child (CRC). CRC/GC/2003/4. New York: UN. Ver também: ONU. 1989. United Nations Convention on the Rights of the Child. Nova York: ONU.

11 ONU. 2000. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment No. 14. E/C.12/2000/4. Nova York: ONU.

como políticas para dar acesso a uma gama completa de atividades de assistência à saúde de alta qualidade e acessíveis, inclusive serviços sexuais e reprodutivos. Um objetivo importante deve ser o de reduzir os riscos de saúde das mulheres, particularmente diminuir as taxas de mortalidade materna, e proteger as mulheres da violência doméstica. A concretização do direito das mulheres à saúde requer a remoção de todos os obstáculos que interferem com o acesso a serviços de saúde, educação e informação, inclusive no campo da saúde sexual e reprodutiva. Também é importante executar ações de prevenção, promoção e remediação para salvaguardar mulheres do impacto de práticas culturais tradicionais nocivas e normas que lhes neguem todos os seus direitos reprodutivos.” (E/C.12/2000/4, para. 21)

Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências. A/61/611, 6 de dezembro de 2006. Artigo 25 - Saúde¹²

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiências têm o direito de usufruir o padrão mais elevado possível de saúde, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes deverão tomar todas as medidas apropriadas para assegurar o acesso de pessoas com deficiência a serviços de saúde sensíveis às questões de gênero, incluindo a reabilitação relacionada à saúde. Em especial, os Estados Partes deverão:

- (a) Estender a pessoas com deficiências a mesma amplitude, qualidade e padrão de programas e cuidados de saúde gratuitos ou acessíveis a que as demais pessoas têm acesso, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral...”

Programa de Ação (PA) da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD)¹³

“Todos os países devem, o mais cedo possível, não depois de 2015, envidar esforços para tornar a saúde reprodutiva acessível a todos os indivíduos em idades adequadas, por meio de um sistema primário de assistência à saúde. A assistência à saúde reprodutiva, no

contexto da assistência primária à saúde, deve incluir, inter alia, aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de assistência pré-natal, de parto seguro e de assistência pós-natal, especialmente amamentação e assistência à saúde de lactentes e mulheres; prevenção e devido tratamento da esterilidade; aborto conforme especificado no parágrafo 8.25, incluindo-se a prevenção do aborto e o tratamento das suas eventuais sequelas; tratamento das infecções do aparelho reprodutivo e informação, educação e, quando apropriado, aconselhamento sobre sexualidade humana, saúde reprodutiva e paternidade responsável.” (PA CIPD, para. 7.6)

“Programas inovadores devem ser criados para tornar a informação, a orientação e os serviços de saúde reprodutiva acessíveis aos homens e aos jovens. Ao mesmo tempo, esses programas devem educar os homens e capacitá-los a compartilhar, de uma maneira mais equitativa, o planejamento familiar, as responsabilidades domésticas e a criação dos filhos, bem como a aceitar sua responsabilidade central na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Os programas devem alcançar os homens em seus locais de trabalho, nos lares e onde se reúnem para recreação. Meninos e adolescentes, com o apoio e a orientação de seus pais, e nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança, devem também ser alcançados na escola, nas organizações juvenis e onde quer que se reúnam. Métodos anticoncepcionais masculinos, adequados e voluntários, como também de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a aids, devem ser promovidos e tornados acessíveis, com informação e orientação adequadas.” (PA CIPD, para. 7.8)

“Os objetivos são: (a) Promover o desenvolvimento adequado de uma sexualidade responsável, que propicie relações de igualdade e de mútuo respeito entre os gêneros, e contribua para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos; (b) Assegurar que mulheres e homens tenham acesso à informação, à educação e aos serviços necessários para atingirem a boa saúde sexual, e que possam exercer seus direitos e responsabilidades reprodutivas.” (PA CIPD, para. 7.36)

“Deve-se prover apoio à educação sexual integral e aos serviços para as pessoas jovens, com o apoio e a orientação dos seus responsáveis parentais, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos da Criança, serviços esses que ressaltem a responsabilidade dos homens por sua própria saúde sexual e fecundidade, ajudando-os a exercer essas responsabilidades. Esforços educacionais devem começar

12 ONU. 2006. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A/61/611. Nova York: ONU.

13 ONU. 1994. International Conference on Population and Development. Programme of Action. Nova York: ONU.

na idade apropriada, na unidade familiar, na comunidade e nas escolas, mas devem também alcançar os adultos, particularmente os homens, por meio da educação não-formal e de uma variedade de esforços comunitários. (PA CIPD, para. 7.37)

“Tendo em vista a necessidade urgente de evitar gestações indesejadas, a rápida disseminação da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis e a prevalência do abuso e violência sexuais, os governos devem basear suas políticas nacionais numa melhor compreensão da necessidade de uma sexualidade humana responsável e das realidades do atual comportamento sexual.” (PA CIPD, para. 7.38)

“Reconhecendo os direitos, deveres e responsabilidades dos responsáveis parentais e de outras pessoas legalmente responsáveis por adolescentes no tocante a proverem, de maneira compatível com as capacidades em evolução do adolescente, orientação, aconselhamento em assuntos sexuais e reprodutivos, os países devem assegurar que os programas e atitudes dos prestadores de assistência à saúde não restrinjam o acesso dos adolescentes aos serviços apropriados e à informação de que precisem, inclusive sobre doenças sexualmente transmissíveis e abuso sexual. Assim fazendo e com vistas a conter, inter alia, o abuso sexual, esses serviços devem salvaguardar os direitos do adolescente à privacidade, à confidencialidade, ao respeito e ao consentimento informado, respeitados seus valores culturais e crenças religiosas. Nesse contexto, os países devem remover, quando necessário, os obstáculos legais, regulamentares e sociais à informação sobre saúde reprodutiva e à assistência à saúde para adolescentes.” (PA CIPD, para. 7.45)

“Os países, com o apoio da comunidade internacional, devem proteger e promover os direitos do adolescente à educação, à informação e à assistência de saúde reprodutiva, e reduzir significativamente o número de gestações entre adolescentes.” (PA CIPD, 7.46)

“Os governos, em colaboração com as organizações não-governamentais, são instados a atender as necessidades especiais dos adolescentes e criar programas para satisfazer essas necessidades. Esses programas devem incluir mecanismos de apoio à educação e orientação do adolescente no tocante às relações e à igualdade entre os gêneros, à violência contra adolescentes, ao comportamento sexual responsável, à prática responsável de planejamento familiar, à vida familiar, à saúde reprodutiva, às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção por VIH e à prevenção da aids. Devem ser criados programas de prevenção e

tratamento contra o abuso sexual e o incesto, bem como outros serviços de saúde reprodutiva. Esses programas devem propiciar informações aos adolescentes e fazer um esforço consciente para o fortalecimento de valores sociais e culturais positivos. Adolescentes sexualmente ativos irão requerer informações especiais sobre planejamento familiar, aconselhamento e serviços; as adolescentes que ficarem grávidas precisarão do apoio especial das suas famílias e da comunidade durante a gravidez e nos primeiros cuidados maternos. Os adolescentes devem ser inteiramente envolvidos no planejamento, na execução e na avaliação dessas informações e serviços, com a devida consideração à orientação e às responsabilidades dos responsáveis parentais.” (PA CIPD, para. 7.47)

“Os programas devem envolver e treinar todas as pessoas responsáveis pela orientação a adolescentes no tocante ao seu comportamento sexual e reprodutivo responsável, particularmente os responsáveis parentais e as famílias, mas também as comunidades, as instituições religiosas, as escolas, os meios de comunicação de massa e os grupos de convivência. Os governos e as organizações não-governamentais devem promover programas destinados à educação dos responsáveis parentais, com o objetivo de melhorar a interação de pais e filhos, em vista de capacitá-los para um melhor cumprimento dos seus deveres educacionais no apoio ao processo de amadurecimento dos seus filhos, particularmente nos campos do comportamento sexual e da saúde reprodutiva.” (PA CIPD, 7.48)

Nações Unidas. A/S-21/5/Add.1, 1º de julho de 1999. Revisão geral e avaliação da implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD + 5)¹⁴

“Os governos, em colaboração com a sociedade civil, incluindo organizações não governamentais, doadores e o Sistema das Nações Unidas, deverão: (a) Atribuir alta prioridade à saúde reprodutiva e sexual no contexto mais amplo da reforma do setor saúde, incluindo o fortalecimento de sistemas básicos de saúde, que podem beneficiar em especial as pessoas vivendo na pobreza; (b) Assegurar que políticas, planos estratégicos, e todos os aspectos da implementação de serviços de saúde reprodutiva e sexual respeitem todos os direitos humanos, inclusive o direito ao desenvolvimento, e que tais serviços satisfaçam as necessidades de saúde ao

14 ONU. 1999. Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. A/S-21/5/Add.1. Nova York: ONU.

longo do ciclo de vida, incluindo as necessidades dos adolescentes, abordem as iniquidades e desigualdades devidas à pobreza, ao gênero e a outros fatores, e assegurem igualdade de acesso a informações e serviços; (c) Engajar todos os setores relevantes, incluindo organizações não governamentais, especialmente organizações de mulheres e de jovens e associações profissionais, por meio de processos participativos contínuos, na concepção, implementação, garantia de qualidade, monitoramento e avaliação de políticas e de programas, a fim de assegurar que as informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva satisfaçam as necessidades dos indivíduos e respeitem seus direitos humanos, inclusive seu direito a ter acesso a serviços de qualidade; Desenvolver programas e serviços de saúde abrangentes e acessíveis, inclusive de saúde sexual e reprodutiva, para comunidades indígenas, com sua ampla participação, que respondam às necessidades e reflitam os direitos de povos indígenas; [...]” (A/S-21/5/Add.1, para. 52(a)-(d))

Plataforma de Ação (PA) da Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres (QCMM)¹⁵

“Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle sobre e a decidir de modo livre e responsável sobre assuntos relacionados à sua sexualidade, inclusive saúde sexual e reprodutiva, sem qualquer coação, discriminação e violência. Relacionamentos iguais entre mulheres e homens em assuntos de relações sexuais e reprodução, inclusive o respeito total pela integridade do indivíduo, requerem respeito mútuo, consentimento e responsabilidade compartilhada pelo comportamento sexual e suas consequências.” (PA QCMM, para. 96)

“Ações a serem tomadas pelos Governos, órgãos internacionais, inclusive as organizações relevantes das Nações Unidas, doadores bilaterais e multilaterais e organizações não governamentais [...] (k) Dão total atenção à promoção de relações de gênero equitativas e mutuamente respeitadas e, em especial, à satisfação das necessidades educacionais e serviços dos adolescentes, a fim de capacitá-los a lidar com sua sexualidade de maneira positiva e responsável;” (PA QCMM, para. 108(k) e A/S-21/5/Add.1, para. 71(j))

“Ações a serem tomadas pelos Governos, em cooperação com organizações não governamentais, os

meios de comunicação de massa, o setor privado e organizações internacionais relevantes, inclusive órgãos das Nações Unidas, conforme apropriado [...] (g) Reconhecem as necessidades específicas de adolescentes e implementam programas específicos apropriados, tais como educação e informação em temas de saúde sexual e reprodutiva e em doenças sexualmente transmitidas, inclusive o VIH e a SIDA, levando em consideração os direitos da criança e as responsabilidades, direitos e deveres dos pais, conforme declarado no parágrafo 107 (e) acima; (PA QCMM, para. 107(g))

Nações Unidas. A/RES/S-26/2, 2 de agosto de 2001. Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre o VIH e a SIDA, Declaração de compromisso sobre o VIH e a SIDA¹⁶

“Nós, Chefes de Estado e de Governo e Representantes de Chefes de Estado e de Governo, declaramos solenemente nosso compromisso de abordar a crise do VIH e da SIDA agindo da seguinte forma [...] Até 2003, criar e/ou fortalecer estratégias, políticas e programas, que reconheçam a importância da família na redução da vulnerabilidade, inter alia, ao educar e orientar crianças e levar em consideração fatores culturais, religiosos e éticos, reduzir a vulnerabilidade de crianças e jovens, por meio de: assegurar o acesso tanto de meninas e de meninos ao ensino fundamental e médio, inclusive de VIH e a SIDA em currículos para adolescentes; assegurar ambientes seguros e protegidos, especialmente para meninas; expandir informações de boa qualidade sensível a jovens, e educação em saúde sexual e serviços de aconselhamento; fortalecer programas de saúde reprodutiva e sexual; e envolver famílias e jovens no planejamento, implementação e avaliação de programas de prevenção e assistência ao VIH e a SIDA, na medida do possível;” (para. 63)

Referências mais gerais também podem incluir:

- “O Marco de Ação¹⁷ para Educação Para Todos (EPT), de Dacar, em 2000 (UNESCO, 2000) enfatiza em um de seus seis objetivos que devem existir programas acolhedores para jovens, com vistas a fornecer as informações, habilidades, aconselhamento e serviços necessários para proteger os jovens dos riscos e ameaças que limitam

15 ONU. 1995. United Nations Fourth World Conference on Women. Platform for Action. Nova York: ONU.

16 ONU. 2001. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. A/RES/S-26/2. Nova York: ONU.

17 UNESCO. 2000. Dakar Framework for Action: Education for All. Meeting Our Collective Commitments. Paris, UNESCO.

suas oportunidades de aprendizado e desafiam sistemas educacionais, como a gravidez na idade escolar e o VIH e a SIDA”.

- EDUSIDA¹⁸, a iniciativa do UNAIDS para uma resposta abrangente do setor educação ao VIH e a SIDA, liderada pela UNESCO, recomenda que currículos de VIH e a SIDA em escolas “comecem precocemente, antes do início da atividade sexual”, “desenvolvam conhecimentos e habilidades para adotar comportamentos protetores e reduzir a vulnerabilidade”, e “abordem as questões de estigma e discriminação, desigualdade de gênero e outros motores estruturais da epidemia” (UNESCO, 2008a).
- A Organização Mundial da Saúde¹⁹ (OMS, 2004) conclui que é crucial que a educação em sexualidade seja iniciada precocemente, particularmente em países em desenvolvimento, porque alunas das primeiras séries do ensino médio enfrentam o maior risco das consequências da atividade sexual, e começar a educação em sexualidade no ensino fundamental também alcança estudantes que não podem frequentar o ensino médio. Diretrizes do Escritório Regional da OMS para a Europa (OMS, 2001) insta os Estados Membros a garantir que a educação em sexualidade e reprodução esteja incluída nos currículos de todas as escolas secundárias e seja abrangente²⁰.
- O Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH e a SIDA²¹ (ONUSIDA, 1997) concluiu que as abordagens mais efetivas de educação em sexualidade começam com a educação de jovens antes do início da atividade sexual²². O ONUSIDA recomenda (ONUSIDA, 2005) que programas de prevenção de VIH: sejam abrangentes, de alta qualidade e subsidiados por evidências; promovam a igualdade de gênero e abordem normas e relações de gênero; e incluam informações acuradas e explícitas sobre sexo seguro, incluindo o uso correto e consistente do preservativo masculino e feminino.

18 UNESCO. 2008. EDUSIDA Marco de ação. Paris: UNESCO.

19 OMS. 2004. Adolescent Pregnancy Report. Genebra: OMS.

20 OMS. 2001. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhagen: OMS, Escritório Regional para Europa.

21 ONUSIDA. 2005. Intensifying HIV Prevention, supra note 26, at 33. Genebra: ONUSIDA.

22 ONUSIDA. 1997. Impact of HIV and Sexual Health on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update 27. Genebra: ONUSIDA.

Apêndice II

CrITÉRIOS para a seleção de estudos de avaliação

Para serem incluídos nesta revisão de programas de educação sexual, relacionamentos e VIH/DSTs, cada estudo tinha que satisfazer os seguintes critérios:

1. O programa avaliado devia:
 - (a) ser um programa de educação em DSTs, VIH, sexo, ou relacionamentos que fosse baseado em currículo e em grupo (em contraste com uma intervenção envolvendo apenas discussões espontâneas, somente interações diretas um-a-um, ou apenas atividades amplas de conscientização na escola, comunidade, ou na mídia), e os currículos tinham que encorajar mais do que a abstinência como método de proteção contra gestação e DSTs.
 - (b) focar primariamente comportamento sexual (em contraste com abranger uma série de comportamentos de risco, como uso de drogas, uso de álcool, e violência, além do comportamento sexual).
 - (c) focar adolescentes de até 24 anos fora dos EUA ou de até 18 anos nos EUA
 - (d) estar implementado em qualquer lugar do mundo.
2. Os métodos de pesquisa deviam:
 - (a) incluir um desenho de pesquisa experimental ou semiexperimental razoavelmente forte, com grupos de intervenção e comparação bem pareados e coleta de dados tanto pré-teste quanto pós-teste.
 - (b) ter um tamanho de amostra de pelo menos 100.
 - (c) medir o impacto do programa sobre um ou mais dos seguintes comportamentos sexuais: início da atividade sexual, frequência de sexo, número de parceiros sexuais, uso de preservativos, uso de contracepção de um modo mais geral, medidas compostas de risco sexual (como frequência de sexo sem proteção), taxas de DST, taxas de gravidez, e taxas de natalidade.
 - (d) medir o impacto sobre aqueles comportamentos que podem mudar rapidamente (como frequência de sexo, número de parceiros sexuais, uso de preservativos, uso de contracepção, ou condutas de risco sexual) por pelo menos três meses ou medir o impacto sobre aqueles comportamentos ou resultados que mudam menos rapidamente (como início da atividade sexual, taxas de gestação, ou taxas de DST) por pelo menos seis meses.
3. O estudo tinha de estar terminado ou publicado em 1990 ou posteriormente. Num esforço de ser o mais inclusivo possível, os critérios não exigiam que os estudos tivessem sido publicados em revistas revisadas por pares.

Métodos de revisão

A fim de identificar e recuperar o maior número possível de estudos em todo o mundo, executamos várias tarefas, muitas delas continuamente, por dois a três anos. Especificamente:

1. Examinamos múltiplos bancos computadorizados de dados que satisfaziam os critérios (isto é, PubMed, PsychInfo, Popline, Sociological Abstracts, Psychological Abstracts, Bireme, Dissertation Abstracts, ERIC, CHID, e Biologic Abstracts).
2. Examinamos os resultados de buscas anteriores feitas por Education, Training and Research Associates e identificamos os estudos que satisfaziam os critérios acima especificados.
3. Revisamos os estudos já sumarizados em revisões anteriores feitas por terceiros.
4. Contatamos 32 pesquisadores que tinham feito trabalhos nessa área, pedindo que revisassem todos os estudos anteriormente encontrados e sugerissem e fornecessem quaisquer novos estudos.
5. Fomos a reuniões profissionais, fizemos cópias de resumos, conversamos com autores, e obtivemos estudos, sempre que possível.
6. Fizemos cópias (scans) de cada número de 12 publicações que pudessem publicar estudos relevantes.

Essa combinação abrangente de métodos identificou 109 estudos que satisfaziam os critérios acima. Esses estudos avaliaram 85 programas (alguns programas tinham sido alvo de múltiplos artigos). Todos foram obtidos, codificados e resumidos na Tabela 2 e no texto acima.

Apêndice III

Nome e detalhes importantes das pessoas contatadas como informantes

Nome, título e instituição	País/Região	Área(s) de Experiência Prática
Alan Flisher Universidade da Cidade do Cabo	África Austral	Pesquisa
Alice Welbourn Global Coalition for Women on AIDS, Grupo Assessor Global da UNESCO	África Subsaariana	Advocacy e apoio técnico
Ana Luisa Liguori Fundação Ford	América Latina	Financiamento e apoio técnico
Anne Biddlecom The Alan Guttmacher Institute	África Subsaariana	Pesquisa
Antonia Biggs, Claire Brindis Universidade da Califórnia, San Francisco	EUA e América Latina	Pesquisa
Arvin Bhana Conselho de Pesquisas em Ciências Humanas Grupo Assessor Global da UNESCO	África Austral	Pesquisa
Bill Finger, Karah Fazekas Family Health International	Global	Apoio técnico
Jane Ferguson OMS	Global	Coordenação, pesquisa & apoio técnico
Cynthia Lloyd Population Council, EUA	África Subsaariana	Pesquisa operacional
Daniel Wight Conselho de Pesquisas Médicas, Reino Unido	Reino Unido, Caribe, e África Subsaariana	Pesquisa
David Plummer Universidade das Índias Ocidentais Cátedra UNESCO de Educação	África Austral e Caribe	Pesquisa
Doug Webb UNICEF	África Subsaariana	Coordenação e apoio técnico
Eleanor Matika-Tyndale Universidade de Windsor	Canadá e África Oriental	Pesquisa
Frances Cowan University College, Londres	África Austral	Pesquisa
George Patton The Royal Children's Hospital Melbourne, Centro de Saúde do Adolescente	Austrália	Pesquisa
Harriet Birungi Population Council, Quênia	África Oriental	Pesquisa operacional

Nome, título e instituição	País/Região	Área(s) de Experiência Prática
Herman Schaalma Universidade de Maastricht	Países Baixos	Pesquisa
Isolde Birdthistle, James Hargreaves, David Ross Escola de Higiene & Medicina Tropical de Londres	África Subsaariana	Pesquisa
Joanne Leerlooijer, Jo Reinders World Population Fund (WPF)	Índia, Indonésia, Quênia, Países Baixos, Tailândia, Uganda, Vietnã	Implementação e apoio técnico
John Jemmott Universidade da Pennsylvania	EUA e África do Sul	Pesquisa
Juan Diaz Population Council, Brasil	Brasil e América Latina	Pesquisa operacional
Lisa Mueller Programa de Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH)	Botsuana, China, Gana e Tanzânia	Implementação e apoio técnico
Lynne Sergeant Centro de troca de informações sobre o VIH e a SIDA da UNESCO	Global	Apoio técnico
Mary Crewe Universidade de Pretória	África Subsaariana	Pesquisa
Nanette Ecker SIECUS	Global	Apoio técnico
Peter Aggleton, Vicki Strange Instituto de Educação, Londres Grupo Assessor Global da UNESCO	Reino Unido e Global	Pesquisa
Rachel Jewkes Conselho de Pesquisas Médicas, África do Sul	África Austral	Pesquisa
Susan Philliber Universidade de Colúmbia	América do Norte	Pesquisa

Apêndice IV

Lista de participantes

da consultoria técnica global da UNESCO sobre sexo, relacionamentos e educação em VIH/DSTs, 18-19 de fevereiro de 2009, San Francisco, EUA

Prateek Awasthi

UNFPA
Sexual and Reproductive Health Branch
Divisão Técnica
220 East 42nd Street
Nova York, NY 10017, EUA
<http://www.unfpa.org/adolescents/>

Arvin Bhana

Desenvolvimento Infantil, Juvenil, Familiar & Social
Conselho de Pesquisas em Ciências Humanas (HSRC)
Private Bag X07
Dalbridge, 4014, África do Sul
<http://www.hsrb.ac.za/CYFSD.phtml>

Chris Castle

UNESCO
Seção de VIH e SIDA
Divisão para a coordenação sobre prioridades da ONU em educação
7, place de Fontenoy 75352 Paris, França
<http://www.unesco.org/aids>

Dhianaraj Chetty

Action Aid International
Post Net suite # 248
Private bag X31 Saxonwold 2132
Johannesburg, África do Sul
<http://www.actionaid.org/main.aspx?PagelD=167>

Esther Corona

Associação Mexicana de Educação Sexual/
Associação Mundial de Saúde Sexual (WAS)
Av de las Torres 27 B 301
Col Valle Escondido, Delegación Tlalpan México
14600 D.F., México

esthercoronav@hotmail.com
<http://www.worldsexology.org/>

Mary Guinn Delaney

UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago, Chile
<http://www.unesco.org/santiago>

Nanette Ecker

nanetteecker@verizon.net
<http://www.siecus.org/>

Nike Esiet

Action Health, Inc. (AHI)
17 Lawal Street
Jibowu, Lagos, Nigéria
<http://www.actionhealthinc.org/>

Peter Gordon

Basement Flat
27a Gloucester Avenue
Londres NW1 7AU, Reino Unido

Christopher Graham

Unidade de Educação, Orientação e Aconselhamento
em VIH e SIDA, Ministério de Educação
37 Arnold Road
Kingston 5, Jamaica

Nicole Haberland

Population Council USA
One Dag Hammarskjold Plaza
Nova York, NY 10017, EUA
<http://www.popcouncil.org/>

Sam Kalibala

Population Council Kenya
Ralph Bunche Road
General Accident House, 2nd Floor
P.O. Box 17643-00500, Nairobi, Quênia
<http://www.popcouncil.org/africa/kenya.html>

Douglas Kirby

ETR Associates
4 Carbonero Way,
Scotts Valley, CA 95066, EUA
<http://www.etrassociates.org/>

Wenli Liu

Centro de Pesquisas de Educação em Ciência
Universidade Normal de Beijing
#19, Xijiekouwaidajie
Beijing, 100875, China

Elliot Marseille

Health Strategies International
1743 Carmel Drive #26
Walnut Creek, CA 94596, EUA

Helen Omondi Mondoh

Universidade de Egerton
P.O BOX 536
Egerton-20115, Quênia

Prabha Nagaraja

Talking About Reproductive and Sexual Health Issues
(TARSHI)
11, Mathura Road, 1st Floor, Jangpura B
New Delhi 110014, Índia
<http://www.tarshi.net/>

Hans Olsson

Associação Sueca de Educação em Sexualidade
Box 4331, 102 67
Estocolmo, Suécia
<http://www.rfsu.se/>

Grace Osakue

Girls' Power Initiative (GPI) do Estado de Edo
67 New Road, Off Amadasun Street,
Upper Ekenwan Road, Ugbiyoko,
P.O.Box 7400, Benin City, Nigéria
<http://www.gpinigeria.org/>

Jo Reinders

World Population Foundation
Vinkenburgstraat 2A
3512 AB Utrecht, Países Baixos
<http://www.wpf.org/>

Sara Seims

Programa de população
Fundação William e Flora Hewlett
2121 Sand Hill Road
Menlo Park, CA 94025, EUA
<http://www.hewlett.org/Programs/Population/>

Ekua Yankah

UNESCO
Seção de VIH e SIDA
Divisão para a coordenação das prioridades da ONU
na área de educação
7, place de Fontenoy 75352 Paris, França
<http://www.unesco.org/aids>

Apêndice V

Referências dos estudos que fizeram parte da revisão das evidências

Referências de estudos medindo o impacto de programas sobre o comportamento sexual em países em desenvolvimento

1. Agha, S., & Van Rossem, R. 2004. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behaviour of Zambian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 34(5), 441-452.
2. Antunes, M., Stall, R., Paiva, V., Peres, C., Paul, J., Hudes, M., et al. 1997. Evaluating an AIDS sexual risk reduction programme for young adults in public night schools in São Paulo, Brazil. *AIDS*, 11(Supplement 1), S121-S127.
3. Baker, S., Rumakom, P., Sartsara, S., Guest, P., McCauley, A., & Rewthong, U. 2003. *Evaluation of an HIV/AIDS programme for college students in Thailand*. Washington, D.C.: Population Council.
4. Cabezon, C., Vigil, P., Rojas, I., Leiva, M., Riquelme, R., & Aranda, W. 2005. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 64-69.
5. Cowan, F. M., Pascoe, S. J. S., Langhaug, L. F., Dirawo, J., Chidiya, S., Jaffar, S., et al. 2008. The Regai Dzive Shiri Project: a cluster randomised controlled trial to determine the effectiveness of a multi-component community-based HIV prevention intervention for rural youth in Zimbabwe – study design and baseline results. *Tropical Medicine and International Health*, 13(10), 1235-1244.
6. Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M., & Sinei, S. 2006. *Education and HIV/AIDS prevention: Evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Boston: Department of Economics and Poverty Action Lab.
7. Dupas, P. 2006. *Relative risks and the market for sex: Teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. Hanover: Dartmouth College.
8. Eggleston, E., Jackson, J., Rountree, W., & Pan, Z. 2000. Evaluation of a sexuality education programme for young adolescents in Jamaica. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 7(2), 102-112.
9. Erulkar, A., Ettyang, L., Onoka, C., Nyagah, F., & Muyonga, A. 2004. Behaviour change evaluation of a culturally consistent reproductive health programme for young Kenyans. *International Family Planning Perspectives*, 30(2), 58-67.
10. Fawole, I., Asuzu, M., Oduntan, S., & Brieger, W. 1999. A school-based AIDS education programme for secondary school students in Nigeria: A review of effectiveness. *Health Education Research*, 14(5), 675-683.
11. Fitzgerald, A., Stanton, B., Terreri, N., Shipena, H., Li, X., Kahihuata, J., et al. 1999. Use of western-based HIV risk-reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *Journal of Adolescent Health*, 23(1), 52-61.
12. James, S., Reddy, P., Ruiter, R., McCauley, A., & van den Borne, B. 2006. The impact of an HIV and AIDS life skills programme on secondary school students in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 281-294.

13. Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Puren, A., *et al.* 2008. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 337, A506.
14. Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Wood, K., *et al.* 2007. *Evaluation of Stepping Stones: A gender transformative HIV prevention intervention*. Witwatersrand: South African Medical Research Council.
15. Karnell, A. P., Cupp, P. K., Zimmerman, R. S., Feist-Price, S., & Bennie, T. 2006. Efficacy of an American alcohol and HIV prevention curriculum adapted for use in South Africa: Results of a pilot study in five township schools. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 295-310.
16. Kinsler, J., Sneed, C., Morisky, D., & Ang, A. 2004. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Education Research*, 19(6), 730-738.
17. Klepp, K., Ndeki, S., Leshabari, M., Hanna, P., & Lyimo, B. 1997. AIDS education in Tanzania: Promoting risk reduction among primary school children. *Journal of Public Health*, 87(12), 1931-1936.
18. Klepp, K., Ndeki, S., Seha, A., Hannan, P., Lyimo, B., Msuya, M., *et al.* 1994. AIDS education for primary school children in Tanzania: An evaluation study. *AIDS*, 8(8), 1157-1162.
19. Martinez-Donate, A., Melbourne, F., Zellner, J., Sipan, C., Blumberg, E., & Carrizosa, C. 2004. Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 267-278.
20. Maticka-Tyndale, E., Brouillard-Coyle, C., Gallant, M., Holland, D., & Metcalfe, K. 2004. *Primary School Action for Better Health: 12-18 Month Evaluation - Final Report on PSABH Evaluation in Nyanza and Rift Valley*. Windsor, Canada: University of Windsor.
21. Maticka-Tyndale, E., Wildish, J., & Gichuru, M. 2007. Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Programme Planning*, 30, 172-186.
22. McCauley, A., Pick, S., & Givaudan, M. 2004. *Programmemeing for HIV prevention in Mexican schools*. Washington, D.C.: Population Council.
23. Mema Kwa Vijana. 2008. *Rethinking how to prevent HIV in young people: Evidence from two large randomised controlled trials in Tanzania and Zimbabwe*. London: Mema Kwa Vijana Consortium.
24. Mema Kwa Vijana. 2008. *Long-term evaluation of the MEMA kwa Vijuana adolescent sexual health programme in rural Mwanza, Tanzania: a randomised controlled trial*. London: Mema Kwa Vijana Consortium.
25. Mukoma, W. K. 2006. *Process and outcome evaluation of a school-based HIV/AIDS prevention intervention in Cape Town high schools*. University of Cape Town, Cape Town, South Africa.
26. Murray, N., Toledo, V., Luengo, X., Molina, R., & Zabin, L. 2000. *An evaluation of an integrated adolescent development programme for urban teenagers in Santiago, Chile*. Washington, D.C.: Futures Group.
27. Pulerwitz, J., Barker, G., & Segundo, M. 2004. *Promoting healthy relationships and HIV/STI prevention for young men: Positive findings from an intervention study in Brazil*. Washington DC: Population Council.
28. Reddy, P., James, S., & McCauley, A. 2003. *Programming for HIV Prevention in South African Schools: A report on Programme Implementation*. Washington, D.C.: Population Council.
29. Regai Dzive Shiri Research Team. 2008. *Cluster randomised trial of a multi-component HIV prevention intervention for young people in rural Zimbabwe: Technical briefing note*. Harare, Regai Dzive Shiri Research Team.
30. Ross, D. 2003. *MEMA Kwa Vijana: Randomized controlled trial of an adolescent sexual health programme in rural Mwanza, Tanzania*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
31. Ross, D., Dick, B., & Ferguson, J. 2006. *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. Geneva: WHO.

32. Ross, D. A., Chagalucha, J., Obasi, A. I. N., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B., *et al.* 2007. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomised trial. *AIDS*, 21(14):1943-55.
33. Seidman, M., Vigil, P., Klaus, H., Weed, S., and Cachan, J. 1995. *Fertility awareness education in the schools: A pilot programme in Santiago Chile*. Paper presented at the American Public Health Association Annual Meeting.
34. Shamagonam, J., Reddy, P., Ruiter, R.A.C., McCauley, A., & Borne, B. v. d. 2006. The impact of an HIV and AIDS life skills programme on secondary school students in Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 281-294.
35. Smith, E. A., Palen, L.-A., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Graham, J. W., Mathews, C., *et al.* 2008. Substance use and sexual risk prevention in Cape Town, South Africa: An evaluation of the HealthWise programme. *Prevention Science*, 9(4), 311-321.
36. Stanton, B., Li, X., Kahihuata, J., Fitzgerald, A., Nuembo, S., Kanduuombe, G., *et al.* 1998. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: A randomized, longitudinal study. *AIDS*, 12, 2473-2480.
37. Thato, R., Jenkins, R., & Dusitsin, N. 2008. Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *J Advanced Nursing*, 62(4), 457-469.
38. Walker, D., Gutierrez, J. P., Torres, P., & Bertozzi, S. M. 2006. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *British Medical Journal*, 332(7551), 1189-1194.
39. Wang, B., Hertog, S., Meier, A., Lou, C., & Gao, E. 2005. The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai. *International Family Planning Perspectives*, 31(2), 63-72.
40. Wilson, D., Mparadzi, A., & Lavelle, S. 1992. An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *The Journal of Social Psychology*, 132(3), 415-417.

Referências de estudos medindo o impacto de programas sobre o comportamento sexual nos EUA

1. Aarons, S. J., Jenkins, R. R., Raine, T. R., El-Khorazaty, M. N., Woodward, K. M., Williams, R. L., *et al.* 2000. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students: A randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27(4), 236-247.
2. Blake, S. M., Ledsy, R., Lohrmann, D., Bechhofer, L., Nichols, P., Windsor, R., *et al.* 2000. *Overall and differential impact of an HIV/STD prevention curriculum for adolescents*. Washington, DC: Academy for Educational Development.
3. Borawski, E. A., Trapl, E. S., Goodwin, M., Adams-Tufts, K., Hayman, L., Cole, M. L., *et al.* 2009. *Taking Be Proud! Be Responsible! to the suburbs: A replication study*. Cleveland: Case Western Reserve University School of Medicine.
4. Borawski, E. A., Trapl, E. S., Lovegreen, L. D., Colabianchi, N., & Block, T. 2005. Effectiveness of abstinence-only intervention in middle school teens. *American Journal of Behaviour*, 29(5), 423-434.
5. Boyer, C., Shafer, M., Shaffer, R., Brodine, S., Pollack, L., Betsinger, K., *et al.* 2005. Evaluation of a cognitive-behavioural, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women. *Preventive Medicine*, 40(420-431).
6. Boyer, C., Shafer, M., & Tschann, J. 1997. Evaluation of a knowledge- and cognitive- behavioural skills-building intervention to prevent STDs and HIV infection in high school students. *Adolescence*, 32(125), 25-42.
7. Clark, M. A., Trenholm, C., Devaney, B., Wheeler, J., & Quay, L. 2007. *Impacts of the Heritage Keepers® Life Skills Education component*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.
8. Coyle, K., Kirby, D., Marin, B., Gomez, C., & Gregorich, S. 2004. Draw the Line/Respect the Line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviours. *American Journal of Public Health*, 94(5), 843-851.

9. Coyle, K. K., Basen-Enquist, K. M., Kirby, D. B., Parcel, G. S., Banspach, S. W., Collins, J. L., *et al.* 2001. Safer Choices: Reducing Teen Pregnancy, HIV and STDs. *Public Health Reports*, 1(16), 82-93.
10. Coyle, K. K., Kirby, D. B., Robin, L. E., Banspach, S. W., Baumler, E., & Glassman, J. R. 2006. All4You! A randomized trial of an HIV, other STDs and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 187-203.
11. Denny, G., & Young, M. 2006. An evaluation of an abstinence-only sex education curriculum: An 18-month follow-up. *Journal of School Health*, 76(8), 414-422.
12. DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., Hook, E. W., III, *et al.* 2004. Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292(2), 171-179.
13. Eisen, M., Zellman, G. L., & McAlister, A. L. 1990. Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education programme. *Family Planning Perspectives*, 22(6), 261-271.
14. Ekstrand, M. L., Siegel, D. S., Nido, V., Faigles, B., Cummings, G. A., Battle, R., *et al.* 1996. Peer-led AIDS prevention delays onset of sexual activity and changes peer norms among urban junior high school students. *XI International Conference on AIDS*. Vancouver, Canada.
15. Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A., & Misovich, S. 2002. Information-motivation-behavioural skills model-based HIV risk behaviour change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21(2), 177-186.
16. Gillmore, M. R., Morrison, D. M., Richey, C. A., Balassone, M. L., Gutierrez, L., & Farris, M. 1997. Effects of a skill-based intervention to encourage condom use among high-risk heterosexually active adolescents. *AIDS Prevention and Education*, 9(Suppl A), 22-43.
17. Gottsegen, E., & Philliber, W. W. 2001. Impact of a sexual responsibility programme on young males. *Adolescence*, 36(143), 427-433.
18. Howard, M., & McCabe, J. 1990. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*, 22(1), 21-26.
19. Hubbard, B. M., Giese, M. L., & Rainey, J. 1998. A replication of Reducing the Risk, a theory-based sexuality curriculum for adolescents. *Journal of School Health*, 68(6), 243-247.
20. Jemmott, J., III. 2005. Effectiveness of an HIV/STD risk-reduction intervention implemented by nongovernmental organizations: A randomized controlled trial among adolescents. *American Psychological Association Annual Conference*. Washington, DC.
21. Jemmott, J., III, Jemmott, L., & Fong, G. 1992. Reductions in HIV risk-associated sexual behaviours among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82(3), 372-377.
22. Jemmott, J., III, Jemmott, L., & Fong, G. 1998. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African-American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 279(19), 1529-1536.
23. Jemmott, J., III, Jemmott, L., Fong, G., & McCaffree, K. 1999. Reducing HIV risk-associated sexual behaviours among African American adolescents: Testing the generality of intervention effects. *American Journal of Community Psychology*, 27(2), 161-187.
24. Jemmott, J. B., III. 2006. Efficacy of an abstinence-only intervention over 24-months: A randomized controlled trial with young adolescents, *XVI International AIDS Conference*. Toronto, Canada.
25. Kirby, D., Barth, R., Leland, N., & Fetro, J. 1991. Reducing the Risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 23(6), 253-263.
26. Kirby, D., Baumler, E., Coyle, K., Basen-Enquist, K., Parcel, G., Harist, R., *et al.* 2004. The «Safer Choices» intervention: Its impact on the sexual behaviours of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 442-452.
27. Kirby, D., Korpi, M., Adivi, C., & Weissman, J. 1997. An impact evaluation of Project SNAPP: An AIDS and pregnancy prevention middle school

- programme. *AIDS Education and Prevention*, 9(Suppl A), 44-61.
28. Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., & Cagampang, H. H. 1997. The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*, 29(3), 100-108.
 29. Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Nyamathi, A., Uman, G., Stein, J., & Cumberland, W. 2003. Project CHARM: An HIV prevention programme for adolescent mothers. *Family & Community Health*, 26(2), 94-107.
 30. LaChausse, R. 2006. Evaluation of the Positive Prevention HIV/STD Curriculum for Students Grades 9-12. *American Journal of Health Education*, 37(4), 203-209.
 31. Levy, S. R., Perhats, C., Weeks, K., Handler, A., Zhu, C., & Flay, B. R. 1995. Impact of a school-based AIDS prevention programme on risk and protective behaviour for newly sexually active students. *Journal of School Health*, 65(4), 145-151.
 32. Lieberman, L. D., Gray, H., Wier, M., Fiorentino, R., & Maloney, P. 2000. Long-term outcomes of an abstinence-based, small-group pregnancy prevention programme in New York City schools. *Family Planning Perspectives*, 32(5), 237-245.
 33. Little, C. B., & Rankin, A. (Unpublished). An evaluation of the Postponing Sexual Involvement curriculum among upstate New York eighth graders. Cortland: State University of New York.
 34. Magura, S., Kang, S., & Shapiro, J. L. 1994. Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. *Journal of Adolescent Health*, 15(6), 457-463.
 35. Main, D. S., Iverson, D. C., McGloin, J., Banspach, S. W., Collins, J., Rugg, D., *et al.* 1994. Preventing HIV infection among adolescents: Evaluation of a school-based education programme. *Preventive Medicine*, 23(4), 409-417.
 36. Middlestadt, S. E., Kaiser, J., Santelli, J. S., Hirsch, L., Simkin, L., Radosh, A., *et al.* (Unpublished). Impact of an HIV/STD prevention intervention on urban middle school students. Washington, DC: Academy of Educational Development.
 37. Morrison, D. M., Hoppe, M. J., Wells, E. A., Beadnell, B. A., Wilsdon, A., Higa, D., *et al.* 2007. Replicating a teen HIV/STD preventive intervention in a multi-cultural city. *AIDS Education and Prevention*, 19(3), 258-273.
 38. Nicholson, H. J., & Postrado, L. T. 1991. *Truth, trust and technology: New research on preventing adolescent pregnancy*. New York: Girls Incorporated.
 39. Rotheram-Borus, M., Gwadz, M., Fernandez, M., & Srinivasan, S. 1998. Timing of HIV interventions on reductions in sexual risk among adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26(1), 73-96.
 40. Rotheram-Borus, M., Song, J., Gwadz, M., Lee, M., Van Rossem, R., & Koopman, C. 2003. Reductions in HIV risk among runaway youth. *Prevention Science*, 4(3), 173-187.
 41. Rue, L. A., & Weed, S. E. 2005. Primary prevention of adolescent sexual risk taking: A school-based model, *Abstinence Education Evaluation Conference: Strengthening Programmes through Scientific Evaluation*. Baltimore, MD: Springer Publishing Company.
 42. Siegel, D., Aten, M., & Enaharo, M. 2001. Long-term effects of a middle school- and high school-based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(10), 1117-1126.
 43. Siegel, D., DiClemente, R., Durbin, M., Krasnovsky, F., & Saliba, P. 1995. Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-prevention behaviours: Effects of a school-based intervention. *AIDS Education and Prevention*, 7(6), 534-543.
 44. Slonim-Nevo, V., Auslander, W. F., Ozawa, M. N., & Jung, K. G. 1996. The long-term impact of AIDS-preventive interventions for delinquent and abused adolescents. *Adolescence*, 31(122), 409-421.
 45. Smith, P., Weinman, M., & Parrilli, J. 1997. The role of condom motivation education in the reduction of new and reinfection rates of sexually transmitted diseases among inner-city female adolescents. *Patient Education and Counseling*, 31, 77-81.
 46. St. Lawrence, J., Crosby, R., Belcher, L., Yazdani, N., & Brasfield, T. 1999. Sexual risk reduction and

anger management interventions for incarcerated male adolescents: A randomized controlled trial of two interventions. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 9-17.

47. St. Lawrence, J., Crosby, R., Brasfield, T., & O'Bannon, R., III. 2002. Reducing STD and HIV risk behaviour of substance-dependent adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1010-1021.
48. St. Lawrence, J. S., Jefferson, K. W., Alleyne, E., Brasfield, T. L., O'Bannon, R. E., III, & Shirley, A. 1995. Cognitive-behavioural intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 221-237.
49. Stanton, B., Guo, J., Cottrell, L., Galbraith, J., Li, X., Gibson, C., *et al.* 2005. The complex business of adapting effective interventions to new populations, An urban to rural transfer. *Journal of Adolescent Health*, 37(163.e), 17-26.
50. Stanton, B., Li, X., Ricardo, I., Galbraith, J., Feigelman, S., & Kaljee, L. 1996a. A randomized, controlled effectiveness trial of an AIDS prevention programme for low-income African-American youths. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150, 363-372.
51. Trenholm, C., Devaney, B., Fortson, K., Quay, L., Wheeler, J., & Clark, M. 2007. *Impacts of four Title V, Section 510 abstinence education programmes*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
52. Villarruel, A., Jemmott, J., III, & Jemmott, L. 2006. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777.
53. Walter, H. J., & Vaughan, R. D. 1993. AIDS risk reduction among a multi-ethnic sample of urban high school students. *Journal of the American Medical Association*, 270(6), 725-730.
54. Wang, L. Y., Davis, M., Robin, L., Collins, J., Coyle, K., & Baumler, E. 2000. Economic evaluation of Safer Choices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(10), 1017-1024.
55. Weed, S. E., Ericksen, I. H., & Birch, P. J. 2005. *An evaluation of the Heritage Keepers abstinence*

education programme. Salt Lake City, UT: Institute for Research and Evaluation.

56. Weed, S. E., Olsen, J. A., DeGaston, J., & Prigmore, J. 1992. *Predicting and changing teen sexual activity rates: A comparison of three Title XX programmes*. Washington, DC: Office of Adolescent Pregnancy Programmes.
57. Zimmerman, R., Cupp, P., Hansen, G., Donohew, R., Roberto, A., Abner, E., *et al.* (forthcoming). The effects of a school-based HIV and pregnancy prevention programme in rural Kentucky. *Journal of School Health*.
58. Zimmerman, R., Donohew, L., Sionéan, C., Cupp, P., Feist-Price, S., & Helme, D. 2008. Effects of a school-based, theory driven HIV and pregnancy prevention curriculum. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(1): 42-51

Referências de estudos medindo o impacto de programas sobre o comportamento sexual em outros países desenvolvidos além dos EUA

1. Caron, F., Godin, G., Otis, J., & Lambert, L. 2004. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education programme on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, 19(2), 185-197.
2. Diez, E., Juárez, O., Nebot, M., Cerda, N., & Villalbi, J. 2000. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. *Promotion & Education*, 7(3), 17-22.
3. Goldberg, E., Millson, P., Rivers, S., Manning, S. J., Leslie, K., Read, S., *et al.* 2009. A human immunodeficiency virus risk reduction intervention for incarcerated youth: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 44, 136-145.
4. Henderson, M., Wight, D., Raab, G., Abraham, C., Parkes, A., Scott, S., *et al.* 2007. Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: Final results of cluster ran-

domized trial. *British Medical Journal*, 334(7585), 133.

5. Kvaem, I., Sundet, J., Rivø, K., Eilersten, D., & Bakketeig, L. 1996. The effect of sex education on adolescents' use of condoms: Applying the Solomon four-group design. *Health Education Quarterly*, 23(1), 34-47.
6. Mellanby, A., Phelps, F., Crichton, N., & Tripp, J. 1995. School sex education: An experimental programme with educational and medical benefit. *British Medical Journal*, 311, 414-417.
7. Mitchell-DiCenso, A., Thomas, B. H., Devlin, M. C., Goldsmith, C. H., Willan, A., Singer, J., et al. 1997. Evaluation of an educational programme to prevent adolescent pregnancy. 24(3), 300-312.
8. Schaalma, H., Kok, G., Bosker, R., Parcel, G., Peters, L., Poelman, J., et al. 1996. Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary school students in the Netherlands: Short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23(4), 469-487.
9. Smith, E. A., Palen, L.-A., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Graham, J. W., Mathews, C., et al. 2008. Substance use and sexual risk prevention in Cape Town, South Africa: An evaluation of the HealthWise programme. *Prevention Science*, 9(4), 311-321.
10. Stephenson, J. M., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., et al. 2004. Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet* 364(9431), 338-346.
11. Tucker, J., Fitzmaurice, A. E., Imamura, M., Penfold, S., Penney, G. C., Teijlingen, E. v., et al. 2007. The effect of the national demonstration project *Healthy Respect* on teenage sexual health behaviour. *European Journal of Public Health*, 17(1), 33-41.
12. Wight, D., Raab, G., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., Hart, G., et al. 2002. The limits of teacher-delivered sex education: Interim behavioural outcomes from a randomised trial. *British Medical Journal*, 324, 1430-1433.

Referências gerais

Aaro, L. et al., Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory- and evidence-based intervention programme, *Scandinavian Journal of Public Health* Volume 34 Issue 2 (April 2006): 150-158.

African Youth Alliance. *Improving Health, Improving Lives: The End of Programme Report of the Africa Youth Alliance*, New York, NY: African Youth Alliance, 2007.

Ajuwon, A. J., *Benefits of Sexuality Education for Young People in Nigeria*, Lagos, Nigeria, Africa Regional Sexuality Resource Centre, 2005.

Akoulouze, R., Rugalema, G., Khanye, V. 2001. *Taking Stock of Promising Approaches in HIV/AIDS and Education in Sub-Saharan Africa: What Works, Why and How: A Synthesis of Country Case Studies*. Paris: Association for the Development of Education in Africa (ADEA).

Alford, S. 2008. *Science and Success, Second Edition: Sex Education and Other Programmes that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and Sexually Transmitted Infections*. Washington DC: Advocates for Youth.

Bakilana, A. et al. 2005. *Accelerating the Education Sector Response to HIV/AIDS in Africa: A Review of World Bank Assistance*, Washington, DC: The World Bank Global HIV/AIDS Programme.

Balaji, A. 2008. HIV Prevention Education and HIV-Related Policies in Secondary Schools—Selected Sites, United States, 2006, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 57 (30) (August 1): 822-825.

Biddlecom, A. E., Hessburg, L., Singh, S., Bankole, A., Darabi, L. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*, New York: Guttmacher Institute.

Biddlecom, A., Gregory, R., Lloyd, C. B., Mensch, B. S. 2008. Associations Between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries. *Studies in Family Planning*, Volume 39(4): 337-350.

Biddlecom, Ann E. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning From Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. New York, NY: Guttmacher Institute.

Birdthistle, I., Vince-Whitman, C. 1998. *Reproductive Health Programmes for Young Adults: School-Based Programmes*. FOCUS on Young Adults Research Series. Washington DC: Pathfinder International.

Birungi, H., Mugisha, J. F., Nyombi, J. K. 2007. Sexuality of Young people Perinatally Infected With HIV: A Neglected Element in HIV/AIDS programming in Uganda. *Exchange on HIV/AIDS, Sexuality and Gender*, No. 3.

Bogaarts, Y. 2006. *Comprehensive Sexuality Education and Life Skills Training*, Utrecht: World Population Foundation.

Boler, T. et al. 2003. *The Sound of Silence: Difficulties in Communicating on HIV/AIDS in Schools: Experiences from India and Kenya*, London: ActionAid.

Boler, T., Aggleton, P. 2004. *Life Skills-Based Education for HIV Prevention: A Critical Analysis*. London: UK Working Group on Education and HIV/AIDS.

Boler, T., Archer, D. 2008. *The Politics of Prevention: A Global Crisis in AIDS and Education*. London: Pluto Press.

Boler, T., Jellema, A. 2005. *Deadly Inertia: A Cross-country Study of Educational Responses to HIV/AIDS*. Brussels: Global Campaign for Education.

Braeken, D., Rademakers, J., Reinders, J. 2002. *Welcome to the Netherlands: A Journey Through the Dutch Approach to Young People and Sexual Health*. Utrecht, The Netherlands: Youth Incentives.

Brock, S., Columbia, R. 2007. *A Framework for Integrating Reproductive Health and Family Planning into Youth Development Programmes*, Baltimore, MD: International Youth Foundation.

Brock, S., Columbia, R. 2007. *Family Planning, HIV/AIDS and STIs, and Gender Matrix: A Tool for Youth Reproductive Health Programming*, Baltimore, MD: International Youth Foundation.

Caucus for Evidence-Based Prevention. 2008. *Caucus for Evidence-Based Prevention Newsletter*. Issue 11.

CEDPA. 2001. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington DC: CEDPA.

CEDPA. 2006. *Empowering Adolescents in India: The Better Life Options Programme*. Washington, DC: CEDPA.

CEDPA. 2008. *Building Healthy Futures for Nigeria's Youth: CEDPA's Better Life Options Programme*. Washington DC: CEDPA.

CEDPA. 2008. *Reaching Out to Young Girls in Southern Africa: Towards a Better Future*. Washington DC: CEDPA.

Center for Reproductive Rights. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: Center for Reproductive Rights.

Cohen, J., Tate, T. 2005. The Less They Know, the Better: Abstinence-Only HIV/AIDS Programmes in Uganda. *Human Rights Watch*, 17(4).

Constantine, N. A. 2008. Converging Evidence Leaves Policy Behind: Sex Education in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 42(4): 324-326.

Creech, H. 2005. *The Terminology of Knowledge for Sustainable Development: Information, Knowledge, Collaboration and Communications*. Winnipeg: International Institute for Sustainable Development.

Dixon-Mueller, R. 2008. How Young is "Too Young"? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions. *Studies in Family Planning*, 39(4): 247-262.

Eggleston, E. et al. 2000. Evaluation of a Sexuality Education Programme for Young Adolescents in Jamaica. *Pan American Journal of Public Health*, 7.2: 102-112.

Equipa Tarefa Inter-Agências (ETIA) da ONUSIDA sobre a Educação. 2006. *Girls' Education and HIV Prevention*. Paris: UNESCO.

Equipa Tarefa Inter-Agências (ETIA) da ONUSIDA sobre a Educação. 2006. *Quality Education and HIV & AIDS*. Paris: UNESCO.

Equipa Tarefa Inter-Agências (ETIA) da ONUSIDA sobre a Educação. 2008. *Improving the Education Response to HIV and AIDS: Lessons of Partner Efforts in Coordination, Harmonisation, Alignment, Information Sharing and Monitoring in Jamaica, Kenya, Thailand and Zambia*. Paris: UNESCO.

Equipa Tarefa Inter-Agências (ETIA) da ONUSIDA sobre a Educação. 2008. *Mainstreaming HIV in Education: Guidelines for Development Cooperation Agencies*. Paris: UNESCO.

Equipa Tarefa Inter-Agências (ETIA) da ONUSIDA sobre a Educação. 2009. *Uma Abordagem Estratégica: VIH e SIDA e Educação*. Paris: UNESCO.

FHI. 2000. *Sex Education Helps Prepare Young Adults*. Washington DC: Family Health International.

FHI. 2002. *Behaviour Change: A Summary of Four Major Theories*. Washington DC: Family Health International/AIDSCAP.

FHI. 2003. *HIV Prevention for Young People in Developing Countries: Report of a Technical Meeting*. Washington DC: Family Health International.

FHI. 2004. *Behaviour Change Communication for HIV/AIDS: A Strategic Framework*. Washington DC: Family Health International.

FHI. 2006. *YouthNet End of Programme Report: Taking Action: Recommendations and Resources*. Arlington, VA: Family Health International.

FHI. 2007. *Community Involvement in Youth Reproductive Health and HIV Prevention*. Washington DC: Family Health International.

FHI. 2007. *Helping Parents to Improve Adolescent Health*. Washington DC: Family Health International.

FHI. 2007. *Integrating Reproductive Health and HIV Services for Youth*. Washington DC: Family Health International.

FHI. 2007. *Scaling Up Youth Reproductive Health and HIV Prevention Programmes*. Washington DC: Family Health International.

FHI. 2007. *School-Based Reproductive Health and HIV Education Programmes: An Effective Intervention. YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS No. 20*. Washington DC: Interagency Youth Working Group.

FHI. 2007. *Youth Peer Education*. Durham, NC: Youth Lens and Family Health International, September 2007.

Fisher, J., McTaggart, J. 2008. *Review of Sex and Relationship Education (SRE) in Schools*. London: Department for Children, Schools and Families External Steering Group.

Gachuhi, D. 1999. *The Impact of HIV/AIDS on Education Systems in the Eastern and Southern Africa Region and the Response of Education Systems to HIV/AIDS: Life Skills Programmes*. New York: UNICEF.

Global HIV Prevention Working Group. 2007. *Bringing HIV Prevention Up To Scale: An Urgent Global Priority*. Seattle: Global HIV Prevention Working Group.

Global HIV Prevention Working Group. 2008. *Behaviour Change and HIV Prevention: (Re) Considerations for the 21st Century*. Seattle: Global HIV Prevention Working Group.

Gordon, P. 2007. *Review of Sex, Relationship and HIV Education in Schools*. Paris: UNESCO.

Grunseit, A. et al. 1997. Sexuality Education and Young People's Sexual Behaviour. *Journal of Adolescent Research*, 12(4): 421-453.

Grunseit, A. 1997. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Youth People: A Review Update*. Geneva: UNAIDS.

Harrison, A., Cleland, J., Frohlich, J. 2008. Young People's Sexual Partnerships in KwaZulu-Natal, South Africa: Patterns, Contextual Influences, and HIV Risk. *Studies in Family Planning*, 39(4): 295-308.

Hillier, L., Mitchell, A. 2008. It Was As Useful as a Chocolate Kettle': Sex Education in the Lives of Same Sex Attracted Young People in Australia. *Sex Education*, 8(2): 211-224.

Horton, Richard and Das, Pam, *Putting Prevention at the Forefront of HIV/AIDS*, The Lancet Vol. 372 No. 9637 (August 9, 2008): 421-422.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2008. *World Disasters Report 2008*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

IPPF. 2002. *Spotlight on HIV/AIDS/STIs: Integration of HIV/STI Prevention into SRH Services*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.

IPPF. 2004. *Sex and the Hemisphere: The Millennium Development Goals and Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.

IPPF. 2008. *Effective Strategies in Sexual and Reproductive Health Programmes for Young People*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.

IPPF. 2008. *Medical Bulletin*, 42(1). London: International Planned Parenthood Federation.

IPPF. 2008. *Sexual Rights, An IPPF Declaration*. London: International Planned Parenthood Federation.

Irvin, A. 2004. *Positively Informed: Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocates*. New York: International Women's Health Coalition.

IWHC. 2007. *Young Adolescents' Sexual and Reproductive Health and Rights: Sub-Saharan Africa*. New York: International Women's Health Coalition.

James-Traore, T. 2001. *Developmentally Based Interventions and Strategies: Promoting Reproductive Health and Reducing Risk Among Adolescents*. Washington DC: Focus on Young Adults.

James-Traore, T., Finger, W., Daileader Ruland, C., Savariaud, S. 2004. *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education: Focus on Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: Family Health International.

Jewkes, R. et al. 2007. *Evaluation of Stepping Stones: A Gender Transformative HIV Prevention Intervention*. Cape Town: Medical Research Council of South Africa.

Juárez, F., LeGrand, T., Lloyd, C. B., Singh, S. 2008. Introduction to the Special Issue on Adolescent Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 39(4): 239-244.

Kirby, D., The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programmes on Adolescent Sexual Behaviour, *Sexuality Research and Social Policy* Vol. 5, No. 3 (September 2008): 18-27.

Kirby, D., Obasi, A., Laris, B. 2006. *The Effectiveness of Sex Education and HIV Interventions in*

Schools in Developing Countries, Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systemic Review of the Evidence from Developing Countries, Geneva: World Health Organization.

Kirby, D., Roller, L. 2005. *Impact of Sex and HIV Education Programmes on Sexual Behaviours of Youth in Developing and Developed Countries*. Washington DC: Family Health International.

Kirby, D., Roller, L., Wilson, M. M. 2007. *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STD/HIV Education Programmes*. Washington DC: Healthy Teen Network.

Kohler, P., Manhart, L., Lefferty, W. 2008. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4): 344-351.

Leerlooijer, J. 2006. *Evidence-based Planning and Support Tool for SRHS/HIV-Prevention Interventions for Young People*. Amsterdam: Stop AIDS Now! and World Population Foundation.

Lewis, A.Y., Ragoonanan, S., Saint-Victor, R. 1984. *Teaching Human Sexuality in Caribbean Schools: A Teacher's Handbook*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.

Lloyd, C. B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Poverty, Gender and Youth Working Paper No. 6. New York: Population Council.

Macintyre, K. et al. 2000. *Assessment of Life Skills Programmes: A Study of Secondary Schools in Durban Metro and Mtunzini Magisterial District*. Durban: University of Natal, Tulane University and the Population Council.

Makokha, M. 2008. *What MEMA Kwa Vijana has to offer the education sector AIDS response in Tanzania: A Comparative Review*. Mwanza: National Institute of Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.

Malambo, R. 2002. Teach Them While They Are Young, They Will Live to Remember: The Views of Teachers and Pupils on the Teaching of HIV/AIDS in Basic Education: A Case Study of Zambia's Lusaka and Southern Provinces. *Current Issues in Comparative Education*, 3(1): 39-51.

Meekers, D., Ghyasuddin, A. 1997. *Adolescent Sexuality in Southern Africa: Cultural Norms and Contemporary Behaviour*. Paper presented at XXIII IUSSP General Population Conference in Beijing, China, October 11-17.

Munishi, G. 2006. *Challenges and opportunities for MkV2 integration into the National Level Policy Process: A National Level Policy Study*. Mwanza: National Institute of Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.

Njue, C., Nzioka, C., Ahlberg, B., Pertet, A.M., Voeten, H. 2009. "If you don't Abstain, You will die of AIDS": AIDS education in Kenyan Public Schools. *AIDS Education and Prevention*, 21 (2): 169-79

Ofsted. 2002. *Sex and Relationships: A Report from the Office of Her Majesty's Chief Inspector of Schools*. London: Office for Standards in Education.

ONU. 2001. *Preventing HIV/AIDS Among Young People*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Nova York: ONU.

ONU. 2004. *Facing the Future Together: Swaziland*. Nova York: United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa.

ONU. 2006. *UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Five Years Later*. Report of the Secretary General. Nova York: ONU.

ONU. 2008. *Securing Our Future*. Nova York: United Nations Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa.

ONUSIDA Inter-Agency Working Group. 1997. *Integrating HIV/STD Prevention in the School Setting*. Geneva: UNAIDS Inter-Agency Working Group.

ONUSIDA Inter-Agency Task Team on Education Working Group to Accelerate the Education Sector response to HIV/AIDS. 2003. *The HIV/AIDS Response by the Education Sector: A Checklist*. Washington DC: World Bank.

ONUSIDA Inter-Agency Task Team (IATT) on Education, *Education Sector Global HIV & AIDS Readiness Survey 2004: Policy Implications for Education & Development*, Paris: UNESCO, 2006.

ONUSIDA Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young people. 2008. *Global Guidance Briefs. HIV Interventions for Young People*. UNFPA: Nova York.

ONUSIDA. 1997. *Learning and Teaching about AIDS at School: UNAIDS Technical Update*. Geneva: ONUSIDA.

ONUSIDA. 2004. *At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions*. Nova York: ONUSIDA Inter-agency Task Team on Young People.

ONUSIDA. 2005. *Intensifying HIV Prevention: A UNAIDS Position Paper*. Geneva: ONUSIDA.

ONUSIDA. 2008. *2008 Report On the Global AIDS Epidemic*. Geneva: ONUSIDA.

Oyeledun, B. et al. 1999. *Time for Action: Report of the National Conference on Adolescent Reproductive Health in Nigeria*. Abuja: Nigerian Federal Ministry of Health.

Palitza, K. 2007. *Flunking Life: HIV Lessons Learnt But Not Lived in South Africa*. Lusaka: PANOS Southern Africa.

Parker, W. et al. 2007. *Concurrent Sexual Partnerships Amongst Young Adults in South Africa: Challenges for HIV Prevention Communication*. Johannesburg: Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (CADRE).

PATH and Save the Children. 2003. *A Guide to Developing Materials on HIV/AIDS and STIs*. Seattle: PATH and Save the Children.

Paul-Ebhohimhen, V.A., Poobalan, A., van Teijlingen, E.R. 2008. Systematic Review of Effectiveness of School-based Sexual Health Interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 8(4).

Paulussen, T.G.W. 1994. *Adoption and Implementation of AIDS Education in Dutch Secondary Schools*. Dissertation, Utrecht: Landelijk Centrum GVO.

Pettifor, A. E. et al. 2008. Keep them in school: the Importance of Education as a Protective Factor Against HIV Infection Among Young South African Women. *International Journal of Epidemiology*, 37(6): 1266-1273.

Pick, S. *et al.* 2007. Communication as a Protective Factor: Evaluation of a Life Skills HIV/AIDS Prevention Programme for Mexican Elementary-School Students. *AIDS Education and Prevention*, 19(5): 408-421.

Pillay, Y., Flisher, A. 2008. *Public Policy: A Tool to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health*, in *Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa*. Stockholm: Nordiska Afrikainstitute or Capetown: HSRC Press.

Piot, P. *et al.* 2008. Coming to Terms with Complexity: A Call to Action for HIV Prevention. *The Lancet*, 372(9641): 845-859.

Population Council. 2004. *Transitions to Adulthood in the Context of AIDS in South Africa: The Impact of Exposure to Life Skills Education on Adolescent Knowledge, Skills, and Behaviour*. Horizons Final Report. Washington DC: Population Council.

Porter, K. A., Mutunga, P., Stewart, J. 2007. Life Skills, Sexual Maturation and Sanitation: What's (Not) Happening in Our School. *African Studies Review*, April.

Ramonotsi, M. 2007. *Failing Grades: Thousands of Children Lack AIDS Education in Lesotho*. Lusaka: PANOS Southern Africa.

Reedy, P. *et al.* 2003. *Programmemeing for HIV Prevention in South African Schools*. Horizons Research Summary. Washington DC: Population Council.

Reinders, J. 2007. *HIV/AIDS Prevention as Part of Comprehensive Sexuality Education: The Need to Address Sexuality in Schools and Integrate Vertical Programmes*. Utrecht: World Population Foundation.

Reinders, J. 2007. *SRH&R Education for Young People Coping with Opposition: Lessons Learned from South Africa, Uganda, Kenya, Tanzania, Vietnam, Indonesia, Thailand and India*. Utrecht: World Population Foundation.

Reinders, J., *et al.* 2002. *Systematic Development of a Curriculum on Sexual Health and AIDS Prevention for Vietnamese Re-education Schools*. Hanoi: Ministry of Education Viet Nam.

Reinders, J., *et al.* 2006. *Acknowledging Young People's Sexuality and Rights: Computer-Based Sexuality and Life Skills Education in Uganda, Kenya,*

Indonesia and Thailand. Utrecht: World Population Foundation.

Renju, J., Bahati, A., Lemmy, M. 2008. *A Study Assessing the Integration of an Innovative Adolescent Sexual and Reproductive Health Programme into Existing Local Government Structures*. Mwanza: National Institute for Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.

Renju, J., Haule, B. 2006. *Review of the National Multisectorial Strategic framework in District supported to implement the MEMA kwa Vijana intervention*. Mwanza: National Institute for Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.

Rosen, J. E., Murray, N. J., Moreland, S. 2004. *Sexuality Education in Schools: The International Experience and Implications for Nigeria*. POLICY Working Paper Series No. 12. Washington, DC: Futures Group International.

Ross, D., Dick, B., Ferguson, J. 2006. *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. Geneva: WHO.

Santelli, J., Kantor, L. 2008. *Introduction to Special Issue: Human Rights, Cultural and Scientific Aspects of Abstinence-Only Policies and Programmes*. *Sexuality Research and Social Policy*, 5(3): 1-5.

Save the Children and the Swedish Association for Sexuality Education. 2007. *Tell Me More! Children's Rights and Sexuality in the Context of HIV/AIDS in Africa*. Stockholm: Save the Children and the Swedish Association for Sexuality Education.

Schaalma, H. 2004. When the Researchers Have Gone Home to Write their Articles: Diffusion and Implementation of School-Based HIV-Prevention Programmes in Tanzania. *East African Journal of Public Health*, 1(1): 23-31.

Schenker, I., Nyirenda, J. 2002. *Preventing HIV/AIDS in Schools*. Geneva: UNESCO International Bureau of Education.

Senderowitz, J. 2004. *Partnering With African Youth: Pathfinder International and The African Youth Alliance Experience*. Watertown: Pathfinder International and African Youth Alliance.

Singh, S., Bankole, A., Woog, V. 2005. Evaluating the Need for Sex Education in Developing Countries:

Sexual Behaviour, Knowledge of Preventing Sexually Transmitted Infections/HIV and Unplanned Pregnancy. *Sex Education*, 5(4): 307-331.

Smith, G., Kippax, S., Aggleton, P. 2000. *HIV and Sexual Health Education in Primary and Secondary Schools: Findings from Selected Asia-Pacific Countries*. Sydney: National Centre in HIV Social Research.

Smith, R. et al. 2007. *The Link Between Health, Social Issue, and Secondary Education: Life Skills, Health and Civic Education*. World Bank Working Paper No. 100. Washington, DC: World Bank.

Southern African Development Community (SADC). 2005. *Framework for Coordinating the National HIV and AIDS Response in the SADC Region*. Gaborone: SADC HIV and AIDS Unit.

Stewart, H. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do? New Baseline Findings from Mexico, Thailand, and South Africa*. New York: Population Council.

Streuli, N., Moleni, C. 2008. *Education and HIV and AIDS in Malawi: The Role of Open, Distance and Flexible Learning*. SOFIE Opening Up Access Series No. 3. London: SOFIE.

Swart-Kruger, J., Richter, L. 1997. AIDS-related Knowledge, Attitudes and Behaviour Among South African Street Youth: Reflections on Power, Sexuality and the Autonomous Self. *Social Science and Medicine*, 45(6): 957-966.

Trang, D. T. K. et al. 2006. *Behaviour Change Communications Strategy to Improve Reproductive Health for Adolescents and Youth: Reproductive Health Initiative for Youth in Asia*. Hanoi: Viet Nam Central Youth Union.

UNESCO Bangkok and UNESCO IBE. 2007. *Sub-Regional Capacity-Building Seminar for HIV and AIDS Curriculum Development in Six Countries in the Asia Pacifica Region: Scaling up HIV and AIDS Education in Schools*. Bangkok: UNESCO and UNESCO International Bureau of Education.

UNESCO International Bureau of Education (IBE). 2005. *Assessment of Curriculum Responses in 35 Countries for the EFA Global Monitoring Report 2005*. Geneva: UNESCO IBE.

UNESCO International Bureau of Education (IBE). 2005. *HIV and AIDS and Quality Education for All Youth*. Geneva: UNESCO IBE.

UNESCO. 2001. *HIV/AIDS and Human Rights: Young People in Action: A Kit of Ideas for Youth Organizations*. Paris: UNESCO and UNAIDS.

UNESCO. 2007. *Supporting HIV-Positive Teachers in East and Southern Africa: Technical Consultation Report*, 30 November-1 December 2006, Nairobi, Kenya. Paris: UNESCO and Education International-EFAIDS.

UNESCO. 2007. *A Estratégia da UNESCO em resposta ao HIV/AIDS*. Paris: UNESCO.

UNESCO. 2008a. Marco de Ação de EDUSIDA. Paris: UNESCO.

UNESCO. 2008. *EDUCAIDS Overviews*. Paris: UNESCO.

UNESCO. 2008. *EDUCAIDS Technical Briefs*. Paris: UNESCO.

UNESCO. 2008. *School-Centered HIV and AIDS Care and Support in Southern Africa: Technical Consultation Report*, 22-24 May 2008, Gaborone, Botswana. Paris: UNESCO.

UNFPA. 2003. *Education is Empowerment: Promoting Goals in Population, Reproductive Health and Gender*. New York: UNFPA.

UNFPA. 2006. *Ending Violence Against Women: Programming for Prevention, Protection and Care*. New York: UNFPA.

UNFPA. 2006. *UNFPA Support to Population and Sexuality Education in the Formal and Non-formal Education Systems: Review in Africa*. Manuscrito não publicado. New York: UNFPA.

UNICEF. 2002. *Lessons Learned About Life Skills-Based Education for Preventing HIV/AIDS Related Risk and Related Discrimination*. New York: UNICEF.

UNICEF. 2007. *Accelerating Education's Response to HIV and AIDS: Contributing to a better future for children in Africa*. New York: UNICEF.

USAID Inter-Agency Working Group (IAWG) on the Role of Community Involvement in ASRH. 2007.

Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators. Washington, DC: IAWG on the Role of Community Involvement in ASRH.

USAID. 2002. *Tips for Developing Life Skills Curricula for HIV Prevention Among African Youth: A Synthesis of Emerging Lessons*. Technical Paper No. 115. Washington DC: USAID.

Visser-Valfrey, M. 2005. *Addressing HIV/AIDS in Education: A Survey of Field Staff of the Netherlands Ministry of Foreign Affairs*. Amsterdam: The Netherlands Ministry of Foreign Affairs.

World Association for Sexual Health (WAS). 2008. *Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document*. Minneapolis: World Association for Sexual Health.

World Bank. 2003. *Education and HIV/AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS Prevention Programmes*. Washington, DC: World Bank.

WPF. 2004. *AIDS, Sex & Reproduction: Integrating HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health into Policies, Programmes and Services*. Amsterdam: Share-net, Stop AIDS Now and the World Population Fund.

WPF. 2006. *Openness About Sexuality Important for People and Societies*, Paper from the International Conference on *What About Sex?* March 6-7. Amsterdam: Youth Incentives and the World Population Fund.

WPF. 2006. *Sexuality Education*. Utrecht: World Population Foundation.

WPF. 2008. *Evidence- and Rights-Based Planning and Support Tool for SRHR/HIV Preventions for Young People*. Amsterdam: Stop AIDS Now, World Population Foundation and Maastricht University.

Yankah, E., Aggleton, P. 2008. Effects and Effectiveness of Life Skills Education for HIV Education in Young People. *AIDS Education and Prevention*, 20(6): 465-485.

Fotos :

Cover

© 2000 Rick Maiman/David et Lucile Packard Foundation, cortesia da Photoshare

© 2009 ONUSIDA/O.O'Hanlon

© 2006 Basil A. Safi/CCP, cortesia da Photoshare

© 2006 ONUSIDA/G. Pirozzi.

p.1 © 2006 ONUSIDA/G. Pirozzi.

p.5 © 2004 Ian Oliver/SFL/Grassroot Soccer, cortesia da Photoshare

p.8 © 2008 Jacob Simkin, cortesia da Photoshare

p.13 © 2005 Aimee Centivany, cortesia da Photoshare

p.18 © 2006 Rose Reis, cortesia da Photoshare

p.21 © ONUSIDA/L. Taylor

p.25 © 2006 Scott Fenwick, cortesia da Photoshare

p.31 © 2007 Bangladesh Center for Communication Programs, cortesia da Photoshare

Fundamentada numa revisão rigorosa e atual das evidências sobre programas de educação em sexualidade, esta Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade é direcionada a tomadores de decisão e profissionais dos setores de educação e saúde. Foi desenvolvida para auxiliar as autoridades de educação, saúde e outras áreas relevantes a criar e implementar programas e materiais de educação em sexualidade na escola. O Volume I enfoca as razões em favor da educação em sexualidade e fornece conselhos técnicos sólidos sobre características de programas efetivos. Um segundo documento (Volume II) enfoca os tópicos e objetivos de aprendizado a serem tratados num ‘pacote básico mínimo’ de educação em sexualidade para crianças e jovens dos 5 aos 18 e mais anos, inclusive uma bibliografia de recursos úteis. A Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade é relevante não apenas para aqueles países mais afetados pelo HIV/Aids, mas também para aqueles que enfrentam epidemias concentradas e de baixa prevalência.

Secção VIH e SIDA
Divisão de Coordenação
das Prioridades das Nações Unidas em Educação
Sector de Educação
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, França
Site: www.unesco.org/aids
E-mail: aids@unesco.org



Tópicos e Objetivos de Aprendizado

Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde



Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade

**Uma abordagem baseada em evidências
para escolas, professores e educadores em saúde**

Junho 2010

As designações empregadas e a apresentação de material em toda a publicação não pressupõem a expressão de opiniões de qualquer natureza por parte da UNESCO com respeito ao estatuto legal de quaisquer países, cidades ou áreas, ou das respectivas autoridades, nem relativamente às suas fronteiras ou limites.

© UNESCO 2010

Esta tradução foi produzida pela UNESCO Brasília, nós agradecemos a contribuição de Maria Rebeca Otero Gomes. Tradução: Rita Brossard.

Publicado por

UNESCO
Setor Educacional
Divisão de Coordenação das Prioridades da ONU em Educação
Seção VIH e SIDA
UNESCO
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Site Web: www.unesco.org/aids
E-mail: aids@unesco.org

Elaborado e impresso pela UNESCO
ED-2009/WS/36 Rev.2 (CLD 4894.9)

Agradecimentos

Esta *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade* foi encomendada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Sua preparação, sob a orientação geral de Mark Richmond, Coordenador Global da UNESCO para VIH e SIDA, foi organizada por Chris Castle, Dhianaraj Chetty e Ekua Yankah, da Seção de VIH e SIDA, Divisão para a Coordenação de Prioridades da ONU na área de Educação no âmbito da UNESCO.

Os autores Nanette Ecker, ex-Diretora de Educação e Formação Internacional no Conselho de Educação e Informação em Sexualidade dos Estados Unidos (SIECUS), e Douglas Kirby, Cientista Sênior da ETR (Education, Training, Research) Associates, colaboraram para esse documento. O consultor independente Peter Gordon editou várias versões.

A UNESCO gostaria de agradecer à Fundação William e Flora Hewlett por sediar a consultoria técnica global que contribuiu para o desenvolvimento da Orientação. Os organizadores também gostariam de expressar sua gratidão a todos aqueles que participaram na consultoria, que ocorreu em 18-19 de fevereiro de 2009 em Menlo Park, EUA (em ordem alfabética):

Prateek Awasthi, UNFPA; Arvin Bhana, Conselho de Pesquisas em Ciências Humanas, África do Sul; Chris Castle, UNESCO; Dhianaraj Chetty, à época ActionAid; Esther Corona, Associação Mexicana de Educação Sexual e Associação Mundial de Saúde Sexual; Mary Guinn Delaney, UNESCO; Nanette Ecker, SIECUS; Nike Esiet, Action Health, Inc. (AHI); Peter Gordon, consultor independente; Christopher Graham, Ministério da Educação, Jamaica; Nicole Haberland, Population Council/EUA; Sam Kalibala, Population Council/Quênia; Douglas Kirby, ETR Associates; Wenli Liu, Universidade Normal de Beijing; Elliot Marseille, Health Strategies International; Helen Omondi Mondoh, Universidade de Egerton; Prabha Nagaraja, Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI); Hans Olsson, Associação Sueca de Educação em Sexualidade; Grace Osakue, Girls' Power Initiative (GPI) Estado de Edo, Nigéria; Jo Reinders, World Population Foundation (WPF); Sara Seims, Fundação William e Flora Hewlett; e Ekua Yankah, UNESCO.

Agradecemos também os comentários e contribuições escritas de (em ordem alfabética):

Peter Aggleton, Instituto de Educação da Universidade de Londres; Vicky Anning, consultora independente; Andrew Ball, Organização Mundial da Saúde (OMS); Prateek Awasthi, UNFPA; Tanya Baker, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights; Michael Bartos, UNAIDS; Tania Boler, Marie Stopes International, à época UNESCO; Jeffrey Buchanan, à época UNESCO; Chris Castle, UNESCO; Katie Chau, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights; Judith Cornell, UNESCO; Anton De Grauwe, Instituto Internacional para o Planejamento Educacional (IIEP) da UNESCO; Jan De Lind Van Wijngaarden, UNESCO; Marta Encinas-Martin, UNESCO; Jane Ferguson, OMS; Claudia Garcia-Moreno, OMS; Dakmara Georgescu, Bureau Internacional de Educação (IBE), UNESCO; Anna Maria Hoffmann, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Roger Ingham, Universidade de Southampton; Sarah Karmin, UNICEF; Eszter Kismodi, OMS; Els Klinkert, UNAIDS; Jimmy Kolker, UNICEF; Steve Kraus, UNFPA; Malika Ladjali, Universidade de Argel; Changu Mannathoko, UNICEF; Rafael Mazin, Organização Panamericana de Saúde (OPAS); Maria Eugenia Miranda, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights; Mary Otieno, UNFPA; Jenny Renju, Escola de Medicina Tropical de Liverpool & Instituto Nacional de Pesquisas Médicas, Tanzânia; Mark Richmond, UNESCO; Pierre Robert, UNICEF; Justine Sass, UNESCO; Iqbal H. Shah, OMS; Shyam Thapa, OMS; Barbara Tournier, IIEP, UNESCO; Friedl Van den Bossche, à época UNESCO; Diane Widdus, UNICEF; Arne Willems, UNESCO; Ekua Yankah, UNESCO; e Barbara de Zalduondo, UNAIDS.

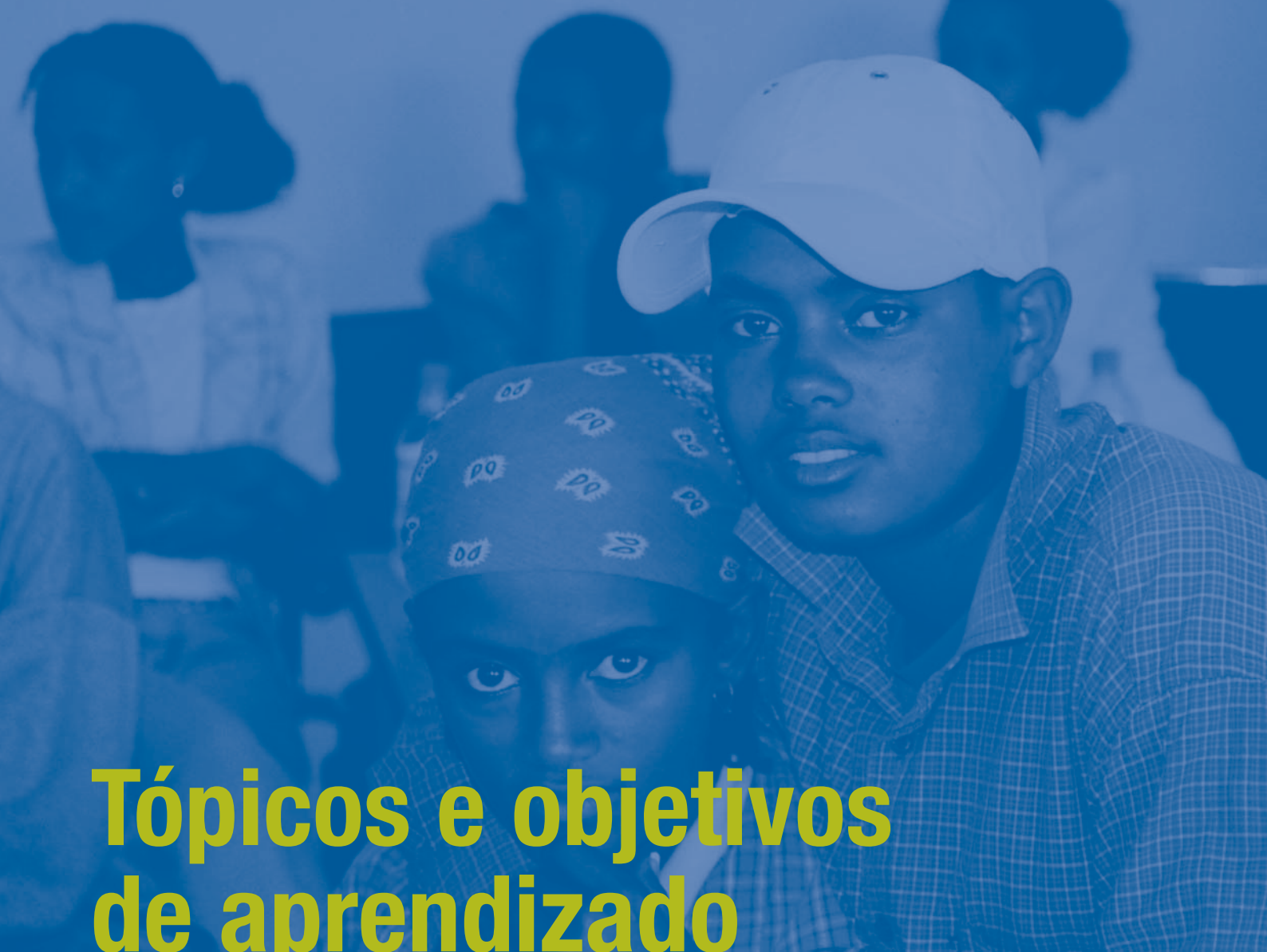
A UNESCO gostaria de agradecer a Masimba Biriwasha, UNESCO; Sandrine Bonnet, IBE, UNESCO; Claire Cazeneuve, IBE, UNESCO; Claire Greslé-Favier, OMS; Magali Moreira, IBE, UNESCO; e Lynne Sergeant, IIEP, UNESCO, por suas contribuições à bibliografia de recursos úteis. Finalmente, agradecemos a Vicky Anning pelo apoio editorial, a Aurélia Mazoyer pelo design e layout, e a Schéhérazade Feddal pelo apoio à coordenação para a produção deste documento.

Siglas

CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
DST	Doença sexualmente transmissível
EFP	Educação, Formação e Pesquisa
EPT	Educação para Todos
ESR	Educação em sexo e relacionamentos
ETIA	Equipa Tarefa Inter-Agências
ETR	Education, Training and Research
FHI	Family Health International
HPV	Papilomavírus humano
IBE	Bureau Internacional de Educação (UNESCO)
IIEP	Instituto Internacional para o Planeamento Educacional (UNESCO)
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infecção sexualmente transmissível
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
PPE	Profilaxia pós-exposição
QCMM	Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres
SDSR	Saúde e direitos sexuais e reprodutivos
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SIECUS	Conselho de Educação e Informação em Sexualidade dos Estados Unidos
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
SSRA	Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes
TARV	Terapia antirretroviral
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

Sumário

Agradecimentos	iii
Siglas	iv
Tópicos e objetivos de aprendizado	1
1. Introdução	2
2. Faixas etárias	4
3. Componentes do aprendizado	5
4. Programas isolados ou integrados	5
5. Estrutura	6
6. Visão geral de conceitos e tópicos chave	7
7. Objetivos de aprendizado - Tabelas	8
Referências	34
Apêndices	37
I. Convenções e acordos internacionais referentes à educação em sexualidade	38
II. Roteiro e metodologia das entrevistas	43
III. Nomes e detalhes importantes das pessoas contatadas como informantes	45
IV. Lista de participantes da consultoria técnica global da UNESCO sobre educação em sexualidade	46
V. Bibliografia de recursos	48



Tópicos e objetivos de aprendizado

1. Introdução

O que é educação em sexualidade e por que ela é importante?

Poucos jovens recebem uma preparação adequada para sua vida sexual. Isso os deixa potencialmente vulneráveis a coação, abuso e exploração, gravidez indesejada e infecções ou doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), inclusive o VIH. No limiar da idade adulta, muitos recebem mensagens conflitantes e confusas sobre sexualidade e gênero. Com frequência, esse fato é exacerbado por constrangimento, silêncio e desaprovação de discussões francas sobre assuntos sexuais por adultos, inclusive pais e professores, no exato momento em que são mais necessárias. Existem muitos contextos, globalmente, onde jovens estão se tornando sexualmente maduros e ativos mais cedo. Eles também estão se casando mais tarde e, portanto, estendendo o período entre a maturidade sexual e o casamento.

Cada vez mais, os países estão indicando a importância de equipar jovens com os conhecimentos e habilidades para fazer escolhas responsáveis em suas vidas, particularmente num contexto onde têm maior exposição a materiais sexualmente explícitos, por meio da Internet e de outros meios de comunicação. É urgentemente necessário abordar a falta de conhecimentos sobre o VIH entre jovens de 15 a 24 anos - 60% das pessoas nessa faixa etária não é capaz de identificar corretamente os modos de prevenir a transmissão do VIH (UNAIDS, 2008). Um número crescente de países implementou ou está expandindo a escala de programas de educação em sexualidade¹, incluindo China, Líbano, Nigéria, Quênia e Vietnã, uma tendência confirmada pelos ministérios de educação e de saúde de países da América Latina e Caribe na reunião de cúpula realizada em julho de 2008. Esses esforços reconhecem que todos os jovens necessitam de educação em sexualidade, e que alguns deles estão vivendo com o VIH ou são mais vulneráveis à infecção pelo VIH do que outros, particularmente adolescentes casadas quando ainda crianças, os já sexualmente ativos, e jovens portadores de incapacidades.

Uma educação em sexualidade efetiva pode transmitir aos jovens informações adequadas para a idade, culturalmente relevantes e cientificamente corretas. Ela inclui oportunidades estruturadas para que jovens explorem suas atitudes e valores, e pratiquem a tomada de decisões e outras habilidades de vida de que necessitarão para ser capazes de fazer escolhas informadas em sua vida sexual.

A educação em sexualidade efetiva é uma parte vital da prevenção do VIH, sendo também crucial para alcançar as metas de acesso universal à saúde reprodutiva e à prevenção, tratamento, assistência e apoio de VIH (UNAIDS, 2006). Embora não seja realista esperar que um programa educacional, isoladamente, possa eliminar o risco do VIH e de outras DSTs, da gravidez indesejada, e da atividade sexual coerciva ou abusiva e exploração sexual, programas adequadamente concebidos e implementados podem reduzir alguns desses riscos e as vulnerabilidades subjacentes.

Uma educação em sexualidade efetiva é importante, devido ao impacto de valores culturais e crenças religiosas sobre todos os indivíduos, e especialmente jovens, tanto para sua compreensão do assunto quanto para administrar relações com seus pais, professores, outros adultos e suas comunidades.

Os contextos escolares fornecem uma oportunidade importante para alcançar grandes números de jovens com educação em sexualidade antes que se tornem sexualmente ativos, assim como uma estrutura apropriada (isto é, o currículo formal) onde fazer isso.

¹ Define-se educação em sexualidade como uma abordagem apropriada para a idade e culturalmente relevante ao ensino sobre sexo e relacionamentos, fornecendo informações cientificamente corretas, realistas, e sem pré-julgamento. A educação em sexualidade fornece oportunidades para explorar os próprios valores e atitudes e para desenvolver habilidades de tomada de decisão, comunicação e redução de riscos em relação a muitos aspectos da sexualidade. A revisão de evidências na Parte 1, Seção 4 desse documento utiliza essa definição como o critério para inclusão de estudos para a revisão de evidências.

Pacote básico mínimo para um programa de educação em sexualidade

A *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade* compreende duas partes. O *Volume 1* enfoca as razões em favor da educação em sexualidade e fornece conselhos técnicos sólidos sobre características de programas efetivos. Este segundo documento (*Volume II*) apresenta um 'pacote mínimo básico' de tópicos e objetivos de aprendizado de um programa de educação em sexualidade para crianças e jovens entre 5 a 18 e mais anos de idade, e inclui uma bibliografia de recursos úteis, a fim de fornecer orientações concretas para o desenvolvimento de currículos adaptados para o local.

O pacote completo dessa *Orientação Técnica Internacional* fornece uma plataforma para pessoas envolvidos em política, *advocacy* e desenvolvimento de novos programas ou na revisão e expansão da escala de programas existentes.

O desenvolvimento dos *tópicos e objetivos de aprendizado* foi subsidiado por uma revisão especialmente encomendada de currículos existentes em 12 países², diretrizes e padrões identificados por informantes chave, e por meio de buscas em bancos de dados relevantes, sítios internet e listas eletrônicas de endereços relevantes³ (ver Referências). O desenvolvimento da *Orientação* também contou com entrevistas com especialistas reconhecidos (ver a lista no Apêndice III), e por uma reunião de consultoria técnica global realizada em fevereiro de 2009 com especialistas de 13 países (ver a lista no Apêndice IV). Colegas da UNAIDS, UNESCO, UNFPA, UNICEF e OMS também contribuíram para esse documento. Assim, embora não seja de forma alguma exaustiva, alguns dos tópicos e objetivos de aprendizado estão solidamente incrustados em evidências, e todos são fundamentados na experiência prática.

Além disso, os tópicos abordados nos programas avaliados que efetivamente modificaram comportamentos, revisados no outro documento (*Volume I*) sobre as *razões em favor da educação em sexualidade* (<http://www.unesco.org/aids>), subsidiaram alguns dos objetivos de aprendizado. Outros programas mencionados nas *razões em favor da educação em sexualidade* tratavam de alguns objetivos de aprendizado descritos no presente volume, mas não de todos.

No futuro, novas versões da *Orientação Técnica Internacional* incorporarão *feedback* de seus usuários em todo o mundo, e continuarão a ser baseadas nas melhores evidências disponíveis.

As metas dos tópicos e objetivos de aprendizado são:

- fornecer informações corretas sobre tópicos que suscitam a curiosidade de crianças e jovens e que esses precisam conhecer;
- fornecer a crianças e jovens oportunidades para explorar valores, atitudes e normas referentes a relações sociais e sexuais;
- promover a aquisição de habilidades; e
- estimular crianças e jovens a assumir responsabilidade por seu próprio comportamento e a respeitar os direitos de terceiros.

² África do Sul, Botsuana, EUA, Etiópia, Indonésia, Jamaica, Namíbia, Nigéria, Quênia, Tailândia, Tanzânia e Zâmbia.

³ Incluindo, entre outros, os seguintes sites: SIECUS; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communications Program's The Info Project; International HIV/AIDS Alliance; Family Health International; Instituto de Educação, Universidade de Londres; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); Escritório Internacional de Educação da UNESCO (IBE); Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); e International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Parte de um pacote abrangente, todos os objetivos de aprendizado abordam as necessidades de crianças e jovens por informações e direito à educação. Entretanto, enquanto somente alguns desses objetivos de aprendizado são concebidos especificamente para reduzir comportamentos sexuais de risco, outros buscarão modificar normas sociais, facilitar a comunicação de assuntos sexuais, remover barreiras sociais e de atitudes à educação em sexualidade, e aumentar os conhecimentos.

2. Faixas etárias

Os *tópicos e objetivos de aprendizado* neste volume visam a alunos do ensino fundamental e médio. Entretanto, como muitas pessoas não receberam nenhuma educação em sexualidade nesses níveis, alunos do ensino superior também podem se beneficiar dos objetivos de aprendizado da *Orientação Técnica Internacional*. Na verdade, a necessidade de educação em sexualidade no nível superior pode ser especialmente crucial, pois muitos estudantes estão vivendo longe de casa pela primeira vez, podem desenvolver relacionamentos, e tornar-se sexualmente ativos. Além disso, os *tópicos e objetivos de aprendizado* podem vir a ser úteis para a formação de professores e para o desenvolvimento de currículos, ou simplesmente como uma lista de verificação para revisar currículos e programas já existentes.

É igualmente importante prover educação em sexualidade a crianças e jovens fora da escola, especialmente para aqueles que sejam marginalizados, por várias razões, e particularmente vulneráveis a um início da atividade sexual precoce e não preparado e à exploração e abuso sexual.

Os tópicos e objetivos de aprendizado dirigem-se a quatro faixas etárias, cada uma com seu nível correspondente:

1. 5 a 8 anos de idade (Nível 1)
2. 9 a 12 anos de idade (Nível 2)
3. 12 a 15 anos de idade (Nível 3)
4. 15 a 18 e mais anos de idade (Nível 4)

Os objetivos de aprendizado são divididos logicamente por estágios, e os conceitos para alunos mais jovens tipicamente incluem mais informações básicas, tarefas cognitivas menos avançadas, e atividades menos complexas. Existe uma superposição deliberada entre os níveis 3 e 4, a fim de acomodar a faixa etária mais ampla de alunos que podem estar na mesma classe. O nível 4 dirige-se a alunos de 15 a 18 anos e mais, reconhecendo que alguns alunos no ensino médio podem ter mais de 18 anos, e que os tópicos e objetivos de aprendizado também podem ser usados com alunos mais maduros no ensino terciário. Todas as informações discutidas com as faixas etárias citadas devem estar harmonizadas com as capacidades cognitivas dos alunos e dar atenção a crianças e jovens com incapacidades intelectuais/de aprendizado.

As preocupações e necessidades de saúde sexual e reprodutiva de crianças e jovens, bem como a idade de início da atividade sexual, variam consideravelmente dentro de regiões, países e comunidades, bem como entre elas. Por sua vez, isso provavelmente afetará a percepção da adequação de objetivos particulares de aprendizado no momento de desenvolver currículos, materiais e programas. Portanto, os objetivos de aprendizado devem ser ajustados aos seus contextos. Entretanto, isso deve ser feito em resposta aos dados e evidências disponíveis, e não devido a um desconforto pessoal ou uma oposição percebida.

3. Componentes do aprendizado

Os tópicos e objetivos do aprendizado abrangem quatro componentes do processo de aprendizado:

1. Informações: a educação em sexualidade fornece informações corretas sobre a sexualidade humana, inclusive: crescimento e desenvolvimento; anatomia e fisiologia sexual; reprodução; contracepção; gravidez e parto; VIH e SIDA; DSTs; vida familiar e relações interpessoais; cultura e sexualidade; autonomia (*empowerment*) em direitos humanos; não discriminação, igualdade e papéis de gênero; comportamento sexual; diversidade sexual; abuso sexual; violência de gênero; e práticas nocivas. 
2. Valores, atitudes e normas sociais: a educação em sexualidade oferece aos estudantes oportunidades para explorar valores, atitudes e normas (pessoais, da família, de pares e da comunidade) em relação ao comportamento sexual, saúde, condutas de risco e tomada de decisão, e em consideração aos princípios de tolerância, respeito, igualdade de gênero, direitos humanos, e igualdade.
3. Habilidades interpessoais e relacionamentos: a educação em sexualidade promove a aquisição de habilidades em relação a: tomada de decisão; assertividade; comunicação; negociação; e recusa (dizer não). Essas habilidades podem contribuir para relacionamentos melhores e mais produtivos com familiares, pares, amigos e parceiros românticos ou sexuais.
4. Responsabilidade: a educação em sexualidade estimula os alunos a assumir responsabilidade por seu próprio comportamento, assim como seu comportamento em relação a terceiros, por meio de respeito; aceitação; tolerância e empatia com todas as pessoas, independentemente de sua situação de saúde ou orientação sexual. A educação em sexualidade também insiste na igualdade de gênero; resistência ao sexo precoce, indesejado ou coagido e rejeição à violência nos relacionamentos; e na prática de sexo seguro, inclusive o uso correto e consistente de preservativos e contraceptivos.

4. Programas isolados ou integrados

É preciso decidir se a educação em sexualidade será ensinada como uma disciplina isolada (como no Malauí e na Jamaica), integrada a uma disciplina já existente, como saúde ou biologia (como no Vietnã), apresentada por meio de várias outras disciplinas, como educação cívica, saúde e biologia (como no México), ou incluída em atividades de orientação e aconselhamento (como até há pouco no Quênia).

As decisões serão influenciadas por políticas educacionais gerais, disponibilidade de recursos (incluindo a disponibilidade de uma administração escolar que dê apoio, professores capacitados e insumos), competição com outras prioridades no currículo escolar, necessidades de alunos, apoio comunitário aos programas de educação em sexualidade, e problemas de grade horária. Uma resposta pragmática poderia reconhecer que, embora o ideal fosse introduzir a educação em sexualidade como uma disciplina separada, talvez fosse mais prático continuar e aperfeiçoar o que os professores já ensinam, e procurar integrá-lo a disciplinas existentes, como ciências sociais, biologia ou orientação e aconselhamento.

Caixa 1. Educação em sexualidade – portas de entrada em cinco países

Malauí

No Malauí, a educação em sexualidade é ensinada como uma disciplina isolada, sujeita a provas, no ensino médio e integrada em disciplinas veiculadoras, não constituindo matéria de exame, no ensino fundamental. Nos dois casos, a educação em sexualidade é ensinada por professores capacitados, usando materiais especificamente preparados.

México

No México, a educação em sexualidade está integrada dentro de diferentes partes do currículo, como ciência e educação cívica, reconhecendo o fato que a sexualidade faz parte de muitos aspectos da vida. A educação em sexualidade pode tornar-se uma disciplina separada para alunos (entre 15 e 18 anos) do ensino médio.

Tanzânia

Na Tanzânia, a educação em sexualidade está integrada a disciplinas veiculadoras, como ciência e educação cívica. O caso da Tanzânia prova que a educação em sexualidade não precisa ser uma disciplina completamente separada para poder ser incluída no currículo.

Vietnã

No Vietnã, o Ministério de Educação está elaborando um componente extracurricular compulsório, que complementar o conteúdo curricular. A estratégia também usa abordagens participativas e o apoio de pares, reforçado por um programa paralelo dirigido aos responsáveis parentais.

5. Estrutura

Os grandes tópicos dentro dos quais são definidos os objetivos de aprendizado estão organizados em torno a seis conceitos chave:

1. Relacionamentos
2. Valores, atitudes e habilidades
3. Cultura, sociedade e direitos
4. Desenvolvimento humano
5. Comportamento sexual
6. Saúde sexual e reprodutiva

Cada tópico está vinculado a objetivos de aprendizado específicos, agrupados segundo as quatro faixas etárias. Os objetivos de aprendizado consistem nos resultados desejados do trabalho com determinados tópicos. Os objetivos de aprendizado são definidos no nível em que devem ser introduzidos pela primeira vez, mas é preciso reforçá-los em diferentes faixas etárias. Quando um programa tem início com alunos mais velhos, pode ser necessário abordar tópicos e objetivos de aprendizado de faixas etárias anteriores. Com base em necessidades e características específicas do país/região, como normas sociais e culturais e o contexto epidemiológico, os conteúdos dos objetivos de aprendizado podem ser ajustados para serem incluídos em faixas etárias mais baixas ou mais altas. Entretanto, a maioria dos especialistas acredita que crianças e jovens querem e precisam de informações em sexualidade e saúde sexual da forma mais precoce e abrangente possível.

6. Visão geral de conceitos e tópicos chave

As tabelas a seguir especificam os tópicos e objetivos de aprendizado que podem compor um ‘menu’ abrangente para o desenvolvimento curricular. Os tópicos e objetivos de aprendizado foram obtidos a partir de evidências referentes a currículos que, comprovadamente, modificaram comportamentos, bem como de experiências práticas.

Conceito chave 1: Relacionamentos Tópicos: 1.1 Famílias 1.2 Amizade, amor e relacionamentos românticos 1.3 Tolerância e respeito 1.4 Compromissos em longo prazo, casamento, e criação de filhos	Conceito chave 2: Valores, atitudes e habilidades Tópicos: 2.1 Valores, atitudes e fontes de aprendizado sexual 2.2 Normas e influência dos pares sobre o comportamento sexual 2.3 Tomada de decisões 2.4 Habilidades de comunicação, recusa e negociação 2.5 Encontrar ajuda e apoio	Conceito chave 3: Cultura, sociedade e direitos humanos Tópicos: 3.1 Sexualidade, cultura e direitos humanos 3.2 Sexualidade e a mídia 3.3 A construção social do gênero 3.4 Violência de gênero, inclusive abuso sexual, exploração, e práticas nocivas
Conceito chave 4: Desenvolvimento humano Tópicos: 4.1 Anatomia e fisiologia sexual e reprodutiva 4.2 Reprodução 4.3 Puberdade 4.4 Imagem corporal 4.5 Privacidade e integridade corporal	Conceito chave 5: Comportamento sexual Tópicos: 5.1 Sexo, sexualidade e o ciclo de vida sexual 5.2 Comportamento sexual e resposta sexual	Conceito chave 6: Saúde sexual e reprodutiva Tópicos: 6.1 Prevenção da gravidez 6.2 Compreender, reconhecer e reduzir o risco de DSTs, inclusive VIH 6.3 Estigma, assistência, tratamento e apoio em VIH e SIDA

7. Objetivos de aprendizado - tabelas

Conceito chave 1

– Relacionamentos

1.1 Famílias

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Definir o conceito de “família” com exemplos de diferentes tipos de estruturas familiares

Ideias chave:

- Existem muitos tipos diferentes de famílias em todo o mundo (por exemplo: biparental, monoparental, chefiada por uma criança, chefiada por um tutor, alargada, nuclear, e **famílias não tradicionais**, etc.)
- Os membros da família têm diferentes necessidades e papéis
- Os membros da família podem cuidar uns dos outros de muitas formas, embora às vezes não queiram ou não possam fazê-lo
- A desigualdade de gênero reflete-se muitas vezes nos papéis e responsabilidades dos membros da família
- As famílias são importantes no ensino de valores às crianças

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever os papéis, direitos e responsabilidades de diferentes membros da família

Ideias chave:

- As famílias podem promover a igualdade de gênero, em termos de papéis e responsabilidades
- A comunicação dentro das famílias, particularmente entre pais e filhos, leva a melhores relacionamentos
- Os pais e outros membros da família orientam e apoiam as decisões de seus filhos
- As famílias ajudam as crianças a adquirir valores e influenciam sua personalidade
- Saúde e doença podem afetar famílias em termos de sua estrutura, capacidades, papéis e responsabilidades

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Descrever como as responsabilidades de membros da família se modificam à medida que amadurecem

Ideias chave:

- Amor, cooperação, igualdade de gênero, assistência mútua e respeito mútuo são importantes para o bom funcionamento familiar e para relacionamentos saudáveis
- À medida que os filhos crescem, seu mundo e seus afetos se expandem além da família e amigos, e amigos e pares tornam-se particularmente importantes
- Crescer significa assumir responsabilidade por si e pelos outros
- Os conflitos e a falta de compreensão entre pais e filhos são comuns, especialmente durante a puberdade, e em geral são resolvíveis

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Discutir como questões de sexo e relacionamentos podem ter um impacto sobre a família – por exemplo, a revelação de sorologia positiva para o VIH, gravidez indesejada, um **relacionamento com alguém do mesmo sexo**

Ideias chave:

- Os papéis de membros da família podem mudar quando um membro mais jovem revela que é VIH-positivo, engravida, recusa um casamento arranjado, ou revela sua orientação sexual
- Existem sistemas de apoio a que famílias podem recorrer em momentos de crise
- Quando se apoiam com respeito mútuo, as famílias podem sobreviver a crises

1.2 Amizade, amor e relacionamentos

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Definir “amigo”

Ideias chave:

- Existem diferentes tipos de amigos (como bons amigos versus maus amigos, amigos, amigas)
- Amizades são baseadas em confiança, compartilhamento, empatia e solidariedade
- Relacionamentos envolvem diferentes tipos de amor, e o amor pode ser expresso de muitas formas diferentes
- Deficiências ou estado de saúde não são barreiras para estabelecer amizades, relacionamentos ou dar amor

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Identificar habilidades necessárias para gerenciar relacionamentos

Ideias chave:

- Existem diferentes formas de expressar amizade e de amar outra pessoa
- Amizades e amor ajudam as pessoas a se sentirem bem em relação a si mesmas
- Os papéis de gênero afetam relacionamentos pessoais, e a igualdade de gênero faz parte de relacionamentos saudáveis
- Relacionamentos podem ser saudáveis ou não
- Um relacionamento abusivo é um exemplo de uma relação não saudável

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Diferenciar entre diferentes tipos de relacionamentos

Ideias chave:

- Amor, amizade, paixões e atração sexual envolvem diferentes emoções
- As amizades podem ter muitos benefícios
- Os amigos podem se influenciar de forma positiva e negativa
- Relacionamentos próximos podem, às vezes, tornar-se sexuais
- Relacionamentos românticos podem ser fortemente afetados por papéis e estereótipos de gênero
- O abuso e a violência em relacionamentos estão fortemente vinculados a papéis e estereótipos de gênero

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Identificar leis relevantes sobre relacionamentos abusivos

Ideias chave:

- Habilidades para identificar relações abusivas podem ser ensinadas
- Na maioria dos países, existem leis contra o abuso em relacionamentos
- As pessoas têm a responsabilidade de notificar relacionamentos abusivos
- Tipicamente, existem mecanismos de apoio para auxiliar pessoas em relacionamentos abusivos

Conceito chave 1

– Relacionamentos

1.3 Tolerância e respeito

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Definir “respeito”

Ideias chave:

- Os valores tolerância, aceitação e respeito são chave para relacionamentos saudáveis
- Cada ser humano é único e valioso e pode contribuir para a sociedade por ser um amigo, ter um relacionamento e dar amor
- Todos os seres humanos merecem respeito
- Rir das pessoas é uma coisa nociva

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Definir os conceitos de viés, preconceito, estigma, intolerância, assédio, rejeição e bullying

Ideias chave:

- Assediar ou *bully* alguém com base em estado de saúde, cor, origem, orientação sexual ou outras diferenças é um desrespeito, uma coisa nociva e uma violação dos direitos humanos
- O estigma e a discriminação com base em diferenças são uma violação dos direitos humanos
- Todos são responsáveis por defender pessoas que estão sendo assediadas ou sofrendo bullying

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Explicar por que estigma, discriminação e bullying são nocivos

Ideias chave:

- Estigma e discriminação são nocivos
- O estigma também pode ser autoinfligido e levar ao silêncio, negação, e segredo
- Todos têm a responsabilidade de se manifestar contra o preconceito e a intolerância
- Tipicamente, existem mecanismos de apoio para auxiliar pessoas sofrendo estigma e discriminação (como homofobia)

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Explicar por que é importante questionar a discriminação contra pessoas vistas como sendo “diferentes”

Ideias chave:

- A discriminação tem um impacto negativo sobre indivíduos, comunidades e sociedades
- Em muitos lugares, existem leis contra o estigma e a discriminação

1.4 Compromissos em longo prazo, casamento e criação de filhos

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Explicar os conceitos de “família” e “casamento”

Ideias chave:

- Algumas pessoas escolhem seu noivo/noiva, outros têm casamentos arranjados
- Algumas relações acabam em separação e divórcio, que podem afetar todos os membros da família
- Diferentes estruturas familiares afetam as disposições de vida, papéis e responsabilidades das crianças
- Os casamentos forçados e os casamentos infantis são nocivos e em geral ilegais

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Explicar as características chave de compromissos em longo prazo, casamento e criação de filhos

Ideias chave:

- As leis e as práticas culturais determinam a forma como a sociedade organiza o casamento, a formação de parcerias e a geração de filhos
- Todas as pessoas têm o direito de decidir se querem ser pais, inclusive pessoas com deficiências e pessoas vivendo com VIH
- A criação de filhos é acompanhada por responsabilidades
- Os adultos podem se tornar pais de várias formas: gravidez desejada e indesejada, adoção, criação, uso de tecnologias de fertilidade assistida e **pais substitutos**

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Identificar as responsabilidades chave do casamento e de compromissos em longo prazo

Ideias chave:

- Os casamentos e compromissos em longo prazo bem sucedidos são baseados no amor, na tolerância e no respeito
- Os casamentos precoces, os casamentos infantis e a maternidade na adolescência frequentemente têm consequências sociais e sanitárias negativas
- A cultura e os papéis de gênero têm um impacto sobre a criação de filhos

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Identificar as necessidades chaves - físicas, emocionais, econômicas, e educacionais - dos filhos e as responsabilidades associadas dos pais

Ideias chave:

- O casamento e compromissos em longo prazo podem ser gratificantes e instigantes
- O bem estar de crianças pode ser afetado por dificuldades em relacionamentos
- Existem muitos fatores que influenciam as razões pelas quais as pessoas decidem ou não ter filhos

Conceito chave 2

– Valores, atitudes e habilidades

2.1 Valores, atitudes e fontes de aprendizado sexual

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Definir valores e identificar valores pessoais importantes, como igualdade, respeito, aceitação e tolerância

Ideias chave:

- Valores são crenças fortes mantidas por indivíduos, famílias e comunidades a respeito de questões importantes
- Valores e crenças orientam decisões sobre vida e relacionamentos
- **Indivíduos, pares, famílias e comunidades podem ter valores diferentes**

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Identificar fontes de valores, atitudes e aprendizado sexual

Ideias chave:

- Na maioria das famílias, os pais ensinam e dão o exemplo de seus valores a seus filhos
- Os valores e as atitudes transmitidas pelas famílias e comunidades são as fontes de nosso aprendizado sexual
- Os valores referentes a gênero, relacionamentos, intimidade, amor, sexualidade e reprodução influenciam o comportamento e tomada de decisão pessoais
- Os valores culturais afetam a igualdade e as expectativas de papéis de gênero masculinos e femininos

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Descrever seus próprios valores em relação a uma gama de temas de sexualidade e saúde reprodutiva

Dar exemplos claros de como valores pessoais afetam suas decisões e comportamentos próprios

Ideias chave:

- É importante conhecer seus próprios valores, crenças e atitudes, qual seu impacto sobre os direitos de terceiros e como mantê-los
- Todos precisamos ter tolerância e respeito por diferentes valores, crenças e atitudes.

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Explicar como se comportar de formas consistentes com os próprios valores

Ideias chave:

- **À medida que crescem, os filhos desenvolvem seus próprios valores, que podem ser diferentes dos valores de seus pais**
- As relações entre pais e filhos são fortalecidas quando pais e filhos conversam sobre suas diferenças e desenvolvem respeito pelos direitos de cada um a ter valores diferentes
- Todas as relações se beneficiam quando as pessoas respeitam os valores dos outros

2.2 Normas e influência dos pares sobre o comportamento sexual

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Definir influência de pares

Ideias chave:

- A influência dos pares existe de muitas formas diferentes
- A influência de pares pode ser boa ou ruim

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever normas sociais e sua influência sobre o comportamento

Ideias chave:

- As normas sociais influenciam valores e comportamentos, inclusive valores e comportamentos sexuais
- Normas sociais negativas e pressão de pares podem ser questionadas por comportamentos assertivos e outros meios

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Explicar como a influência de pares e normas sociais têm efeito sobre decisões e comportamento sexual

Ideias chave:

- As normas sociais e a influência de pares, como bullying e pressão negativa, podem afetar a tomada de decisão e o comportamento sexual
- Ser assertivo significa aprender quando e como dizer 'sim' e 'não' em relação a relacionamentos sexuais, e manter essa decisão

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Demonstrar habilidades para resistir à pressão de pares

Ideias chave:

- É possível tomar decisões racionais sobre comportamento sexual
- As pessoas podem resistir à influência negativa de pares em sua tomada de decisões sexuais

Conceito chave 2

– Valores, atitudes e habilidades

2.3 Tomada de decisões

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Identificar exemplos de decisões boas e más e suas consequências

Ideias chave:

- Os indivíduos merecem ser capazes de tomar suas próprias decisões
- Todas as decisões têm consequências
- A tomada de decisão é uma habilidade que pode ser aprendida
- Crianças e jovens podem precisar ajuda de adultos para tomar certas decisões

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Aplicar o processo de tomada de decisão na abordagem de problemas

Ideias chave:

- A tomada de decisão pode envolver diferentes passos
- A tomada de decisão tem consequências, e muitas vezes elas são previsíveis; portanto, é importante fazer a escolha tendo o melhor resultado em mente
- Múltiplos fatores têm influência sobre decisões, inclusive amigos, cultura, estereótipos de papéis de gênero, pares e a mídia
- Os adultos de confiança podem ser uma fonte de ajuda para a tomada de decisão

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Avaliar vantagens, desvantagens e consequências de diferentes decisões

Aplicar o processo de tomada de decisão na abordagem de questões de saúde sexual e/ou reprodutiva

Ideias chave:

- Podem existir barreiras à tomada racional de decisões sobre o comportamento sexual
- As emoções são um fator na tomada de decisão sobre o comportamento sexual
- O álcool e as drogas podem prejudicar a tomada racional de decisões sobre comportamentos sexuais
- Tomar decisões sobre comportamentos sexuais inclui considerar todas as possíveis consequências
- Decisões sobre o comportamento sexual podem afetar a saúde, o futuro e os planos de vida das pessoas

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Determinar criticamente as consequências legais, sociais, sanitárias e de direitos humanos da tomada de decisões sexuais

Ideias chave:

- O comportamento sexual traz consequências pessoais e para terceiros, que podem incluir consequências legais, bem como gravidez indesejada ou DSTs, inclusive o VIH
- A legislação nacional pode afetar o que os jovens podem e não podem fazer
- Existem convenções e acordos internacionais relativos à saúde sexual e reprodutiva que fornecem orientações sobre padrões de direitos humanos (como CEDAW, CDD) que podem ser examinados em conjunto com a legislação nacional relacionada ao acesso a serviços de saúde, idade de consentimento sexual, etc.

2.4 Habilidades de comunicação, recusa e negociação

Objetivos de aprendizagem para o nível I (5-8)

Demonstrar compreensão de diferentes tipos de comunicação

Ideias chave:

- Todas as pessoas têm o direito de se expressar
- A comunicação é importante em todas as relações, inclusive entre pais e filhos, adultos de confiança e amigos
- As pessoas têm diferentes modos de se comunicar, inclusive a comunicação verbal e não verbal
- A comunicação clara das idéias de 'sim' e 'não' protege a privacidade e a integridade corporal

Objetivos de aprendizagem para o nível II (9-12)

Demonstrar exemplos de comunicação efetiva e não efetiva

Ideias chave:

- A comunicação efetiva utiliza diferentes modos e estilos, e pode ser aprendida
- Ser assertivo é um importante aspecto da comunicação
- Os papéis de gênero podem afetar a comunicação entre as pessoas
- A negociação requer respeito e cooperação mútuos e, com frequência, o compromisso de todas as partes

Objetivos de aprendizagem para o nível III (12-15)

Demonstrar confiança no uso de habilidades de negociação e de dizer não (recusa)

Ideias chave:

A boa comunicação é essencial para relações pessoais, familiares, românticas, escolares e de trabalho

- Podem existir obstáculos a uma comunicação efetiva
- A comunicação efetiva pode ajudar crianças e jovens a recusar pressões sexuais indesejadas e abuso por adultos, em posições de autoridade ou não
- Os papéis e as expectativas de gênero influenciam a negociação de relações sexuais

Objetivos de aprendizagem para o nível IV (15-18)

Demonstrar a comunicação efetiva de necessidades pessoais e limites sexuais

Ideias chave:

- O sexo consensual e seguro requer habilidades efetivas de comunicação
- A assertividade e as habilidades de negociação podem ajudar uma pessoa a resistir a pressões sexuais indesejadas ou reforçar a intenção de praticar sexo seguro

Conceito chave 2

– Valores, atitudes e habilidades

2.5 Encontrar ajuda e apoio

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Identificar formas específicas como as pessoas podem se ajudar

Ideias chave:

- Todas as pessoas têm o direito a proteção e apoio
- Amigos, familiares, professores, clero e membros da comunidade podem e devem ajudar uns aos outros
- Os adultos de confiança podem ser fontes de ajuda e apoio

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Identificar problemas específicos e fontes relevantes de ajuda

Ideias chave:

- Existem diferentes fontes de ajuda e apoio em sua escola e em sua comunidade
- Alguns problemas podem requerer pedir ajuda além da escola ou comunidade
- A atenção sexual indesejada, o assédio ou o abuso devem ser notificados a uma fonte de ajuda de confiança

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Identificar fontes apropriadas de auxílio

Ideias chave:

- Vergonha e culpa não devem ser barreiras à busca de ajuda
- É necessário fazer uma avaliação crítica ao usar a mídia (como a Internet) como uma fonte de auxílio
- Existem locais onde se pode ter acesso a apoio em saúde sexual e reprodutiva (como aconselhamento, exames e tratamento para DSTs/VIH; serviços de contracepção, abuso sexual, estupro, violência doméstica e de gênero, **assistência ao aborto e pós-aborto⁴** e estigma e discriminação)
- As boas fontes de ajuda mantêm a confidencialidade⁵ e protegem a privacidade

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Demonstrar um comportamento apropriado de busca de ajuda

Ideias chave:

- A assertividade é uma habilidade necessária para identificar uma fonte apropriada de ajuda
- Todos têm o direito a uma assistência acessível, concreta, e com respeito, que mantenha a confidencialidade⁵ e proteja a privacidade

4 “Em nenhuma hipótese o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar ... **Em circunstâncias em que o aborto não contrarie a lei, esse aborto deve ser seguro.** Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem estar imediatamente disponíveis, o que também ajudará a evitar os abortos repetidos.” Plano de Ação da CIPD, parágrafo 8.25
“Em circunstâncias em que o aborto não contrarie a lei, os sistemas de saúde devem formar e equipar os provedores de serviços de saúde e tomar outras providências a fim de assegurar que o aborto seja seguro e acessível.” Ações chave CIPD+5, parágrafo 63iii

5 “Com a finalidade de promover a saúde e o desenvolvimento de adolescentes, os Estados Partes também são encorajados a respeitar estritamente seu direito à privacidade e à confidencialidade, inclusive a respeito de orientação e aconselhamento em assuntos de saúde (art. 16). Provedores de cuidados de saúde têm o dever de manter o sigilo de informações médicas envolvendo adolescentes, tendo em mente os princípios básicos da Convenção. Tais informações somente podem ser reveladas com o consentimento do adolescente, ou nas mesmas situações aplicáveis à violação do sigilo de um adulto. Adolescentes considerados maduros o bastante para receber aconselhamento sem a presença de um dos pais ou outra pessoa têm direito ao sigilo e podem solicitar serviços confidenciais, incluindo tratamento.” CDC Gen Com 4(2003) parágrafo 11
 “A concretização do direito à saúde de adolescentes depende do desenvolvimento de cuidados à saúde sensíveis aos jovens, que respeitem o sigilo e a privacidade e incluam serviços apropriados de saúde sexual e reprodutiva.” CRC Gen Com 4(2003) parágrafo 40b

Conceito chave 3

– Cultura, sociedade e direitos humanos

3.1 Sexualidade, cultura e direitos humanos

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Identificar fontes de informação sobre sexo e gênero

Ideias chave:

- Famílias, indivíduos, pares e comunidades são fontes de informação sobre sexo e gênero
- Os valores e crenças de nossas famílias e comunidades orientam nosso entendimento de sexo e gênero

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Identificar normas e mensagens culturais, religiosas, de direitos humanos e de apoio legal sobre sexualidade

Demonstrar vontade de ouvir as opiniões de terceiros sobre sexualidade

Ideias chave:

- A cultura, a sociedade e os padrões de direitos humanos e legais influenciam nosso entendimento de sexualidade
- Todas as culturas têm normas e tabus relacionados à sexualidade e ao gênero, que se modificaram ao longo do tempo
- Cada cultura tem seus ritos específicos de passagem para a idade adulta
- O respeito aos direitos humanos requer que levemos em conta as opiniões de terceiros sobre sexualidade

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Identificar importantes normas culturais e fontes de mensagens relacionadas à sexualidade

Identificar leis nacionais e regulamentos locais que afetem o usufruto dos direitos humanos relacionados à saúde sexual e reprodutiva

Ideias chave:

- Acordos internacionais e instrumentos de direitos humanos fornecem orientação sobre saúde sexual e reprodutiva
- Fatores culturais influenciam o que é considerado um comportamento sexual aceitável e inaceitável na sociedade

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Explicar os conceitos de direitos humanos relacionados à saúde sexual e reprodutiva

Ideias chave:

- Existem instrumentos legais nacionais e internacionais referentes ao casamento infantil, excisão/mutilação genital feminina (EGF/MGF), idade de consentimento, orientação sexual, estupro, abuso sexual, e acesso das pessoas a serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR)
- O respeito aos direitos humanos requer que aceitemos pessoas de diferentes orientações sexuais e identidades de gênero
- A cultura, os direitos humanos e as práticas sociais influenciam a igualdade de gênero e papéis de gênero

Conceito chave 3

– Cultura, sociedade e direitos humanos

3.2 Sexualidade e a mídia

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Identificar diferentes formas de meios de comunicação

Distinguir entre exemplos da realidade e ficção (como televisão, internet)

Ideias chave:

- A televisão, a internet, os livros e os jornais são diferentes formas de meios de comunicação (mídia)
- Todos os meios de comunicação apresentam histórias que podem ser reais ou imaginadas

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Identificar exemplos de como homens e mulheres são retratados nos meios de comunicação

Descrever o impacto da mídia nos valores pessoais, atitudes e comportamentos relativos ao gênero e à sexualidade

Ideias chave:

- Os meios de comunicação podem fazer representações positivas e negativas, tanto de homens quanto de mulheres
- Os meios de comunicação influenciam valores pessoais, atitudes e normas sociais relativas ao gênero e à sexualidade

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Identificar imagens irrealistas nos meios de comunicação de massa referentes à sexualidade e relacionamentos sexuais

Descrever o impacto dessas imagens sobre estereótipos de gênero

Ideias chave:

- Os meios de comunicação de massa influenciam nossos ideais de beleza e estereótipos de gênero
- A mídia da pornografia tende a fazer uso de estereótipos de gênero
- Retratos negativos de homens e mulheres na mídia influenciam nossa autoestima

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Determinar criticamente a influência potencial de mensagens da mídia sobre a sexualidade e os relacionamentos sexuais

Identificar formas como a mídia poderia dar uma contribuição positiva para a promoção de um comportamento sexual mais seguro e da igualdade de gênero

Ideias chave:

- Retratos negativos e incorretos de homens e mulheres na mídia podem ser questionados
- **A mídia tem o poder de influenciar positivamente o comportamento e de promover relações de gênero igualitárias**

3.3 A construção social do gênero

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Definir gênero

Ideias chave:

- Famílias, escolas, amigos, meios de comunicação e a sociedade são fontes de aprendizado sobre gênero e estereótipos de gênero

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Explorar modos como a desigualdade de gênero é movida por meninos e meninas, mulheres e homens

Ideias chave:

- As normas sociais e culturais e as crenças religiosas são alguns dos fatores que influenciam papéis de gênero
- Existem desigualdades de gênero em famílias, amizades, comunidades e sociedade, como preferências por homens/filhos homens
- Os direitos humanos promovem a igualdade entre homens e mulheres e meninos e meninas
- Todos são responsáveis por superar a desigualdade de gênero

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Explicar o significado e dar exemplos de viés de gênero e discriminação de gênero

Ideias chave:

- Os valores pessoais influenciam as crenças de uma pessoa sobre viés de gênero e discriminação
- A igualdade de gênero promove uma tomada de decisão equitativa em relação ao comportamento sexual e ao planejamento familiar
- Padrões diferentes e desiguais às vezes são aplicados a homens e mulheres

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Identificar exemplos pessoais dos modos como o gênero afeta as vidas das pessoas

Ideias chave:

- Existe um amplo entendimento que a orientação sexual e a identidade de gênero são influenciadas por muitos fatores
- A desigualdade de gênero influencia o comportamento sexual e pode aumentar o risco de coação, abuso e violência sexual

Conceito chave 3

– Cultura, sociedade e direito

3.4 Violência de gênero, abuso sexual e práticas nocivas

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Descrever exemplos de práticas positivas e nocivas

Definir abuso sexual

- Ideias chave:
- Existem práticas positivas e práticas nocivas que afetam a saúde e o bem estar na sociedade
- Os direitos humanos protegem todas as pessoas contra o abuso sexual e a violência de gênero
- O toque inapropriado, o sexo indesejado e o sexo forçado (estupro) são formas de abuso sexual
- O abuso sexual é sempre errado

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Explicar como estereótipos de papéis de gênero contribuem para a atividade sexual forçada e o abuso sexual

Definir e descrever violência de gênero, inclusive o estupro, e sua prevenção

Demonstrar habilidades relevantes de comunicação (como assertividade, dizer não) ao resistir ao abuso sexual

- Ideias chave:
- As crenças e práticas tradicionais podem ser uma fonte de lições/aprendizado positivo
- Os homicídios de honra, homicídios de noivas e crimes de paixão são exemplos de práticas nocivas e desigualdade de gênero que violam direitos humanos
- Existem maneiras de procurar ajuda em caso de abuso sexual e estupro
- A assertividade e as habilidades de dizer não podem ajudar a resistir ao abuso sexual e à violência de gênero, inclusive o estupro

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Identificar estratégias específicas para reduzir a violência de gênero, inclusive estupro e abuso sexual

Ideias chave:

- Todas as formas de abuso sexual e violência de gênero por adultos, jovens e pessoas em posições de autoridade são uma violação de direitos humanos
- Todos têm a responsabilidade de notificar o abuso sexual e a violência de gênero
- Existem adultos de confiança que podem lhe encaminhar para serviços de apoio a vítimas de abuso sexual e violência de gênero

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Demonstrar capacidade de argumentação em favor da eliminação de estereótipos e desigualdade de gênero, de práticas nocivas e da violência com um viés de gênero

Ideias chave:

- Todos têm a responsabilidade de fazer advocacy em favor da igualdade de gênero e dizer o que pensa em relação a violações de direitos humanos, como abuso sexual, práticas nocivas e violência de gênero

Conceito chave 4

– Desenvolvimento humano

4.1 Anatomia e fisiologia sexual e reprodutiva

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Fazer a distinção entre corpos masculinos e femininos

Ideias chave:

- Todos têm um corpo único, que merece respeito, inclusive portadores de deficiências
- Todas as culturas têm diferentes maneiras de ver nossos corpos
- Homens e mulheres e meninos e meninas têm corpos diferentes que mudam ao longo do tempo
- Algumas partes do corpo são consideradas íntimas, e outras não

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever a estrutura e função dos órgãos sexuais e reprodutivos

Ideias chave:

- A anatomia e a fisiologia sexual e reprodutiva descrevem conceitos como ciclo menstrual, espermatogênese, ereção, e ejaculação
- É comum que crianças e jovens tenham perguntas sobre o desenvolvimento sexual, tais como: por que um seio é maior do que o outro? Essas mudanças acontecem com todo mundo?

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Distinguir entre os aspectos biológicos e sociais de sexo e de gênero

Ideias chave:

O sexo de um feto é determinado por cromossomos, e essa determinação nos primeiros estágios da gravidez

- Os hormônios têm um papel importante no crescimento, desenvolvimento e regulação de órgãos reprodutivos e funções sexuais
- Práticas culturais, tradicionais e religiosas são uma importante influência nas ideias de uma pessoa sobre sexo, gênero, puberdade e reprodução
- Todas as culturas têm diferentes modos de entender sexo, gênero e o momento apropriado de se tornar sexualmente ativo

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Descrever a capacidade sexual e reprodutiva de homens e mulheres ao longo do ciclo de vida

Ideias chave:

- **Os corpos de homens e de mulheres mudam ao longo do tempo**, inclusive suas capacidades e funções reprodutivas e sexuais

Conceito chave 4

– Desenvolvimento humano

4.2 Reprodução

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Descrever de onde vêm os bebês

Ideias chave:

- O bebê se forma quando um óvulo e um espermatozoide se combinam
- A reprodução inclui vários passos, incluindo ovulação, fertilização, concepção, gestação e parto do bebê
- O corpo de uma mulher sofre transformações durante a gravidez

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever como ocorre a gravidez e como ela pode ser prevenida

Identificar métodos contraceptivos básicos

Ideias chave:

- As relações sexuais vaginais sem proteção podem levar à gravidez e a DSTs, inclusive o VIH
- Existem formas de prevenir gestações não desejadas, incluindo não fazer sexo e usar contracepção
- O uso correto e consistente de preservativos e de contracepção pode prevenir a gestação, o VIH e outras DSTs
- Mudanças hormonais regulam a ovulação e o ciclo menstrual
- A probabilidade de concepção é maior em certos momentos do ciclo menstrual da mulher
- Existem riscos à saúde associados ao casamento precoce (voluntário e forçado) e à gestação e parto precoces
- A gravidez não põe em perigo a saúde de uma mulher VIH-positiva, e existem medidas que podem ser tomadas para reduzir o risco de transmitir o VIH ao bebê

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Descrever os sinais de gravidez, e os estágios do desenvolvimento fetal e do parto

Ideias chave:

Existem sinais e sintomas de gravidez que podem ser confirmados por um teste

- O feto passa por muitos estágios de desenvolvimento
- Podem-se tomar medidas para promover uma gravidez saudável e um parto seguro
- Existem riscos ao desenvolvimento fetal associados à má nutrição, ao tabagismo e ao uso de álcool e drogas durante a gravidez

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Diferenciar entre função e desejos reprodutivos e sexuais

Ideias chave:

- O consentimento mútuo é uma exigência chave antes da atividade sexual com um parceiro
- A tomada de decisões sexuais exige a consideração prévia de estratégias de redução de risco para prevenir a gravidez não desejada e as DSTs
- Homens e mulheres passam por transformações em suas funções sexuais e reprodutivas durante a vida
- Nem todos são férteis e existem formas de abordar esse fato

4.3 Puberdade

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Descrever como o corpo se modifica à medida que as pessoas crescem

Descrever as características chave da puberdade

Ideia chave:

- A puberdade é um tempo de modificações físicas e emocionais que ocorre à medida que as crianças crescem e amadurecem

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever o processo de puberdade e a maturação do sistema sexual e reprodutivo

Ideias chave:

- A puberdade assinala mudanças na capacidade reprodutiva de uma pessoa
- Durante a puberdade, os jovens passam por uma gama de modificações sociais, emocionais e físicas
- À medida que o corpo amadurece, é importante manter uma boa higiene (por exemplo, lavar a região genital, higiene menstrual, etc.)
- Durante a puberdade, as meninas necessitam ter acesso a e conhecimentos sobre o uso adequado de absorventes sanitários e outros insumos
- Mudanças hormonais masculinas regulam o início da produção de esperma
- Os jovens podem ter emissões noturnas de esperma (polução noturna) tanto durante a puberdade quanto mais tarde

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Descrever as similaridades e diferenças entre meninas e meninos em relação às modificações físicas, emocionais, e sociais associadas à puberdade

Distinguir entre puberdade e adolescência

Ideias chave:

- A puberdade é um tempo de maturação sexual que causa importantes modificações físicas e emocionais e pode ser estressante
- A puberdade ocorre em diferentes momentos para diferentes pessoas e tem diferentes efeitos sobre meninos e meninas
- A adolescência é o tempo entre o início da maturação sexual (puberdade) e a idade adulta

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Descrever as modificações emocionais e físicas chave na puberdade que ocorrem em resultado de mudanças hormonais

Ideias chave:

- Os hormônios masculinos e femininos são diferentes e têm uma grande influência sobre as modificações emocionais e físicas que ocorrem ao longo da vida de uma pessoa
- Os hormônios podem afetar a forma e tamanho do corpo, os pelos corporais, bem como outras mudanças

Conceito chave 4

– Desenvolvimento humano

4.4 Imagem corporal

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Reconhecer que todos os corpos são diferentes

Ideias chave:

- Todos os corpos (inclusive os portadores de deficiências) são especiais e únicos
- Todos podem ter orgulho de seus corpos

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Diferenciar entre ideais culturais e a realidade em relação à aparência física

Ideias chave:

- A aparência física é determinada pela hereditariedade, ambiente e hábitos de saúde
- O valor de uma pessoa não é determinado por sua aparência
- Ideais de atratividade física mudam ao longo do tempo e diferem entre culturas

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Descrever como os sentimentos das pessoas sobre seus corpos podem afetar sua saúde, autoimagem e comportamento

Ideias chave:

- O tamanho e forma do pênis, vulva ou seios variam e não afetam a reprodução ou a capacidade de ser um bom parceiro sexual
- A aparência corporal de alguém pode afetar o modo como outras pessoas se sentem e se comportam em relação a ele/ela
- O uso de medicamentos para mudar sua imagem corporal (como comprimidos para emagrecer ou esteróides) a fim de se conformar a padrões de beleza irrealistas e influenciados por noções de gênero pode ser nocivo
- Existem modos de procurar ajuda e tratar distúrbios alimentares nocivos, como anorexia e bulimia

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Identificar estereótipos particulares de cultura e de papéis de gênero e como podem afetar as pessoas e seus relacionamentos

Ideias chave:

- Padrões irrealistas sobre aparência corporal podem ser questionados
- A imagem corporal pode afetar a autoestima, tomada de decisão e comportamento

4.5 Privacidade e integridade corporal

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Descrever o significado de “direitos corporais”

Ideias chave:

- Todos têm o direito de decidir quem pode tocar seu corpo, onde, e de que maneira
- Todas as culturas têm diferentes formas de respeitar a privacidade e a integridade cultural

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Definir atenção sexual indesejada

Demonstrar maneiras de resistir à atenção sexual indesejada

Ideias chave:

- Durante a puberdade, a privacidade em relação ao próprio corpo torna-se mais importante
- O espaço privado, inclusive o acesso a banheiros e à água, torna-se mais importante à medida que as meninas amadurecem
- A atenção e o assédio sexual indesejados durante a menstruação, bem como em qualquer outro momento, são violações da privacidade e integridade corporal das meninas
- A atenção e o assédio sexual indesejados de meninos são uma violação de sua privacidade e integridade corporal
- Para meninas, falar com seus pares, pais e professores sobre a menstruação não é nenhum motivo de vergonha
- Ser assertivo sobre a privacidade é um modo de dizer não ao assédio e atenção sexual indesejada

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Identificar elementos chave de se manter seguro de dano sexual

Ideias chave:

Todos têm o direito à privacidade e à integridade corporal

- Todos têm o direito de ter controle sobre o que farão ou não farão do ponto de vista sexual
- A internet, celulares e outras mídias novas podem ser uma fonte de atenção sexual indesejada

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Descrever alguns modos como a sociedade, a cultura, a lei e os papéis de gênero podem afetar interações sociais e o comportamento sexual

Ideias chave:

- Instrumentos internacionais de direitos humanos afirmam direitos à privacidade e à integridade corporal
- Os corpos de homens e mulheres são tratados de modos diferentes, e padrões duplos de comportamento sexual podem ter impacto sobre as interações sociais e sexuais

Conceito chave 5

– Comportamento sexual

5.1 Sexo, sexualidade e o ciclo de vida sexual

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Explicar o conceito de partes íntimas do corpo

Ideias chave:

- A maioria das crianças tem curiosidade sobre seu corpo
- É natural explorar partes de seu próprio corpo, inclusive as partes íntimas

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever a sexualidade em relação ao ciclo de vida humana

Ideias chave:

- Os seres humanos nascem com a capacidade de usufruir de sua sexualidade ao longo de toda a vida
- Muitos meninos e meninas começam a se masturbar⁶ durante a puberdade ou, às vezes, mais cedo
- A masturbação não causa dano físico ou emocional, mas deve ser feita privadamente⁶
- É importante conversar e fazer perguntas sobre sexualidade com um adulto de confiança

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Explicar modos de expressão da sexualidade ao longo do ciclo de vida

Ideias chave:

- Sentimentos, fantasias e desejos sexuais são naturais e ocorrem ao longo de toda a vida
- Nem todas as pessoas escolhem por em prática seus sentimentos, fantasias e desejos sexuais
- O interesse na sexualidade pode mudar com a idade e pode ser expresso ao longo de toda a vida
- Todos precisam ter tolerância e respeito pelas diferentes formas como a sexualidade se expressa entre culturas e contextos

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Definir sexualidade em relação a seus componentes biológicos, sociais, psicológicos, espirituais, éticos e culturais.

Ideias chave:

- A sexualidade é complexa e multifacetada e inclui componentes biológicos, sociais, psicológicos, espirituais, éticos e culturais
- Quando expressa com respeito, a sexualidade pode potencializar o bem estar da pessoa

6 McCary J.L. 1978. McCary's Human Sexuality. Third Edition. D. Van Nostrand and Company: Nova York, pp. 150 & 262
Strong, B., DeVault, C. 1988. Understanding Our Sexuality. Second Edition. West Publishing Company: Eagan MN, pp. 179-80
Haas, A., and Haas, K. 1990. Understanding Sexuality. Times Mirror/Mosby College Publishing: St. Louis. p. 207
Francoeur, R.T., Noonan, R.J. (Editors). 2004. The International Encyclopaedia of Sexuality. Volume 5. Continuum Intl Pub Group: Nova York.

5.2 Comportamentos sexuais e resposta sexual

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Explicar que a atividade sexual é uma maneira madura de demonstrar carinho e afeição

Ideias chave:

- Os adultos demonstram amor e carinho por outras pessoas de diferentes formas, inclusive, às vezes, por comportamentos sexuais
- As pessoas se beijam, abraçam, tocam e se envolvem em comportamentos sexuais uns com os outros a fim de demonstrar carinho, amor, intimidade física, ou para se sentir bem
- As crianças não estão prontas para contatos sexuais com outras pessoas

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever a resposta masculina e feminina à estimulação sexual

Ideias chave:

- Homens e mulheres têm um ciclo de resposta sexual, por meio do qual a estimulação sexual (física ou mental) pode produzir uma resposta física
- Durante a puberdade, meninos e meninas se tornam mais conscientes de suas respostas à atração e estimulação sexual
- As pessoas podem ter pensamentos e sentimentos sexuais sem pô-los em prática e são geralmente capazes de controlá-los quando necessário
- Existe uma gama de formas como os casais podem demonstrar amor, carinho e sentimentos de atração sexual, e demonstrar que o amor envolve mais do que se envolver num comportamento sexual
- Relacionamentos sexuais requerem maturidade emocional e física
- É preciso pensar de modo crítico ao fazer amigos e ao formar relacionamentos sexuais.
- Poucas (ou nenhuma) pessoas têm uma vida sexual sem nenhum problema ou decepção

Conceito chave 5

– Comportamento sexual

5.2 Comportamentos sexuais e resposta sexual (cont.)

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Descrever comportamentos sexuais comuns

Descrever os elementos chave do ciclo de resposta sexual

Ideias chave:

- Cada sociedade tem seus próprios mitos sobre comportamento sexual – é importante conhecer os fatos
- **Abstinência significa não se envolver em comportamentos sexuais com terceiros, e é o modo mais seguro de evitar gravidez e DSTs, inclusive o VIH**
- Os preservativos e outros contraceptivos permitem que pessoas se envolvam em comportamentos sexuais que reduzem o risco de consequências indesejadas
- Os comportamentos sexuais sem penetração não apresentam risco de gravidez indesejada, e oferecem um menor risco de DSTs, inclusive o VIH
- Transação sexual é a troca de dinheiro, bens ou proteção por favores sexuais
- Desenvolver a assertividade e habilidades de recusa de sexo pode ajudar crianças e jovens a evitar transações sexuais
- Todos são responsáveis por notificar o assédio e a coação sexual, que são violações de direitos humanos
- Existem muitos estágios, com suas modificações físicas correspondentes, no ciclo de resposta sexual humana, masculina e feminina

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Definir elementos chave do prazer e da responsabilidade sexual

Ideias chave:

- As consequências do envolvimento em comportamentos sexuais são reais, e estão associadas a responsabilidades
- A boa comunicação pode potencializar um relacionamento sexual
- Os dois parceiros sexuais são responsáveis por evitar a gravidez indesejada e as DSTs, inclusive o VIH
- Muitos adultos têm períodos em suas vidas sem contato sexual com outras pessoas



Conceito chave 6

– Saúde sexual e reprodutiva

6.1 Prevenção da gravidez

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Reconhecer que nem todos os casais têm filhos

Ideias chave:

- Todas as pessoas, independentemente de seu estado de saúde, religião, origem, raça ou estado matrimonial podem criar um filho e lhe dar o amor que merece
- As crianças devem ser desejadas, cuidadas, e amadas
- Algumas pessoas não são capazes de cuidar de uma criança

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Descrever características chave da gravidez e da contracepção

Ideias chave:

- Há muitos mitos sobre preservativos, contraceptivos e outros meios de evitar a gravidez indesejada – é importante conhecer os fatos
- Não ter relações sexuais é a forma mais efetiva de contracepção
- O uso correto e consistente de preservativos pode reduzir o risco de gravidez indesejada, VIH e outras DSTs
- Decidir usar um preservativo ou outros contraceptivos é responsabilidade de homens e de mulheres, e papéis de gênero e normas de pares podem influenciar essas decisões
- Existem sinais e sintomas comuns de gravidez, e testes para confirmar se uma mulher está grávida
- Uma gravidez indesejada em baixa idade pode ter consequências sanitárias e sociais negativas

Conceito chave 6

– Saúde sexual e reprodutiva

6.1 Prevenção da gravidez (cont.)

Objetivos de aprendizado para o nível III (12-15)

Descrever métodos efetivos de prevenir a gravidez indesejada e sua eficácia

Explicar o conceito de vulnerabilidade pessoal à gravidez indesejada

Ideias chave:

- Diferentes formas de contracepção têm diferentes taxas de efetividade, eficácia, benefícios e efeitos colaterais
- A abstenção de relações sexuais é o método mais efetivo de evitar a gravidez indesejada
- O uso correto e consistente de preservativos pode reduzir o risco de gravidez indesejada em pessoas sexualmente ativas
- A contracepção de emergência (pílula do dia seguinte), nos locais onde é legal e está disponível, pode evitar a gravidez indesejada, inclusive quando essa resultar de falta ou mau uso de contraceptivos, falha dos contraceptivos ou agressão sexual
- Métodos naturais de contracepção só devem ser considerados quando aconselhados por um profissional de saúde treinado
- A esterilização é um método contraceptivo permanente
- Tipicamente, preservativos e contraceptivos podem ser obtidos localmente – embora obstáculos possam impedir ou limitar a capacidade de jovens para obtê-los
- Não se deve recusar acesso a contraceptivos ou preservativos a nenhum(a) jovem sexualmente ativo(a) com base em seu estado marital, sexo ou gênero

Objetivos de aprendizado para o nível IV (15-18)

Descrever benefícios pessoais e possíveis riscos dos métodos disponíveis de contracepção

Demonstrar confiança em discutir e usar diferentes métodos contraceptivos

Ideias chave:

- O uso de contraceptivos pode ajudar pessoas sexualmente ativas a planejar suas famílias, com importantes benefícios correlatos para indivíduos e para sociedades
- Alguns métodos contraceptivos podem causar efeitos colaterais e/ou ser desaconselhados para uso em certas circunstâncias (também conhecidas como «contraindicações»)
- Todos os tipos de contracepção, inclusive os preservativos e a contracepção de emergência, devem ser usados corretamente
- Entre pessoas sexualmente ativas, a decisão sobre o método ou combinação de contraceptivos mais apropriado muitas vezes é baseada na percepção de risco, custo, acessibilidade e outros fatores

6.2 Entender, reconhecer e reduzir o risco de DSTs, inclusive o VIH

Objetivos de aprendizado para o nível I (5-8)

Descrever os conceitos de “saúde” e “doença”

Ideias chave:

- As pessoas podem fazer escolhas e adotar comportamentos que preservem e salvaguardem sua saúde
- O sistema imunitário protege o organismo de doenças e ajuda as pessoas a permanecerem saudáveis
- Algumas doenças podem ser transmitidas de uma pessoa para outra
- Algumas pessoas que têm uma doença podem parecer saudáveis
- Todas as pessoas – independentemente de seu estado de saúde – precisam de amor, carinho e apoio

Objetivos de aprendizado para o nível II (9-12)

Explicar modos de transmissão, tratamento e prevenção de DSTs/VIH

Demonstrar habilidades de comunicação em relação ao sexo seguro

Ideias chave:

- O VIH é um vírus que pode ser transmitido por meio de sexo sem proteção com uma pessoa infectada, transfusão de sangue contaminado, uso de seringas, agulhas ou outros instrumentos cortantes contaminados, ou de uma mãe infectada para seu filho durante a gravidez, parto ou amamentação
- A vasta maioria das infecções por VIH são transmitidas por meio de relações sexuais com penetração e sem proteção com um parceiro infectado
- O VIH não pode ser transmitido por meio de contatos casuais (com aperto de mão, abraço, usar o mesmo copo)
- Existem formas de reduzir o risco de adquirir ou transmitir o VIH, inclusive antes (como uso de preservativo) e depois (como profilaxia pós-exposição) da exposição ao vírus
- É possível fazer exames para DSTs usuais, como clamídia, gonorréia, sífilis e VIH
- Existe tratamento para muitas DSTs
- Atualmente não existe uma cura para o VIH – embora a terapia antiretroviral (TARV) possa suprimir o VIH e interromper a progressão da doença comumente conhecida como SIDA
- As habilidades de comunicação, negociação e de dizer ‘não’ podem ajudar os jovens a resistir a pressões sexuais indesejadas ou reforçar a intenção de praticar sexo seguro, incluindo o uso correto e consistente de preservativos e contraceptivos

Conceito chave 6

– Saúde sexual e reprodutiva

6.2 Entender, reconhecer e reduzir o risco de DSTs, inclusive o VIH (cont.)

Objetivos de aprendizagem para o nível III (12-15)

Identificar modos específicos de reduzir o risco de adquirir ou transmitir o VIH e outras DSTs, inclusive o uso correto de preservativos

Explicar como a cultura e o gênero afetam a tomada pessoal de decisões sobre relacionamentos sexuais

Demonstrar habilidades para negociar sexo seguro e recusar práticas sexuais não seguras

Ideias chave:

- DSTs como clamídia, gonorréia, sífilis, VIH e HPV (papiloma vírus genital humano) podem ser evitadas
- Não ter relações sexuais é a mais efetiva proteção contra o VIH e outras DSTs
- Se uma pessoa é sexualmente ativa, existem outras formas de reduzir o risco de adquirir ou transmitir o VIH e outras DSTs, inclusive evitar o sexo com penetração, praticar a 'monogamia mútua', reduzir o número de parceiros sexuais, usar preservativos de modo consistente e correto, evitar ter múltiplos parceiros simultâneos, e fazer exames e tratar outras DSTs
- Em certos contextos onde existem altos níveis de VIH e outras DSTs, relacionamentos com diferença de idade/ intergeracionais podem aumentar o risco de adquirir VIH
- A profilaxia pós-exposição (PPE), ou TARV de curta duração, pode reduzir a probabilidade de infecção pelo VIH depois de uma exposição em potencial
- Serviços de saúde sexual, inclusive CTAs oferecendo aconselhamento pré e pós-teste, podem ajudar as pessoas a avaliar os riscos pessoais e a vulnerabilidade percebida, e a explorar suas atitudes sobre práticas sexuais mais seguras
- Todos têm direito à confidencialidade⁷ sobre sua saúde, e não devem ser obrigados a revelar sua sorologia de VIH
- Programas promovendo uma vida positiva podem ajudar pessoas com VIH a se sentir apoiadas para praticar sexo seguro e/ou revelar voluntariamente sua sorologia de VIH a seu(s) parceiro(s)
- Cultura, gênero e normas de pares podem influenciar a decisão sobre comportamento sexual
- O uso de álcool e drogas pode prejudicar a tomada racional de decisões e contribuir para comportamentos de alto risco

Objetivos de aprendizagem para o nível IV (15-18)

Avaliar uma gama de estratégias de redução de risco em termos de efetividade e preferência pessoal

Demonstrar habilidades de comunicação e tomada de decisão em relação ao sexo seguro

Ideias chave:

- Existe uma gama de fatores que pode dificultar a prática de sexo seguro
- Algumas estratégias de redução de risco oferecem dupla proteção contra a gravidez indesejada e as DSTs, incluindo VIH
- Entre pessoas sexualmente ativas, a decisão sobre as estratégias de redução de risco mais apropriadas a serem adotadas muitas vezes é influenciada pela autoeficácia, vulnerabilidade percebida, papéis de gênero, cultura e normas de pares das pessoas
- As habilidades de comunicação, negociação e de recusa (dizer 'não') podem ajudar jovens a resistir a pressões sexuais indesejadas ou a reforçar a intenção de praticar sexo seguro, inclusive o uso correto e consistente de preservativos e contraceptivos

7 "Com a finalidade de promover a saúde e o desenvolvimento de adolescentes, os Estados Partes também são encorajados a respeitar estritamente seu direito à privacidade e à confidencialidade, inclusive a respeito de orientação e aconselhamento em assuntos de saúde (art. 16). Provedores de cuidados de saúde têm o dever de manter o sigilo de informações médicas envolvendo adolescentes, tendo em mente os princípios básicos da Convenção. Tais informações somente podem ser reveladas com o consentimento do adolescente, ou nas mesmas situações aplicáveis à violação do sigilo de um adulto. Adolescentes considerados maduros o bastante para receber aconselhamento sem a presença de um dos pais ou outra pessoa têm direito ao sigilo e podem solicitar serviços confidenciais, incluindo tratamento." CDC Gen Com 4(2003) parágrafo 11

"A concretização do direito à saúde de adolescentes depende do desenvolvimento de cuidados à saúde sensíveis aos jovens, que respeitem o sigilo e a privacidade e incluam serviços apropriados de saúde sexual e reprodutiva." CRC Gen Com 4(2003) parágrafo 40b

6.3 Estigma, tratamento, assistência e apoio em VIH e SIDA

Objetivo de aprendizagem para o nível I (5-8)

Identificar as necessidades básicas de pessoas vivendo com o VIH

Idéias chave:

- Todas as pessoas necessitam de amor e afeição
- As pessoas vivendo com o VIH podem dar amor e afeição e podem contribuir com a sociedade
- As pessoas vivendo com o VIH têm direitos e merecem amor, respeito, assistência e apoio
- Existem tratamentos médicos que ajudam as pessoas a viver positivamente com o VIH

Objetivo de aprendizagem para o nível II (9-12)

Descrever os desafios emocionais, económicos, físicos e sociais de viver com o VIH

Idéias chave:

- O VIH e a SIDA afeta a estrutura, papéis e responsabilidades familiares
- Descobrir sua sorologia para o VIH pode causar grande perturbação emocional
- A revelação da sorologia para o VIH pode ter consequências negativas, inclusive rejeição, estigma, discriminação e violência
- O estigma, inclusive o autoestigma, pode impedir pessoas de acessar e usar tratamento, assistência e outros serviços de apoio
- As necessidades emocionais, de saúde, nutricionais e físicas de crianças órfãs ou vulneráveis devido à SIDA podem exigir atenção particular
- As pessoas vivendo com o VIH sofrem alterações em suas cargas virais (o volume de VIH circulando em seu organismo), que podem ter um impacto sobre o risco de transmitir o VIH
- O tratamento do VIH é um compromisso para toda a vida, e muitas vezes pode causar efeitos colaterais e outros problemas e exigir atenção cuidadosa à nutrição
- As crianças e jovens também podem se beneficiar do tratamento, embora seja necessária uma atenção cuidadosa durante a puberdade, a fim de garantir doses adequadas e adesão ao tratamento

Objetivo de aprendizagem para o nível III (12-15)

Explicar a importância e elementos chave de uma vida positiva com o VIH

Idéias chave:

- Programas de educação em sexualidade para pessoas vivendo com o VIH podem apoiá-las a fazer sexo seguro e a se comunicar com seu(s) parceiro(s)
- Pessoas vivendo com o VIH deveriam poder expressar seu amor e sentimentos e casar ou ter compromissos duradouros e iniciar uma família, se assim o escolherem
- Tipicamente, existem grupos e mecanismos de apoio para pessoas vivendo com o VIH
- A discriminação contra pessoas com base em seu estado sorológico de VIH é ilegal

Objetivo de aprendizagem para o nível IV (15-18)

Descrever o conceito e causas do estigma e da discriminação em relação a pessoas vivendo com o VIH

Idéias chave:

- O estigma e a discriminação contra indivíduos e comunidades podem impedir o acesso a educação, informações e serviços, e podem aumentar sua vulnerabilidade
- As pessoas vivendo com o VIH muitas vezes são poderosos advogados em favor de seus direitos, o que pode ser potencializado pelo apoio de terceiros
- As pessoas vivendo com o VIH podem ser importantes educadoras e mobilizadoras de jovens, devido a suas experiências, e podem lhes dar orientação e apoio

Referências

ONUSIDA. 2008. *Relatório global sobre a Epidemia de SIDA 2008*. Genebra: ONUSIDA.

ONUSIDA. 2006. *Alcançando o acesso à prevenção, tratamento, assistência e apoio ao HIV*. Próximos passos. Genebra: ONUSIDA.

Currículos, manuais de capacitação, diretrizes e padrões

CDC. 2008. *Healthy Youth! National Health Education Standards 1-8*, CDC School Health Education Resources. Atlanta: CDC.

Deutsch, C. et al. 2005. *Standards for Peer Education Programmes: Youth Peer Education Network*. New York: UNFPA and Family Health International.

Education International e OMS. 2001. *Training and Resource Manual On School Health and HIV/AIDS Prevention*, Brussels: Education International (EI) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

IPPF. 1997. *IPPF Charter Guidelines on Sexual and Reproductive Rights*, Londres: International Planned Parenthood Federation.

IPPF. 2006. *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*, Londres: International Planned Parenthood Federation.

Jamaica Ministry of Education and Youth and Caribbean Consulting Group. 2007. *Health and Family Life Education Curriculum Grades 1-6*. Caribbean Consulting Group. Brooklyn: Caribbean Consulting Group.

Jamaica Ministry of Education and Youth and Caribbean Consulting Group. 2007. *Health and Family Life Education Curriculum Grades 7-9*. Brooklyn: Caribbean Consulting Group.

Mercy Corps. November 2007. *Commitment to Practice: A Playbook for Practitioners in HIV, Youth and Sport*. Portland: Mercy Corps.

Cidade de Nova York, Departamento de Educação. 2005. *HIV/AIDS Curriculum Overview*. Nova York: Departamento de Educação da cidade de Nova York.

PATH. 2006. *Tuko Pamoja: A Guide for Talking with Young People about their Reproductive Health*. Nairobi: Programme for Appropriate Technology in Health.

Senderowitz, J., Kirby, D. 2006. *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programmes*, Washington DC: Family Health International.

SIECUS. 2000. *Developing Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*, Nova York: SIECUS.

SIECUS. 2006. *Establishing National Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Lessons and Inspiration from Nigeria*, Nova York: SIECUS.

State of New Jersey Department of Education. 2006. *New Jersey Core Curriculum Content Standards for Comprehensive Health and Physical Education*. Trenton: Estado de New Jersey, Departamento de Educação.

Svenson, G. R. 1998. *European Guidelines for Youth AIDS Peer Education*, Malmö. Bruxelas: Comissão Europeia Europeia.

ONUSIDA. 2007. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*, Genebra: ONUSIDA.

UNESCO IBE. 2006. *Manual for Integrating HIV and AIDS Education in School Curricula*, Genebra: International Bureau of Education/UNESCO.

UNESCO. 2005. *Reducing HIV/AIDS Vulnerability Among Students in the School Setting: A Teacher Training Manual*. Bangkok: UNESCO.

Artigos e apresentações em PowerPoint disponíveis online

Asian Pacific Resource and Research Centre for Women. 2005. *Arrows for Change: Women's, Gender and Rights Perspectives in Health Policies and Programmes*. Vol. 11 Bumper Issue.

Chingandu, L. 2008. *Multiple Concurrent Partnerships: The story of Zimbabwe* Are small houses a key driver? Zimbabwe: Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service. <http://www.comminit.com/en/node/278405/38>

Chinvarasopak, W. 2008. *Teachers and Sex: Uneasy Bedfellows? The Experience of the Teenpath Project*, apresentação em PowerPoint na Conferência Internacional de SIDA, Cidade do México, 3-8 de agosto de 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2403.ppt>

Delaney, M. G. 2008. *Prevention through Education*, apresentação em PowerPoint na 1ª Reunião de Ministros de Saúde e Educação para conter o HIV na América Latina e no Caribe, Cidade do México, 1º de agosto de 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2404.ppt>

Exchange Magazine. 2008. *Gender Violence, HIV and AIDS*. Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender. No. 3. Amsterdam: Royal Tropical Institute. <http://www.kit.nl/smartsite.shtml?ch=FAB&id=10488&IssueID=3&Year=2008>

Family Health International. 2007. *New Websites Make Information About Youth More Accessible*. Durham: Family Health International. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e6k4h7j3p5euhcx43e55pdtssqx2746t2d2hots7j5iyr6pv4cnbhjqwyf6dc64ebf6yredaqhazf/YL23e.pdf>

Hearst, N. 2007. *AIDS Prevention in Generalized Epidemics: What Works?* Depoimento no Senado, 11 de dezembro de 2007. http://help.senate.gov/Hearings/2007_12_11/Hearst.pdf

IRIN Plus News. 2008. *South Africa: Sex Education The Ugly Stepchild in Teacher Training*, IRIN Plus News, 22 de maio de 2008. <http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=78357> .

IRIN Plus News. 2008. *Mind Your Language: A Short Guide to HIV/AIDS Slang*, IRIN Plus News, 18 de junho. <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=78809>

IRIN Plus News. 2008. *Kenya: More Education Equals Less Teen Pregnancy and HIV*, IRIN Plus News, 25 de julho. <http://www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=79456>

Kaiser Daily Health Policy Report. 2008. *HIV/AIDS Hinders Children's Access to Education, UNDP Official Says*. Kaiser Daily Health Policy Report, 16 de junho. http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=52746

- Kaiser Daily HIV/AIDS Report. 2008. *HIV/AIDS Campaign Launched In Tanzania To Address Issues of Multiple Sex Partners*. Global Challenges, 27 de outubro. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/127122.php>
- Kamugisha, N.E. 2007. *An Improved School Environment Contributes to Quality Adolescent Sexual and Reproductive Health*. Apresentação em PowerPoint, Kampala, Uganda: Straight Talk Foundation. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/adolhealth/presentations/.../3C_Namayanja_Improved%20School%20Environment.pdf
- Kirby, D. 2008. *Abstinence and Comprehensive Sex/HIV Education Programmes: Their Impact on Behaviour in Developed and Developing Countries*. Apresentação em Powerpoint na Conferência Internacional de SIDA, Cidade do México, 3-8 de agosto de 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSY0301.ppt>
- Knerr, W., Philpott, A. 2008. *Global Mapping of Pleasure: A directory of organizations, programmes, media and people who eroticize safer sex*. Oxford: The Pleasure Project. [http://www.thepleasureproject.org/content/File/Global%20Mapping%20of%20Pleasure_2nd%20Ed_lo%20res\(1\).pdf](http://www.thepleasureproject.org/content/File/Global%20Mapping%20of%20Pleasure_2nd%20Ed_lo%20res(1).pdf)
- Maticka-Tyndale, E. 2008. *Sustainability of Gains Made in a Primary School HIV Prevention Programme in Kenya into the Secondary School Years*. Apresentação em PowerPoint na Conferência Investing in Young People's Health and Development, Abuja, Nigéria, 27-29 de abril. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/adolhealth/presentations/.../3C_Maticka-Tyndale_2ary%20school%20Kenya.pdf
- Mulama, S. 2007. *The Sexuality Education Needs of Teacher Trainees in Kenya*. Lagos: Africa Regional Sexuality Resource Centre. <http://www.arsrc.org/downloads/sldf/FinalReport%20Stella%20Mulama2006.pdf>
- ONU. 2008. *New report says some cultural factors influencing spread of AIDS are specific to Africa*. Press release. Nova York: ONU. <http://www.thebody.com/content/world/art47245.html>
- Phamotse, P. 2008. *HIV & AIDS and the Education Sector in Lesotho*. Apresentação em PowerPoint feita por Chris Castle na Conferência Internacional de SIDA, Cidade do México, 3-8 de agosto de 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2402.ppt>
- Philemon, L. 2008. *Multiple Concurrent Partnerships Make HIV/AIDS A Quagmire*. Guardian/IPP Media, 24 de outubro. <http://kurayangu.com/ipp/guardian/2008/10/24/125038.html>
- Star Schools Project*. <http://starschool.brimstone.net/> (acessado em 30 de junho de 2008).
- UNESCO. 2005. *Adolescence Education: Newsletter for policy makers, programme managers and practitioners*. Vol. 8, No. 1. http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/arsh/AEN/AEN_June05.pdf.
- UNICEF Children and HIV and AIDS http://www.unicef.org/aids/index_introduction.php (acessado em 30 de junho de 2008).



Apêndices

Apêndice I

Convenções e acordos internacionais referentes à educação em sexualidade

Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. CRC/GC/2003/4, 1 July 2003. Comentário Geral 4: Saúde e desenvolvimento de adolescentes no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC)⁸

“O Comitê insta os Estados Partes a criar e implementar, de forma consistente com as capacidades em desenvolvimento dos adolescentes, legislação, políticas e programas, com vistas a promover a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes por meio de (...) (b) fornecimento de informações adequadas e apoio aos responsáveis parentais, a fim de facilitar o desenvolvimento de uma relação de lealdade e confiança dentro da qual questões relativas a, por exemplo, sexualidade e comportamento sexual e estilos de vida de risco possam ser abertamente discutidas, encontrando-se soluções aceitáveis que respeitem os direitos do adolescente (art. 27 (3));” (CRC/GC/2003/4, para. 16)

“Adolescentes têm o direito ao acesso às informações adequadas essenciais para sua saúde e desenvolvimento e para sua capacidade de participar significativamente na sociedade. É obrigação dos Estados Partes assegurar que todos os adolescentes, dos dois sexos, tanto os que frequentam a escola como os que estão fora dela, recebam, não lhes sendo negadas, informações corretas e apropriadas sobre como proteger sua saúde e desenvolvimento e praticar comportamentos saudáveis, inclusive informações sobre o uso e o abuso de tabaco, álcool e outras substâncias, comportamentos sociais e sexuais seguros e respeitosos, alimentação, e atividade física.” (CRC/GC/2003/4, para. 26)

Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Questões substantivas oriundas da implementação do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral 14.⁹

“O Comitê interpreta o direito à saúde, conforme definido no artigo 12.1, como um direito inclusivo que se estende não somente à assistência apropriada e oportuna como também aos determinantes subjacentes da saúde, como [...] acesso a educação e informação relativas à saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva.” (E/C.12/2000/4, para. 11)

“Em virtude do artigo 2.2 e do artigo 3, o Pacto proscree qualquer discriminação no acesso à assistência em saúde e determinantes subjacentes da saúde, bem como aos meios e direitos para sua aquisição, com base em raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento, incapacidade física ou mental, estado de saúde (inclusive O VIH e a SIDA), orientação sexual e situação civil, política, social ou de qualquer outra natureza, que tenha a intenção ou o efeito de anular ou prejudicar o desfrute ou exercício equitativo do direito à saúde. (...)” (E/C.12/2000/4, para. 18)

“Com vistas a eliminar a discriminação contra as mulheres, é necessário criar e implementar uma estratégia nacional abrangente para promover o direito das mesmas à saúde, ao longo de toda a vida. Essa estratégia deve incluir intervenções direcionadas à

8 ONU. 2003. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child (CRC). CRC/GC/2003/4. Nova York: ONU. Ver também: ONU. 1989. United Nations Convention on the Rights of the Child. Nova York: ONU.

9 ONU. 2000. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment No. 14. E/C.12/2000/4. Nova York: ONU.

prevenção e ao tratamento de doenças que afetam as mulheres, bem como políticas para dar acesso a uma gama completa de atividades de assistência à saúde de alta qualidade e acessíveis, inclusive serviços sexuais e reprodutivos. Um objetivo importante deve ser o de reduzir os riscos de saúde das mulheres, particularmente diminuir as taxas de mortalidade materna, e proteger as mulheres da violência doméstica. A concretização do direito das mulheres à saúde requer a remoção de todos os obstáculos que interferem com o acesso a serviços de saúde, educação e informação, inclusive no campo da saúde sexual e reprodutiva. Também é importante executar ações de prevenção, promoção e remediação para salvaguardar mulheres do impacto de práticas culturais tradicionais nocivas e normas que lhes neguem todos os seus direitos reprodutivos.” (E/C.12/2000/4, para. 21)

Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências. A/61/611, 6 de dezembro de 2006. Artigo 25 - Saúde¹⁰

“Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiências têm o direito de usufruir o padrão mais elevado possível de saúde, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes deverão tomar todas as medidas apropriadas para assegurar o acesso de pessoas com deficiência a serviços de saúde sensíveis às questões de gênero, incluindo a reabilitação relacionada à saúde. Em especial, os Estados Partes deverão:

- (a) Estender a pessoas com deficiências a mesma amplitude, qualidade e padrão de programas e cuidados de saúde gratuitos ou acessíveis a que as demais pessoas têm acesso, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral...”

Programa de Ação (PA) da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD)¹¹

“Todos os países devem, o mais cedo possível, não depois de 2015, enviar esforços para tornar a saúde reprodutiva acessível a todos os indivíduos em idades adequadas, por meio de um sistema primário de assistência à saúde. A assistência à saúde reprodutiva, no contexto da assistência primária à saúde, deve

incluir, *inter alia*, aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de assistência pré-natal, de parto seguro e de assistência pós-natal, especialmente amamentação e assistência à saúde de lactentes e mulheres; prevenção e devido tratamento da esterilidade; **aborto conforme especificado no parágrafo 8.25**, incluindo-se a prevenção do aborto e o tratamento das suas eventuais sequelas; tratamento das infecções do aparelho reprodutivo e informação, educação e, quando apropriado, aconselhamento sobre sexualidade humana, saúde reprodutiva e paternidade responsável.” (PA CIPD, para. 7.6)

“Programas inovadores devem ser criados para tornar a informação, a orientação e os serviços de saúde reprodutiva acessíveis aos homens e aos jovens. Ao mesmo tempo, esses programas devem educar os homens e capacitá-los a compartilhar, de uma maneira mais equitativa, o planejamento familiar, as responsabilidades domésticas e a criação dos filhos, bem como a aceitar sua responsabilidade central na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Os programas devem alcançar os homens em seus locais de trabalho, nos lares e onde se reúnem para recreação. Meninos e adolescentes, com o apoio e a orientação de seus pais, e nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança, devem também ser alcançados na escola, nas organizações juvenis e onde quer que se reúnam. Métodos anticoncepcionais masculinos, adequados e voluntários, como também de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a SIDA, devem ser promovidos e tornados acessíveis, com informação e orientação adequadas.” (PA CIPD, para. 7.8)

“Os objetivos são: (a) Promover o desenvolvimento adequado de uma sexualidade responsável, que propicie relações de igualdade e de mútuo respeito entre os gêneros, e contribua para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos; (b) Assegurar que mulheres e homens tenham acesso à informação, à educação e aos serviços necessários para atingirem a boa saúde sexual, e que possam exercer seus direitos e responsabilidades reprodutivas.” (PA CIPD, para. 7.36)

“Deve-se prover apoio à educação sexual integral e aos serviços para as pessoas jovens, com o apoio e a orientação dos seus responsáveis parentais, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos da Criança, serviços esses que ressaltem a responsabilidade dos homens por sua própria saúde sexual e fecundidade, ajudando-os a exercer essas responsabilidades. Esforços educacionais devem começar na idade apropriada, na unidade familiar, na comunidade e nas escolas, mas devem também

10 ONU. 2006. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A/61/611. Nova York: ONU.

11 ONU. 1994. International Conference on Population and Development. Programme of Action. Nova York: ONU.

alcançar os adultos, particularmente os homens, por meio da educação não-formal e de uma variedade de esforços comunitários. (PA CIPD, para. 7.37)

“Tendo em vista a necessidade urgente de evitar gravidez indesejadas, a rápida disseminação da SIDA e de outras doenças sexualmente transmissíveis e a prevalência do abuso e violência sexuais, os governos devem basear suas políticas nacionais numa melhor compreensão da necessidade de uma sexualidade humana responsável e das realidades do atual comportamento sexual.” (PA CIPD, para. 7.38)

“Reconhecendo os direitos, deveres e responsabilidades dos responsáveis parentais e de outras pessoas legalmente responsáveis por adolescentes no tocante a proverem, de maneira compatível com as capacidades em evolução do adolescente, orientação, aconselhamento em assuntos sexuais e reprodutivos, os países devem assegurar que os programas e atitudes dos prestadores de assistência à saúde não restrinjam o acesso dos adolescentes aos serviços apropriados e à informação de que precisem, inclusive sobre doenças sexualmente transmissíveis e abuso sexual. Assim fazendo e com vistas a conter, *inter alia*, o abuso sexual, esses serviços devem salvaguardar os direitos do adolescente à privacidade, à confidencialidade, ao respeito e ao consentimento informado, respeitados seus valores culturais e crenças religiosas. Nesse contexto, os países devem remover, quando necessário, os obstáculos legais, regulamentares e sociais à informação sobre saúde reprodutiva e à assistência à saúde para adolescentes.” (PA CIPD, para. 7.45)

“Os países, com o apoio da comunidade internacional, devem proteger e promover os direitos do adolescente à educação, à informação e à assistência de saúde reprodutiva, e reduzir significativamente o número de gestações entre adolescentes.” (PA CIPD, 7.46)

“Os governos, em colaboração com as organizações não-governamentais, são instados a atender as necessidades especiais dos adolescentes e criar programas para satisfazer essas necessidades. Esses programas devem incluir mecanismos de apoio à educação e orientação do adolescente no tocante às relações e à igualdade entre os gêneros, à violência contra adolescentes, ao comportamento sexual responsável, à prática responsável de planejamento familiar, à vida familiar, à saúde reprodutiva, às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção por VIH e à prevenção da SIDA. Devem ser criados programas de prevenção e tratamento contra o abuso sexual e o incesto, bem como outros serviços de saúde reprodutiva. Esses programas devem propiciar informações aos adolescentes e fazer

um esforço consciente para o fortalecimento de valores sociais e culturais positivos. Adolescentes sexualmente ativos irão requerer informações especiais sobre planejamento familiar, aconselhamento e serviços; as adolescentes que ficarem grávidas precisarão do apoio especial das suas famílias e da comunidade durante a gravidez e nos primeiros cuidados maternos. Os adolescentes devem ser inteiramente envolvidos no planejamento, na execução e na avaliação dessas informações e serviços, com a devida consideração à orientação e às responsabilidades dos responsáveis parentais.” (PA CIPD, para. 7.47)

“Os programas devem envolver e treinar todas as pessoas responsáveis pela orientação a adolescentes no tocante ao seu comportamento sexual e reprodutivo responsável, particularmente os responsáveis parentais e as famílias, mas também as comunidades, as instituições religiosas, as escolas, os meios de comunicação de massa e os grupos de convivência. Os governos e as organizações não-governamentais devem promover programas destinados à educação dos responsáveis parentais, com o objetivo de melhorar a interação de pais e filhos, em vista de capacitá-los para um melhor cumprimento dos seus deveres educacionais no apoio ao processo de amadurecimento dos seus filhos, particularmente nos campos do comportamento sexual e da saúde reprodutiva.” (PA CIPD, 7.48)

Nações Unidas. A/S-21/5/Add.1, 1º de julho de 1999. Revisão geral e avaliação da implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD + 5)¹²

“Os governos, em colaboração com a sociedade civil, incluindo organizações não governamentais, doadores e o Sistema das Nações Unidas, deverão: (a) Atribuir alta prioridade à saúde reprodutiva e sexual no contexto mais amplo da reforma do setor saúde, incluindo o fortalecimento de sistemas básicos de saúde, que podem beneficiar em especial as pessoas vivendo na pobreza; (b) Assegurar que políticas, planos estratégicos, e todos os aspectos da implementação de serviços de saúde reprodutiva e sexual respeitem todos os direitos humanos, inclusive o direito ao desenvolvimento, e que tais serviços satisfaçam as necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida, incluindo as necessidades dos adolescentes, abordem as iniquidades e desigualdades devidas à pobreza, ao gênero e a outros fatores, e assegurem igualdade de acesso a informações e

12 ONU. 1999. *Overall review and appraisal of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. A/S-21/5/Add.1*. Nova York: ONU..

serviços; (c) Engajar todos os setores relevantes, incluindo organizações não governamentais, especialmente organizações de mulheres e de jovens e associações profissionais, por meio de processos participativos contínuos, na concepção, implementação, garantia de qualidade, monitoramento e avaliação de políticas e de programas, a fim de assegurar que as informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva satisfaçam as necessidades dos indivíduos e respeitem seus direitos humanos, inclusive seu direito a ter acesso a serviços de qualidade; Desenvolver programas e serviços de saúde abrangentes e acessíveis, inclusive de saúde sexual e reprodutiva, para comunidades indígenas, com sua ampla participação, que respondam às necessidades e reflitam os direitos de povos indígenas; [...]” (A/S-21/5/Add.1, para. 52(a)-(d))

Plataforma de Ação (PA) da Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres (QCMM)¹³

“Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle sobre e a decidir de modo livre e responsável sobre assuntos relacionados à sua sexualidade, inclusive saúde sexual e reprodutiva, sem qualquer coação, discriminação e violência. Relacionamentos iguais entre mulheres e homens em assuntos de relações sexuais e reprodução, inclusive o respeito total pela integridade do indivíduo, requerem respeito mútuo, consentimento e responsabilidade compartilhada pelo comportamento sexual e suas consequências.” (PA QCMM, para. 96)

“Ações a serem tomadas pelos Governos, órgãos internacionais, inclusive as organizações relevantes das Nações Unidas, doadores bilaterais e multilaterais e organizações não governamentais [...] (k) Dão total atenção à promoção de relações de gênero equitativas e mutuamente respeitadas e, em especial, à satisfação das necessidades educacionais e serviços dos adolescentes, a fim de capacitá-los a lidar com sua sexualidade de maneira positiva e responsável;” (PA QCMM, para. 108(k) e A/S-21/5/Add.1, para. 71(j))

“Ações a serem tomadas pelos Governos, em cooperação com organizações não governamentais, os meios de comunicação de massa, o setor privado e organizações internacionais relevantes, inclusive órgãos das Nações Unidas, conforme apropriado [...] (g) Reconhecem as necessidades específicas de adolescentes e implementam programas específicos

apropriados, tais como educação e informação em temas de saúde sexual e reprodutiva e em doenças sexualmente transmitidas, inclusive o VIH e a SIDA, levando em consideração os direitos da criança e as responsabilidades, direitos e deveres dos pais, conforme declarado no parágrafo 107 (e) acima; (PA QCMM, para. 107(g))

Nações Unidas. A/RES/S-26/2, 2 de agosto de 2001. Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre VIH e SIDA, Declaração de compromisso sobre VIH e SIDA¹⁴

“Nós, Chefes de Estado e de Governo e Representantes de Chefes de Estado e de Governo, declaramos solenemente nosso compromisso de abordar a crise do VIH e a SIDA agindo da seguinte forma [...] Até 2003, criar e/ou fortalecer estratégias, políticas e programas, que reconheçam a importância da família na redução da vulnerabilidade, *inter alia*, ao educar e orientar crianças e levar em consideração fatores culturais, religiosos e éticos, reduzir a vulnerabilidade de crianças e jovens, por meio de: assegurar o acesso tanto de meninas e de meninos ao ensino fundamental e médio, inclusive de VIH e SIDA em currículos para adolescentes; assegurar ambientes seguros e protegidos, especialmente para meninas; expandir informações de boa qualidade sensível a jovens, e educação em saúde sexual e serviços de aconselhamento; fortalecer programas de saúde reprodutiva e sexual; e envolver famílias e jovens no planejamento, implementação e avaliação de programas de prevenção e assistência ao VIH e a SIDA, na medida do possível;” (para. 63)

Referências mais gerais também podem incluir:

- “O Marco de Ação para Educação Para Todos (EPT), de Dacar, em 2000 (UNESCO, 2000) enfatiza em um de seus seis objetivos que devem existir programas acolhedores para jovens, com vistas a fornecer as informações, habilidades, aconselhamento e serviços necessários para proteger os jovens dos riscos e ameaças que limitam suas oportunidades de aprendizado e desafiam sistemas educacionais, como a gravidez na idade escolar e o VIH e a SIDA”.¹⁵
- EDUSIDA, a iniciativa do ONUSIDA para uma resposta abrangente do setor educação ao VIH e a SIDA, liderada pela UNESCO, recomenda que

13 ONU. 1995. *United Nations Fourth World Conference on Women. Platform for Action*. Nova York: ONU.

14 ONU. 2001. *United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. A/RES/S-26/2. Nova York: ONU.

15 UNESCO. 2000. *Dakar Framework for Action: Education for All. Meeting Our Collective Commitments*. Paris, UNESCO.

currículos de VIH e SIDA em escolas “comecem precocemente, antes do início da atividade sexual”, “desenvolvam conhecimentos e habilidades para adotar comportamentos protetores e reduzir a vulnerabilidade”, e “abordem as questões de estigma e discriminação, desigualdade de gênero e outros motores estruturais da epidemia” (UNESCO, 2008a).¹⁶

- A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) conclui que é crucial que a educação em sexualidade seja iniciada precocemente, particularmente em países em desenvolvimento, porque alunas das primeiras séries do ensino médio enfrentam o maior risco das consequências da atividade sexual, e começar a educação em sexualidade no ensino fundamental também alcança estudantes que não podem frequentar o ensino médio.¹⁷ Diretrizes do Escritório Regional da OMS para a Europa (OMS, 2001) insta os Estados Membros a garantir que a educação em sexualidade e reprodução esteja incluída nos currículos de todas as escolas secundárias e seja abrangente.¹⁸
- O Programa Conjunto das Nações Unidas para VIH e SIDA (ONUSIDA, 1997) concluiu que as abordagens mais efetivas de educação em sexualidade começam com a educação de jovens antes do início da atividade sexual.¹⁹ O ONUSIDA recomenda (ONUSIDA, 2005) que programas de prevenção de VIH: sejam abrangentes, de alta qualidade e subsidiados por evidências; promovam a igualdade de gênero e abordem normas e relações de gênero; e incluam informações acuradas e explícitas sobre sexo seguro, incluindo o uso correto e consistente do preservativo masculino e feminino.²⁰

16 UNESCO. 2008a. *EDUSIDA Marco de ação*. Paris: UNESCO.

17 OMS. 2004. *Adolescent Pregnancy Report*. Genebra: OMS.

18 OMS. 2001. *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen: OMS, Escritório Regional para Europa.

19 ONUSIDA. 2005. *Intensifying HIV Prevention*, *supra* note 26, at 33. Genebra: ONUSIDA.

20 ONUSIDA. 1997. *Impact of HIV and Sexual Health on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update 27*. Genebra: ONUSIDA.

Apêndice II

Roteiro e metodologia das entrevistas

O consultor entrevistou interessados/informantes chave, com vistas a documentar melhores práticas no desenvolvimento e implementação de programas formais e currículos de educação em sexualidade baseados na escola em países em desenvolvimento, particularmente na África subsaariana. Também foram incluídas informações sobre o desenvolvimento de abordagens particularmente inovadoras existentes na Europa e América do Norte .

Em geral,

- A) Informantes chave foram contatados inicialmente por telefone e/ou e-mail, solicitando a entrevista.
- B) Depois de concordar em participar e fornecer seu consentimento informado, receberam um e-mail com um guia de entrevista semiestruturada, para que pudessem se preparar com antecedência ou escolher responder por escrito.
- C) Tomaram-se providências para contatar os entrevistados na data e hora combinada, e
- D) Os entrevistados foram contatados, fazendo-se perguntas durante uma entrevista semiestruturada por telefone ou pessoalmente; suas respostas foram gravadas, transcritas e compiladas como subsídios para o desenvolvimento da primeira versão da *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade*.

Foram feitas 11 entrevistas em profundidade com um conjunto de perguntas pré-determinadas, usando um roteiro semiestruturado de entrevista. O instrumento foi desenvolvido com a finalidade de ajudar a documentar melhores práticas no desenvolvimento e implementação de programas e currículos formais de educação em sexualidade baseados na escola. As perguntas do questionário semiestruturado foram intencionalmente concebidas para serem abertas, e entrevistas com informantes chave foram estruturadas de forma menos rígida, a fim de encorajar o livre fluxo de informações e idéias, e maximizar o enfoque na(s) sua(s) área(s) de especialidade prática, e ao mesmo tempo obter seu *feedback* e resposta.

Oito das entrevistas foram feitas por telefone, e uma pessoalmente. Dois dos informantes preferiram responder por escrito e não por entrevista telefônica, e dois apresentaram respostas por escrito como informações complementares à entrevista telefônica. A duração das entrevistas por telefone variou de meia hora a duas horas e meia.

Além disso, foram feitas quatro outras entrevistas informais com informantes que não estavam na lista de contato de informantes chaves, porque considerou-se que tinham uma dada percepção e/ou experiência que poderia ser útil. Os entrevistados foram : Novia Condell, UNICEF Jamaica; Shirley Oliver-Miller, consultora independente em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes; Bill Finger e Karah Fazekas, da Family Health International (FHI). Embora úteis, as informações fornecidas tinham um escopo mais limitado; assim, suas respostas não foram transcritas e compiladas com as de outros informantes chave.

Roteiro de questionário de entrevista semiestruturada

1. Qual foi sua experiência em desenvolver e implementar programas de educação em sexualidade em escolas ou no setor de educação formal?
2. Quais foram os desafios?
3. O que teve sucesso; o que funcionou?
4. Quais são os elementos mais importantes de programas de qualidade de educação em sexualidade?
5. Qual a melhor forma para que os Ministérios de Educação trabalhem com escolas a fim que essas promovam e implementem abordagens abrangentes de educação em sexualidade?
6. Como podemos fazer com que escolas e comunidades passem para uma abordagem abrangente de educação em sexualidade versus a abordagem “somente-abstinência-até-casar”?
7. Qual é o (s) melhor(es) programa(s) de educação em sexualidade baseado na escola que você conhece?
8. Como o programa deve ser ensinado (quais são os pontos de entrada) em escolas (por exemplo, como uma matéria separada, juntamente com uma matéria portadora, ou integrada em todo o currículo)?
9. Qual é o melhor processo (ou práticas mais promissoras) a ser usado por Ministérios de Educação ao desenvolver e implementar programas de educação em sexualidade em escolas?
10. Quais são os pontos importantes que devem ser incluídos num documento de Orientação Técnica Internacional para ministros e formuladores de políticas, que os ajudarão a implementar programas de qualidade?

Apêndice III

Nomes e detalhes importantes das pessoas contatadas como informantes

Nome, Título e Instituição	País/Região	Área(s) de experiência prática
Akinyele Dairo FNUAP	África subsaariana	Implementação e apoio técnico
Christopher Graham Ministério da Educação da Jamaica	Jamaica e Caribe	Implementação e <i>advocacy</i>
Esther Corona Associação Mexicana de Educação Sexual e Associação Mundial de Saúde Sexual	México e América Latina	Implementação e <i>advocacy</i>
Helen Mondoh Professora Titular de Educação, Universidade de Egerton	Quênia	Implementação e pesquisa
Jenny Renju Escola de Medicina Tropical de Liverpool, Instituto Nacional de Pesquisas Médicas da Tanzânia	Tanzânia	Implementação e <i>advocacy</i>
Lisa Mueller Programa de Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH)	Botsuana, China, Gana e Tanzânia	Implementação e apoio técnico
Maria Bakaroudis Consultora independente	Malauí	Pesquisa e apoio técnico
Nike Esiet Diretor Executivo, Action Health, Inc. (AHI)	Nigéria	Implementação e <i>advocacy</i>
Sanja Cesar Gerente de Programa, Centro de Educação, Aconselhamento e Pesquisa	Croácia	Implementação e <i>advocacy</i>
Tajudeen Oyewale UNICEF	Nigéria	Pesquisa e implementação

Apêndice IV

Lista de participantes

da consultoria técnica global da UNESCO sobre sexo, relacionamentos e educação em VIH/DST, 18-19 de fevereiro de 2009, São Francisco, EUA

Prateek Awasthi

UNFPA
Sexual and Reproductive Health Branch
Technical Division
220 East 42nd Street
Nova York, NY 10017, EUA
<http://www.unfpa.org/adolescents/>

Arvin Bhana

Child, Youth, Family & Social Development
Human Sciences Research Council (HSRC)
Private Bag X07
Dalbridge, 4014, África do Sul
<http://www.hsrc.ac.za/CYFSD.phtml>

Chris Castle

UNESCO
Section on HIV and AIDS
Division for the Coordination of UN Priorities in
Education
7, place de Fontenoy 75352 Paris, França
<http://www.unesco.org/aids>

Dhianaraj Chetty

Action Aid International
Post Net suite # 248
Private bag X31 Saxonwold 2132
Johannesburg, África do Sul
<http://www.actionaid.org/main.aspx?PageID=167>

Esther Corona

Mexican Association for Sex Education/World
Association for Sexual Health (WAS)
Av de las Torres 27 B 301
Col Valle Escondido, Delegación Tlalpan México 14600
D.F., México
esthercoronav@hotmail.com
<http://www.worldsexology.org/>

Mary Guinn Delaney

UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago, Chile
<http://www.unesco.org/santiago>

Nanette Ecker

nanetteecker@verizon.net
<http://www.siecus.org/>

Nike Esiet

Action Health, Inc. (AHI)
17 Lawal Street
Jibowu, Lagos, Nigéria
<http://www.actionhealthinc.org/>

Peter Gordon

Basement Flat
27a Gloucester Avenue
Londres NW1 7AU, Reino Unido

Christopher Graham

HIV and AIDS Education Guidance and Counselling
Unit,
Ministry of Education
37 Arnold Road
Kingston 5, Jamaica

Nicole Haberland

Population Council USA
One Dag Hammarskjöld Plaza
Nova York, NY 10017, EUA
<http://www.popcouncil.org/>

Sam Kalibala

Population Council Kenya
Ralph Bunche Road

General Accident House, 2nd Floor
P.O. Box 17643-00500, Nairobi, Quênia
<http://www.popcouncil.org/africa/kenya.html>

Douglas Kirby

ETR Associates
4 Carbonero Way,
Scotts Valley, CA 95066, EUA
<http://www.etrassociates.org/>

Wenli Liu

Research Center for Science Education
Beijing Normal University
#19, Xijiekouwaidajie
Beijing, 100875, China

Elliot Marseille

Health Strategies International
1743 Carmel Drive #26
Walnut Creek, CA 94596, EUA

Helen Omondi Mondoh

Egerton University
P.O BOX 536
Egerton-20115, Quênia

Prabha Nagaraja

Talking About Reproductive and Sexual Health Issues
(TARSHI)
11, Mathura Road, 1st Floor, Jangpura B
New Delhi 110014, Índia
<http://www.tarshi.net/>

Hans Olsson

The Swedish Association for Sexuality Education
Box 4331, 102 67
Stockholm, Suécia
<http://www.rfsu.se/>

Grace Osakue

Girls' Power Initiative (GPI) Edo State
67 New Road, Off Amadasun Street,
Upper Ekenwan Road, Ugbiyoko,
P.O.Box 7400, Benin City, Nigéria
<http://www.gpinigeria.org/>

Jo Reinders

World Population Foundation
Vinkenburgstraat 2A
3512 AB Utrecht, Holanda
<http://www.wpf.org/>

Sara Seims

Population Program
The William and Flora Hewlett Foundation
2121 Sand Hill Road
Menlo Park, CA 94025, EUA
<http://www.hewlett.org/Programs/Population/>

Ekua Yankah

UNESCO
Section on HIV and AIDS
Division for the Coordination of UN Priorities in
Education
7, place de Fontenoy 75352 Paris, França
<http://www.unesco.org/aids>

Apêndice V

Bibliografia de recursos

Esta bibliografia de materiais didáticos foi desenvolvida como acompanhamento da *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade*. Ela é composta por currículos, guias curriculares e manuais de formação de professores em educação em sexualidade existentes e de alta qualidade, em todo o mundo. O intuito da bibliografia é servir como uma referência prática para elaboradores de currículo, planejadores de programas, diretores de escolas e professores. A seleção dos recursos baseou-se nos seguintes critérios, estabelecidos numa consultoria técnica de especialistas em fevereiro de 2009:

- Contribuem para currículos, guias curriculares ou manuais de formação de professores em educação em sexualidade abrangentes
- Avaliados ou recomendados por especialistas
- Publicados recentemente (1998-2009) com informações corretas e atualizadas que refletem os mais recentes conhecimentos do “estado da arte”
- Direcionados a alunos ou educadores, particularmente no ensino fundamental e médio, mas também no ensino superior
- Disponíveis em inglês, francês, espanhol ou português

Versões atualizadas dessa lista de recursos e suas anotações podem ser encontradas na página do Centro de Documentação sobre VIH e SIDA da UNESCO <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org>.

A inclusão de recursos nesta bibliografia não representa um endosso pela UNESCO e outras organizações parceiras da ONU envolvidas no desenvolvimento da *Orientação Técnica Internacional*.

Diretrizes e princípios orientadores

Common ground: principles for working on sexuality

Produzido por: Talking About Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Data: 2001

Acesso: Para encomendar uma cópia, queira contatar tarshiweb@tarshi.net ou tarshi@vsnl.com

From evidence to action: advocating for comprehensive sexuality education

Produzido por: International Planned Parenthood Federation (IPPF)

Data: 2009

Acesso: Pode ser baixado online de www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/From+evidence+to+action+advocating+for+comprehensive+sexuality+education.htm

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Guidelines for comprehensive sexuality education in Nigeria

Produzido por: Action Health Incorporated and Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Data: 1996

Acesso: Pode ser baixado online de www.siecus.org/_data/global/images/nigerian_guidelines.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Guidelines for comprehensive sexuality education: kindergarten through 12th grade

Produzido por: National Guidelines Task Force and Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Data: 2004, 3ª edição

Acesso: Pode ser baixado online de www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

IPPF framework for comprehensive sexuality education

Produzido por: International Planned Parenthood Federation (IPPF)

Data: 2006

Acesso: Pode ser baixado online de

www.ippf.org/NR/rdonlyres/CE7711F7-C0F0-4AF5-A2D5-1E1876C24928/0/Sexuality.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Jamaican guidelines for comprehensive sexuality education: pre-school through age 24

Produzido por: Jamaican Task Force Committee for Comprehensive Sexuality Education (Jamaica Family Planning Association (FAMPLAN Jamaica) e Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Data: 2008

Acesso: Pode ser baixado online de www.siecus.org/_data/global/images/Jamaica%20Guidelines.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Manual for integrating HIV and AIDS education in school curricula

Produzido por: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Escritório Internacional de Educação (IBE)

Data: 2006

Acesso: Pode ser encomendado (impresso ou em CD-ROM) gratuitamente do ibeaid@ibe.unesco.org ou baixado online em cinco idiomas.

Inglês: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/IBE_CurrManual_3v_en.pdf

Francês: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/IBE_CurrManual_3v_fr.pdf

Espanhol: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/Manual_SP.pdf

Russo: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/_temp_/Manual_complete_RUreduced.pdf

Árabe: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/_temp_/Manuel_complet_ARbis.pdf
(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

National health education standards: achieving excellence

Produzido por: Joint Committee on National Health Education Standards e American Cancer Society

Data: 2007, 2a edição

Acesso: Para encomendar um livro (US\$29,95), um CD-ROM (\$19,95) ou para baixar um PDF (\$9,95) visite a página: https://www.cancer.org/docroot/PUB/PUB_0.asp?productCode=F2027.27 ou www.cdc.gov/HealthyYouth/SHER/standards/index.htm

Right from the start: guidelines for sexuality issues (birth to five years)

Produzido por: Early Childhood Sexuality Education Task Force e Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Data: 1998

Acesso: Pode ser baixado online de www.siecus.org/_data/global/images/RightFromTheStart.pdf
(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Sex education at schools

Produzido por: Austrian Ministry of Education and Cultural Affairs

Data: 1994

Acesso: Só está disponível online em alemão. Pode ser baixado de www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien_Se1597.xml
(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Standards for curriculum-based reproductive health and HIV education programs

Produzido por: Family Health International (FHI)

Data: 2006

Acesso: Pode ser encomendado gratuitamente de youthnetpubs@fhi.org ou baixado online de www.fhi.org/NR/rdonlyres/ea6ev5ygicx2nukyntbvjuj35yk55wi5lwnnwkgko3touyp3a33aiczutoyb6zhxcnwioc37uxyvg/sexedstandards.pdf (É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Tell Me More! Children's rights and sexuality in the context of HIV/AIDS in Africa

Produzido por: Save the Children, Suécia e Swedish Association for Sexuality Education (RFSU)

Data: 2007

Acesso: A versão em inglês pode ser baixada online de www.savethechildren.net/alliance/resources/hiv_aids/2007_SCSweden_TellMeMore.pdf
(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Concept sex education for youths: sex education, contraception and family planning

Produzido por: Federal Centre for Health Education (Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA)

Data: 1999

Acesso: Esta publicação pode ser baixada de www.bzga.de/?uid=0cdce7ce03172b7fba028de802bec1fd&id=medien&sid=72&ab=20.

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Também pode ser obtida gratuitamente no seguinte endereço: BZgA, D-51101 Köln, Alemanha, ou pelo e-mail: order@bzga.de. Order number: 13006070.

The contemporary management of growing up and sexual maturation: the role of the primary school in Kenya

Produzido por: Helen O. Mondoh, Lois W. Chiuri, Johnson M. Changeiywo e Nancy O. Omar

Data: 2006

Acesso: Pode ser obtido de: QUESTAFRICA, c/o FORMAT, POB 79, Village Market, 00621 Nairobi, Quênia. Fone: + 254 (20) 675 2866, ou pelo e-mail: questafrica@gmail.com ou jeffers@questafrica.org.

Growing up and sexual maturation among the Luo of Kenya: removing barriers to quality education

Produzido por: Helen Mondoh, Lois W. Chiuri, Nancy O. Omar, Johnson M. Changeiywo

Data: 2006

Acesso: Pode ser encomendado de: QUESTAFRICA, c/o FORMAT, POB 79, Village Market, 00621 Nairobi, Quênia. Fone: + 254 (20) 675 2866, ou por e-mail: questaffrica@gmail.com ou jeffers@questaffrica.org

Intervention mapping (IM) toolkit for planning sexuality education programs: using intervention mapping in planning school-based sexual and reproductive health and rights (SRHR) education programs

Produzido por: World Population Foundation (WPF) e Universidade de Maastricht

Data: 2008

Acesso: Pode ser baixado online de www.wpf.org/documenten/20080729_IMToolkit_July2008.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Mais informações e cópias impressas do documento podem ser obtidas de: World Population Foundation (WPF), Vinkenburgstraat 2A, 3512 AB Utrecht, Países Baixos. Tel: +31 (30) 23 93 888; E-mail: j.leerlooijer@wpf.org

RAP-Tool

Produzido por: Youth Incentives Programme, Rutgers Nisso Groep

Data: 2007

Acesso: O instrumento pode ser baixado online de www.youthincentives.org/Downloads

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Tool to assess the characteristics of effective sex and STD/HIV education programs

Produzido por: Healthy Teen Network e Douglas Kirby, Lori A. Roller e Mary Martha Wilson, ETR Associates

Data: 2007

Acesso: O instrumento pode ser baixado online de: www.healthyteennetwork.org/vertical/Sites/%7BB4D0CC76-CF78-4784-BA7C-5D0436F6040C%7D/uploads/%7BAC34F932-ACF3-4AF7-AAC3-4C12A676B6E7%7D.PDF

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Uma cópia impressa desse instrumento também pode ser encomendada por US\$10 em: www.healthyteennetwork.org/index.asp?Type=B_PR&SEC=%7B2AE1D600-4FC6-4B4D-8822-F1D5F072ED7B%7D&DE=%7BB3E92693-FE7D-4248-965F-6AC3471B1E28%7D

A Sexatlas for schools. Sexuality and personal relationships: a guide for the planning and implementation of teaching programmes in this area for primary, junior secondary and senior secondary schools

Produzido por: Swedish Association for Sexuality Education (RFSU)

Data: 2004

Acesso: O guia pode ser baixado online de:

Inglês: www.rfsu.se/upload/PDF-Material/sexatlas%20engelska.pdf

Francês: www.rfsu.se/upload/PDF-Material/atlas_sexuel_des_ecoles.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Sexualities: exploring sexualities as a cultural phenomena

Produzido por: Swedish Association for Sexuality Education (RFSU)

Data: 2001

Acesso: Para encomendar o livro, queira contatar: RFSU, Box 4331, 102 67 Stockholm, Suécia. Fone: + 46 (0)8 692 07 00; Fax: + 46 (0)8 653 08 23; E-mail: info@rfsu.se

Guias de capacitação didática

Basics and beyond: integrating sexuality, sexual and reproductive health and rights. A manual for trainers

Produzido por: Talking About Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Data: 2006

Acesso: Para encomendar uma cópia, queira contatar: tarshiweb@tarshi.net ou tarshi@vsnl.com

Comprehensive sexuality education: trainers' resource manual

Produzido por: Action Health Incorporated

Data: 2003

Acesso: O documento pode ser encomendado gratuitamente de Action Health Incorporated publications, enviando um e-mail para: library@actionhealthinc.org

Learning about living: the electronic version of FLHE. North Nigeria, Version 1.1. Teachers Manual 2009

Produzido por: One World UK; Butterfly Works; Action Health Incorporated e Nigerian Educational Research and Development Council (NERDC)

Data: 2009

Acesso: A versão eletrônica está disponível em: www.learningaboutliving.org/north

Para maiores informações sobre esse programe, queira enviar um e-mail para: info@learningaboutliving.org

National Family Life and HIV Education: teachers guide in basic science and technology

Produzido por: Nigerian Educational Research and Development Council (NERDC) com apoio do UNICEF

Data: 2006

Acesso: Para encomendar uma cópia, contate: NERDC Headquarters, Lokoja - Kaduna Road, Sheda, P.M.B. 91 Federal Capital Territory, Abuja, Nigéria. Ou visite a página www.nerdcnigeria.org

Currículos

Activity book: Beacon Schools

Produzido por: Health Communication Partnership (HCP), Etiópia

Data: 2005

Acesso: Pode ser baixado online do Centro de Programas de Comunicação da Escola Bloomberg de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins:

Inglês www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH178.pdf

Amárico www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH179.pdf

Oromifa www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH180.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Becoming a responsible teen (BART): an HIV risk-reduction program for adolescents

Produzido por: ETR Associates e Janet S. St. Lawrence

Data: 2005, edição revista

Acesso: O manual pode ser encomendado online por US\$54,95 de ETR Associates em <http://pub.etr.org/> ou pelo correio: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, EUA. Fone: +1 (800) 321-4407; Fax: +1 (800) 435-8433. Dois vídeos opcionais Seriously Fresh e Are You With Me? podem ser encomendados online por \$65 cada um de Select Media Publishing, www.selectmedia.org ou pelo correio: Select Media, Inc., POB 1084, Harriman, NY 10926, EUA.

Chela

Produzido por: Phoenix Publishers Ltd., Helen O. Mondoh, Owen McOnyango, Lucas A. Othuon, Violet Sikenyi e Johnson M. Changeiywo

Data: 2006

Acesso: Para encomendar os livros, visite www.phoenixpublishers.co.ke/order.php ou escreva para Phoenix Publishers Ltd., Kijabe Street, Nairobi, POB 18650-00500, Quênia.

Choose a future! Issues and options for adolescent boys and girls in India

Produzido por: The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)

Data: 2004 e 2003, edição atualizada

Acesso: Maiores informações sobre o programa podem ser obtidas do Centre for Development and Population Activities (CEDPA), 1133 21st Street NW, Suite 800, Washington DC 20036, EUA. Fone: + 1 (202) 939-2612; Fax: + 1 (202) 332-4496; www.cedpa.org ou do CEDPA/India, C-1 Hauz Khas, New Delhi – 110016, Índia; E-mail: agogoi@cedpaindia.org

Draw the line/respect the line: setting limits to prevent HIV, STD and pregnancy

Produzido por: Center for AIDS Prevention Studies/Universidade da Califórnia e ETR Associates

Data: 2003

Acesso: Os manuais podem ser encomendados online por US\$21 cada de ETR Associates em <http://pub.etr.org/> ou pelo correio: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, EUA. Fone: + 1 (800) 321-4407; Fax: + 1 (800) 435-8433.

Facilitating school-based co-curricular activities on HIV and AIDS. Students and teachers learning for an HIV free generation

Produzido por: Federal Ministry of Education, Nigéria e Action Health Incorporated

Data: 2007

Acesso: Para informações, queira contatar: library@actionhealthinc.org

Family life and HIV education for junior secondary schools

Produzido por: Action Health Incorporated (em parceria com o Ministério de Educação do Estado de Lagos, Nigéria). Publicado por Spectrum Books Limited.

Data: 2007

Acesso: Os documentos podem ser encomendados gratuitamente de Action Health Incorporated publications, enviando um e-mail para: library@actionhealthinc.org

Focus on youth: an HIV prevention program for African-American youth

Produzido por: ETR Associates

Data: 2009

Acesso: Pode ser encomendado online por US\$59,95 de ETR Associates, <http://pub.etr.org/> ou pelo correio: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, EUA. Fone: +1 (800) 321-4407; Fax: +1 (800) 435-8433.

Good things for young people: reproductive health education for primary schools

Produzido por: MEMA kwa Vijana (Ministérios da Saúde e Educação da Tanzânia, Instituto Nacional de Pesquisas Médicas da Tanzânia (NIMR), African Medical and Research Foundation (AMREF) e a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM))

Data: 2004

Acesso: Pode ser baixado online:

Teacher's Guide for Standard 5: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-5-English.pdf

Teacher's Guide for Standard 6: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-6-English.pdf

Teacher's Guide for Standard 7: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-7-English.pdf

Teacher's Resource Book: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Resource-Book.pdf

(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Para detalhes sobre a obtenção da versão em suáli, contate Annabelle.South@lshtm.ac.uk

Let us protect our future. A comprehensive sexuality education approach to HIV/STDS and pregnancy prevention

Produzido por: Select Media

Data: 2009

Acesso: Publicação prevista no outono de 2009

Making proud choices! A safer-sex approach to HIV/STDs and teen pregnancy prevention

Produzido por: Select Media, Loretta Sweet Jemmott; John B. Jemmott, e Konstance A. McCaffree

Data: 2006, 3a edição

Acesso: O pacote básico do documento pode ser encomendado online por US\$145,00 (o pacote completo, incluindo os quatro vídeos opcionais, custa \$535,00) de Select Media Publishing, <http://selectmedia.org/customer-service/evidence-based-curricula/making-proud-choices/> ou pelo correio: Select Media, Inc., POB 1084, Harriman, NY 10926, EUA.

My future is my choice

Produzido por: The Youth Health and Development Programme, UNICEF, Governo da Namíbia, Escola de Medicina da Universidade de Maryland

Data: 1999 e 2001

Acesso: Os documentos podem ser baixados online de www.unicef.org/lifeskills/index_14926.html (É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

National Family Life and HIV Education Curriculum for junior secondary schools in Nigeria

Produzido por: Conselho de Pesquisa e Desenvolvimento Educacional da Nigéria (NERDC), Ministério Federal de Educação da Nigéria, Universal Basic Education (UBE) e Action Health Incorporated

Data: 2003

Acesso: O documento pode ser baixado online de www.actionhealthinc.org/publications/downloads/jnrcurriculum.pdf (É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Our future: sexuality and life skills education for young people

Produzido por: International HIV/AIDS Alliance

Data: 2007

Acesso: Os três livros podem ser encomendados gratuitamente de mail@aidsalliance.org ou baixados online de: www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_4-5.pdf
www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_6-7.pdf
www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_8-9.pdf
(Necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Our whole lives: sexuality education

Produzido por: Unitarian Universalist Association of Congregations (UUA)

Datas: 1999 e 2000

Acesso: Os manuais podem ser encomendados, a um custo entre US\$40 e \$75 cada um, de UUA bookstore online, www.uua.org/religiouseducation/curricula/ourwhole/ ou pelo correio: Unitarian Universalist Association of Congregations, 25 Beacon Street, Boston, MA 02108, EUA. Fone: +1 (617) 742-2100; Fax: +1 (617) 723-4805.

Project H: working with young men series

Produzido por: Instituto Promundo, Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS)

Data: 2002

Acesso: Os manuais podem ser encomendados gratuitamente de promundo@promundo.org.br ou baixados online de (É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Inglês: www.promundo.org.br/396?locale=en_US

Espanhol: www.promundo.org.br/352?locale=pt_BR

Português: www.promundo.org.br/396?locale=pt_BR

Program M. Working with young women: empowerment, rights and health

Produzido por: Instituto Promundo, Salud y Género, ECOS (Comunicação em Sexualidade), Instituto PAPAI e World Education

Data: 2008

Acesso: Uma cópia do livro pode ser encomendada gratuitamente de: promundo@promundo.org.br

Também pode ser baixada online de:

Inglês: www.promundo.org.br/materiais%20de%20apoio/publicacoes/MANUAL%20M.pdf

Português: www.promundo.org.br/materiais%20de%20apoio/publicacoes/TrabalhandocomMulheresJovens.pdf
(É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

O vídeo pode ser encomendado de: www.rumo.com.br/sistema/home.asp?IDLoja=10093. Um clip pode ser visto em: www.promundo.org.br/354

The Red Book. What you want to know about yourself (10-14 years)

The Blue Book. What you want to know about yourself (15+ years)

Produzido por: Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Data: 2005 e 1999

Acesso: Os livretos podem ser baixados online de www.tarshi.net/publications/publications_sexuality_education.asp (É necessário um software Free Adobe Acrobat Reader®.)

Reducing the risk: building skills to prevent pregnancy, STD and HIV

Produzido por: ETR Associates e Richard P. Barth

Data: 2004, 4a edição

Acesso: O Manual do Capacitador (US\$42,95), o Caderno do Aluno, em inglês ou espanhol (conjunto de cinco, \$18,95) e o Kit de Atividades (\$39) podem ser encomendados online de ETR Associates, <http://pub.etr.org/> ou pelo correio: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, EUA. Fone: + 1 (800) 321-4407; Fax: +1 (800) 435-8433.

Safer choices: preventing HIV, other STD and pregnancy

Produzido por: Karin K. Coyle, Joyce V. Fetro, Richard P. Barth, ETR Associates e Centro de Pesquisa e Desenvolvimento na Promoção à Saúde, Universidade do Texas-Houston, Health Science Center

Data: 2007, edição revista

Acesso: O conjunto completo de manuais, adernos do aluno e kit de atividade Safer Choices pode ser encomendado online por US\$189,95 de ETR Associates, <http://pub.etr.org/> ou pelo correio: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, EUA. Fone: + 1 (800) 321-4407; Fax: + 1 (800) 435-8433. Um vídeo/DVD, "Blood Lines", recomendado para uso com o nível 2, pode ser adquirido por \$149. A capacitação didática para esse programa está disponível nos EUA por meio de ETR Associates (training@etr.org).

Stepping stones: a training package in HIV/AIDS, communication and relationships skills

Produzido por: ActionAid International e Alice Welbourne

Data: 1999

Acesso: O manual pode ser examinado em www.steppingstonesfeedback.org/?page_id=965 ou www.stratshope.org/t-training.htm. Pode ser encomendado a baixo custo de Teaching AIDS at Low Cost (TALC), www.talcuk.org/books/bs-stepping-stones.htm

Today's choices

Produzido por: Universidade de Stellenbosch, Departamento de Educação da África do Sul e World Population Foundation (WPF)

Data: 2004

Acesso: O programa está disponível online em http://arhp.co.za/todays_choices/. Pode ser copiado (baixado) e impresso gratuitamente.

UDAAN: towards a better future. Training manual for nodal teachers.

Produzido por: The Centre for Development and Population Activities (CEDPA), Índia; Sociedade para o Controle da SIDA do Estado de Jharkhand e Departamento de Educação, Governo de Jharkhand, Índia

Data: 2006

Acesso: Maiores informações sobre o programa podem ser obtidas do Center for Development and Population Activities (CEDPA), 1133 21st Street NW, Suite 800, Washington DC 20036, EUA. Fone: + 1 (202) 939-2612; Fax: + 1 (202) 332-4496, ou online: www.cedpa.org. Informações também estão disponíveis em CEDPA/Índia, C-1 Hauz Khas, New Delhi – 110016, Índia. E-mail: agogoi@cedpaindia.org

The world starts with me!

Produzido por: World Population Foundation (WPF), Butterfly Works e SchoolNet Uganda

Data: 2003

Acesso: Parte do currículo está disponível gratuitamente online em: www.theworldstarts.org/start/begin.html

Para maiores informações sobre o currículo, consulte: www.wpf.org/documenten/20060809_WSWM_handout.doc ou contate World Population Foundation, Vinkenburgstraat 2A, 3512 AB Utrecht, Países Baixos. Tel: +31 (30) 239 38 88. E-mail: office@wpf.org.

The world starts with me! Adaptações

Indonésia:

- DAKU! Para o ensino médio na Indonésia, desenvolvido por World Population Foundation (WPF), Indonésia, 2006.
- MAJU! Para escolas de educação especial para jovens surdos na Indonésia, desenvolvido por World Population Foundation (WPF), Indonésia e a Direção de Educação para Necessidades Especiais (DSE) do Ministério de Educação e Cultura da Indonésia, 2008.
- Langhka Pastiku! Para escolas de educação especial para jovens cegos na Indonésia, desenvolvido por World Population Foundation (WPF), Indonésia, Ministério de Educação Especial da Indonésia e Yayasan Pelita Ilmu (YPI), 2008.
- SERU! Para institutos de detenção juvenil na Indonésia, desenvolvido por World Population Foundation (WPF), Indonésia.
- You and me. Para o jardim de infância na Indonésia, desenvolvido por World Population Foundation (WPF), Indonésia e a Bernard van Leer Foundation, 2007.

Quênia:

- The world starts with me! Para o ensino médio e jovens carentes no Quênia, desenvolvido por World Population Foundation (WPF), Centre for Study of Adolescence (CSA) e NairoBits Digital Design School, Nairobi, 2006.

Tailândia:

- The world turns by my hands! Para o ensino médio em Bangkok, desenvolvido por World Population Foundation (WPF) e a Associação para a Promoção da Situação da Mulher (APSW), 2007.

Vietnã:

- Journey to adulthood. Para alunos da Faculdade de Formação Didática da Universidade de Educação de Danang. Vietnã, desenvolvido por World Population Foundation (WPF) Vietnã, Universidade de Educação de Danang, Departamento de Educação e Capacitação de Danang e Instituto Nacional de Ciências Educacionais, 2009. (Adaptação para o ensino médio em elaboração.)

Young men as equal partners (YMEP)

Produzido por: Projeto YMEP (uma colaboração entre as Associações membros da International Planned Parenthood Federation (IPPF) do Quênia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Suécia)

Data: 2008, edição revista

Acesso: O livro pode ser baixado online de: www.rfsu.se/upload/PDF-Material/YMEPguidebookapril08.pdf (É necessário o programa Free Adobe Acrobat Reader®.)

Acesso: To order the books, visit www.phoenixpublishers.co.ke/order.php or write to Phoenix Publishers Ltd., Kijabe Street, Nairobi, POB 18650-00500, Kenya.

Fotos:

Cover

© 2000 Rick Maiman/David and Lucile Packard Foundation, cortesia da Photoshare

© 2009 UNAIDS/O. O'Hanlon

© 2006 Basil A. Safi/CCP, cortesia da Photoshare

© 2006 UNAIDS/G. Pirozzi.

p.1 © 2004 Ian Oliver/SFL/Grassroot Soccer, cortesia da Photoshare

p.37 © 2006 Rose Reis, cortesia da Photoshare

Fundamentada numa revisão rigorosa e atual das evidências sobre programas de educação em sexualidade, esta Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade é direcionada a tomadores de decisão e profissionais dos setores de educação e saúde. Foi desenvolvida para auxiliar as autoridades de educação, saúde e outras áreas relevantes a criar e implementar programas e materiais de educação em sexualidade na escola. O Volume I enfoca as razões em favor da educação em sexualidade e fornece conselhos técnicos sólidos sobre características de programas efetivos. Um segundo documento (Volume II) enfoca os tópicos e objetivos de aprendizado a serem tratados num ‘pacote básico mínimo’ de educação em sexualidade para crianças e jovens dos 5 aos 18 e mais anos, inclusive uma bibliografia de recursos úteis. A Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade é relevante não apenas para aqueles países mais afetados pelo HIV/Aids, mas também para aqueles que enfrentam epidemias concentradas e de baixa prevalência.

Secção VIH e SIDA
Divisão de Coordenação
das Prioridades das Nações Unidas em Educação
Sector de Educação
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, França
Site: www.unesco.org/aids
E-mail: aids@unesco.org