

SAÚDE e PREVENÇÃO NaS ESCOLAS

Atitude pra curtir a vida.

DIRETRIZES PARA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

ISBN 85-334-1256-8



9 798533 412568



Ministério da Saúde
Ministério da Educação
UNESCO
UNICEF
UNFPA

DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO
SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS

Série Manuais nº 77

the same time, the fact that the two countries have similar political systems and a similar history of colonialism may have influenced the results.

There are several limitations to this study. First, the data used in this study are self-reported and may be subject to recall bias. Second, the study only examined the relationship between the two variables and did not explore the underlying mechanisms. Third, the study did not control for other factors that may influence the relationship between the two variables.

Future research should explore the underlying mechanisms and control for other factors that may influence the relationship between the two variables. Additionally, it would be interesting to explore the relationship between the two variables in other countries.

In conclusion, this study found a positive relationship between the two variables. The results suggest that the two variables are related and that the relationship is positive. The study also identified several limitations and suggested areas for future research.

The study was conducted in a cross-sectional design and the data were collected from a single point in time. This may limit the ability to establish causality between the two variables.

The study also did not control for other factors that may influence the relationship between the two variables. Future research should control for these factors to better understand the relationship between the two variables.

Finally, the study only examined the relationship between the two variables and did not explore the underlying mechanisms. Future research should explore the underlying mechanisms to better understand the relationship between the two variables.

In conclusion, this study found a positive relationship between the two variables. The results suggest that the two variables are related and that the relationship is positive. The study also identified several limitations and suggested areas for future research.

The study was conducted in a cross-sectional design and the data were collected from a single point in time. This may limit the ability to establish causality between the two variables.

The study also did not control for other factors that may influence the relationship between the two variables. Future research should control for these factors to better understand the relationship between the two variables.

Finally, the study only examined the relationship between the two variables and did not explore the underlying mechanisms. Future research should explore the underlying mechanisms to better understand the relationship between the two variables.

In conclusion, this study found a positive relationship between the two variables. The results suggest that the two variables are related and that the relationship is positive. The study also identified several limitations and suggested areas for future research.

The study was conducted in a cross-sectional design and the data were collected from a single point in time. This may limit the ability to establish causality between the two variables.

The study also did not control for other factors that may influence the relationship between the two variables. Future research should control for these factors to better understand the relationship between the two variables.

Finally, the study only examined the relationship between the two variables and did not explore the underlying mechanisms. Future research should explore the underlying mechanisms to better understand the relationship between the two variables.

In conclusion, this study found a positive relationship between the two variables. The results suggest that the two variables are related and that the relationship is positive. The study also identified several limitations and suggested areas for future research.

The study was conducted in a cross-sectional design and the data were collected from a single point in time. This may limit the ability to establish causality between the two variables.

The study also did not control for other factors that may influence the relationship between the two variables. Future research should control for these factors to better understand the relationship between the two variables.

DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO
SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS

Brasília
Julho/2007

© 2006. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.000 exemplares

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70.750-000, Brasília – DF

E-mail: aids@aids.gov.br / edicao@aids.gov.br

Home page: <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

Publicação financiada com recursos do Projeto AD BRA 03 H 34 UNODC

Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS

Alexandre Magno de Aguiar Amorim

Editor: Dario Almeida Noletto

Arte-final e diagramação: Bruno Imbroisi

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.

Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1256-8

1. Educação em saúde. 2. Educação sexual. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1104

SUMÁRIO

Apresentação	7
Histórico	9
Justificativa	10
Juventude e vulnerabilidade	11
Vivência da sexualidade entre adolescentes e jovens	12
Gravidez na adolescência	12
Impactos da aids entre adolescentes e jovens	13
Violências associadas à juventude e às relações de gênero	14
Por que a escola?	14
O que é o Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”?	16
Finalidades do Projeto	17
O que é imprescindível para a concretização do Projeto?	18
Responsabilidades do Grupo Gestor Municipal	20
Responsabilidades do Grupo Gestor Estadual	22
Responsabilidades do Grupo Gestor Federal	23
Equipe de Elaboração	24

APRESENTAÇÃO

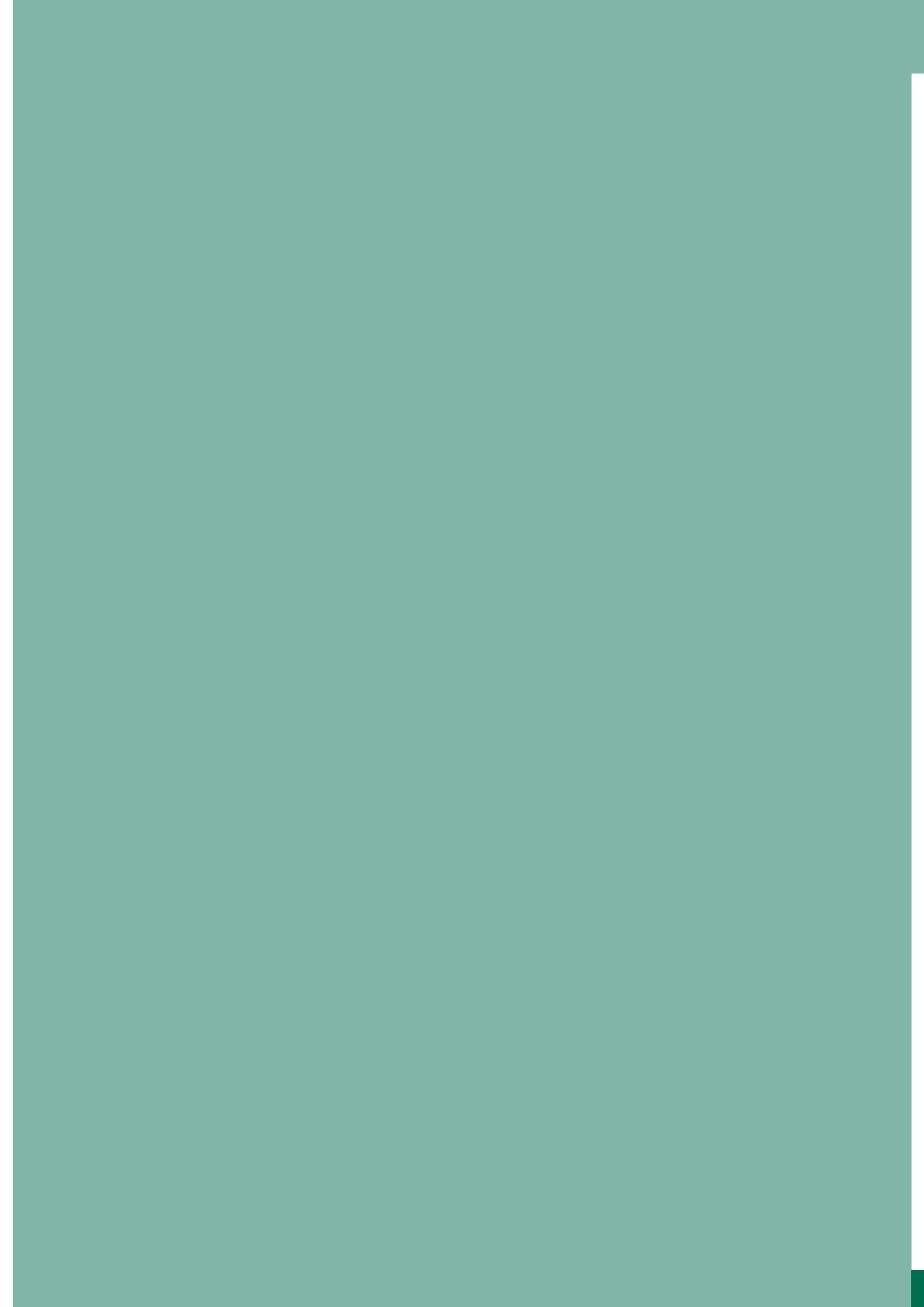
O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde apresentam às instituições de educação, saúde e organizações da sociedade civil as diretrizes norteadoras do Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE).

Esse Projeto conta com o apoio da UNESCO - Organizações das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura - do UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância e do UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação das ações desenvolvidas em âmbito federal, estadual e municipal.

Produto da experiência e da reflexão de diferentes atores sociais, esse projeto representa um marco na integração dos sistemas de educação e saúde e privilegia a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, mediante a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde. O Projeto, ao mesmo tempo, é um convite à articulação entre educação, saúde e as demais instâncias cujas ações repercutem na formação dos jovens, entre elas: órgãos responsáveis pela cultura e ação social, universidades e entidades da sociedade civil organizada.

O presente documento visa a nortear a implantação e a implementação do Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” nos níveis federal, estadual e municipal, tendo como objetivo central a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando a reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à infecção pelo HIV, à aids e à gravidez não-planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde.

O fortalecimento e a valorização das práticas no campo da promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e da prevenção das DST/HIV/aids, realizadas ao longo desses vinte anos de enfrentamento da epidemia da aids em nosso país, é, enquanto experiência acumulada, fundamental para a configuração do projeto em cada estado e município do País. O êxito das ações e a consolidação de políticas públicas de prevenção de doenças e agravos e a promoção à saúde nas escolas, em processo planejado e participativo, dependem do compromisso de gestores, profissionais de saúde e educação e da participação ativa dos estudantes e de toda comunidade escolar, resgatando-se a história e as singularidades da realidade local.



HISTÓRICO

Desde 1995 o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm, conjuntamente, reunido esforços para que os temas em saúde sexual e saúde reprodutiva sejam trabalhados nas escolas. Do trabalho integrado entre os dois ministérios nasceu o “Projeto Escolas” que iniciou as ações apoiando projetos em 16 Unidades da Federação (UF) de maior importância para a epidemia, entre 1994 e 1999. Entre 1999 e 2000, o projeto expande as estratégias para as 27 UF por meio do programa “Salto para o Futuro” que atingiu aproximadamente 250 mil professores e mais de 9 milhões de alunos do ensino fundamental e médio.

Em agosto de 2003, no município de Curitiba, aconteceu o lançamento oficial do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”. O evento contou com a presença de representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Unesco e a participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação, das escolas e de organizações da sociedade civil.

O projeto teve como elementos inovadores a disponibilização de preservativos nas escolas, a integração entre as escolas e as unidades básicas de saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais e das escolas, bem como a participação da comunidade no processo. Além de Curitiba, as atividades foram estruturadas em outros municípios pilotos, a saber: Rio Branco-AC, Xapuri-AC, São José do Rio Preto-SP, São Paulo-SP, Itaquaquecetuba-SP e Curitiba-PR, mobilizando, até dezembro de 2003, um total de 103 mil adolescentes e jovens. No mesmo ano, a UNESCO iniciou a avaliação de projeto para subsidiar a estratégia de ampliação.

Em 2005, o “Saúde e Prevenção nas Escolas” (Projeto) foi reformulado. Novas estratégias foram definidas, entre elas: o monitoramento das escolas a partir da inclusão de um questionário específico no Censo Escolar; a incorporação de diretrizes para que as ações possam atingir alunos a partir das primeiras séries do ensino fundamental; o apoio a estados e municípios na constituição de 22 grupos gestores intersetoriais nas 27 UF; a realização de oficinas macrorregionais; o apoio a eventos regionais e a produção, impressão e distribuição de materiais educativos.

No âmbito federal, o projeto é conduzido pelo Ministério da Educação (Secretaria de Educação Básica, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade), Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST e Aids, Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem e Departamento de Atenção Básica), UNESCO, UNICEF e UNFPA. Essas instituições constituem o Grupo Gestor Federal (GGF) que está encarregado da elaboração de diretrizes, definição de estratégias, avaliação e monitoramento do projeto. De acordo com a demanda, o grupo organiza reuniões ampliadas com representantes de áreas específicas para subsidiar a construção da política. Nesse momento, o grupo conta com a colaboração de outras instituições, incluindo organizações da sociedade civil, que participam como consultoras ou colaboradoras do projeto.

No dia 9 de dezembro de 2005, os ministros da Saúde, da Educação e os representantes da UNESCO e do UNICEF no Brasil participaram do evento para consolidação da política de prevenção das DST/aids nas escolas, e da apresentação do plano de ações para 2006. O evento contou com a participação de representantes de alunos, professores, universidades, organizações da sociedade civil e universidades.

A maneira como o processo vem sendo conduzido fortalece a integração entre esses dois ministérios, trazendo uma resposta positiva às escolas e às unidades de saúde que já desenvolvem ações, e estimulando gestores federais, estaduais e municipais a valorizarem o espaço escolar como um local privilegiado para desenvolvimento de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva.

Em 2005, das 207.214 escolas da educação básica recenseadas no Censo Escolar, 161.679 responderam ao questionário. A análise dos dados demonstra que 60,4% das escolas realizam ações de prevenção em DST/aids. Dessas, 9,1% distribuem preservativos.

Temos como desafio a ampliação da cobertura das ações para toda a rede de ensino fundamental e médio, a qualificação dos serviços de saúde para o acolhimento das demandas dos jovens e o aumento da aceitabilidade de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva, no ambiente escolar, por parte da comunidade.

JUSTIFICATIVA

Elementos da saúde e da educação estão presentes durante todo o desenvolvimento humano de maneira muito expressiva. São importantes no desenvolvimento biopsicossocial e na formação dos sujeitos sociais e políticos. As ações setoriais nesses campos têm mútuas repercussões e, assim sendo, a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde.

As tradições acumuladas no antigo modelo de saúde escolar constituíram-se, freqüentemente, em práticas de negociação de tarefas e custos, assim como em fonte de conflitos quanto às responsabilidades dos atores envolvidos. Como resultado, a escola vê-se hoje como depositária de inúmeras demandas sociais relativas a amplas parcelas da população e como cenário quase exclusivo de acolhimento de crianças, adolescentes e jovens. As unidades de saúde, por sua vez, vêm-se diante da necessidade de criar vínculos e de construir estratégias de acolhimento e atenção às necessidades específicas desses grupos populacionais, como parte da tarefa de reorganizar-se em um novo modelo de atenção à saúde.

A abrangência e complexidade dos desafios a serem enfrentados vêm mostrando um novo caminho: o da articulação de políticas para valorizar as contribuições setoriais possíveis e necessárias, assim como a participação da sociedade civil, de forma que esse amálgama de capacidades, recursos e responsabilidades possa produzir transformações mais efetivas nas condições geradoras de vulnerabilidade das populações jovens.

A construção de redes regionalizadas e descentralizadas, além de estimular a comunidade à participação mais ativa no cotidiano dos sistemas de ensino e saúde, mostra-se, cada vez mais, ser condição essencial para a concretização de políticas públicas que tenham como foco central as populações para as quais elas são destinadas.

JUVENTUDE E VULNERABILIDADE

O Brasil conta com mais de 54 milhões de cidadãos e cidadãs na faixa de 10 a 24 anos de idade, o que representa 30,3% da população. Não obstante sua grande relevância para o País, essas parcelas expressivas da população estão expostas a riscos e relações de vulnerabilidade de caráter estrutural a serem superadas de forma premente.

Vulnerabilidade pode ser compreendida como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, e, também, como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que estão relacionados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, ao mesmo tempo, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. Sendo assim, as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos individuais e coletivos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados - o individual, o social e o programático ou institucional (AYRES et al. 2003).

Fatores externos constituem uma poderosa influência sobre o modo como adolescentes e os jovens pensam e se comportam – o meio em que eles vivem, os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e o sistema legal e político.

De outra parte, estão as necessidades de grande importância para o desenvolvimento desse segmento, representadas pelo acesso à educação formal, aos serviços de saúde, às atividades recreativas, ao desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho. Muito freqüentemente, a pobreza priva o adolescente e o jovem de tais acessos. Acresce-se, ainda, a enorme exposição do adolescente e do jovem aos riscos associados à violência física, aos distúrbios sociais, às migrações e aos conflitos armados. Também podemos enfatizar a curiosidade de quem está descobrindo o mundo e, às vezes, sente o desejo de experimentar tudo o que se apresenta como novo.

Tal situação, onde se imbricam fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos e políticos, pode aumentar a vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania.

Nesse sentido, a pesquisa desenvolvida pelo Instituto Cidadania (2005) evidencia elementos que apontam para a vulnerabilidade desse grupo populacional: a inserção social, profissional e educacional, além das dificuldades de serem ouvidos em suas opiniões e necessidades, são os maiores problemas enfrentados pelos jovens brasileiros na atualidade. As pessoas jovens estão entre as principais vítimas do modelo econômico adotado nas últimas décadas, no qual a exclusão social se aprofunda. No ano 2000, apenas 41,3% dos jovens viviam em famílias com renda familiar per capita acima de um salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) viviam em famílias com renda per capita de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegavam ao ensino médio.

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS

A sexualidade humana é uma construção social e histórica que se dá segundo padrões e injunções sociais, culturais e políticas. Daí decorrem inúmeras conseqüências que precisam ser consideradas quando tratamos dos contextos de vulnerabilidade nos quais os jovens estão inseridos.

A educação e a assistência à saúde relacionadas à vivência da sexualidade devem incorporar as dimensões de gênero, de orientação e identidade sexual, erotismo, emoção e reprodução, assim como a identificação das especificidades de cada ciclo do desenvolvimento humano, o reconhecimento da diversidade étnico-racial, a assunção de um conjunto de valores éticos e o exercício da cidadania.

A abordagem da sexualidade deve, ainda, em um contexto mais ampliado, superar o enfoque historicamente vinculado às questões reprodutivas para adquirir uma abordagem que também a relacione ao prazer.

A sexualidade, além de ser um elemento fundamental da condição humana, deve ter suas diferentes expressões consideradas à luz da cultura dos direitos humanos. A todo cidadão deve ser assegurado o direito ao livre exercício de sua sexualidade.

O exercício da sexualidade tem a iniciação sexual como fato social de importância individual e coletiva, ganhando dimensões variadas nos contextos históricos e culturais.

A idade média de iniciação sexual dos brasileiros está em torno dos 15 anos de idade, justificando a necessidade de dar ênfase às ações de prevenção e promoção à saúde direcionadas à população adolescente e jovem e ao enfrentamento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, outras DST e à gravidez não-planejada dos segmentos da população engajados na educação básica.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Uma reflexão crítica sobre a gravidez na adolescência permite associar esse fenômeno a diversos fatores, tais como: vulnerabilidade individual e social, gravidez não-planejada, falta de informação apropriada e de acesso aos serviços de saúde e o status das adolescentes mulheres na sociedade.

O índice de gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos, relacionado a condições socioeconômicas e culturais, tende a ser maior nas situações em que há exploração sexual de adolescentes e jovens. Alguns estudos têm apontado a relação entre a gravidez nessa faixa etária e a ocorrência de violência sexual (Marco Teórico e Referencial de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2006).

Nas quatro últimas décadas, assistiu-se a um decréscimo acentuado na taxa de fecundidade das mulheres brasileiras (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos e,

em 2000, passa a ser de 2,3 filhos por mulher). Em contrapartida, entre adolescentes e jovens, o sentido foi inverso. Identificou-se o aumento em 25% da taxa de fecundidade entre meninas de 15 a 19 anos, durante os anos 90, (UNESCO, 2004), assim como associação entre gravidez na adolescência e evasão escolar.

Dados mais recentes indicam que a taxa de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos vem diminuindo desde 1999 e chegou, em 2003, a patamares menores do que os verificados no início da década passada.

As pesquisadoras Elza Berquó, do Núcleo de Estudos de População da Unicamp, e Suzana Cavenaghi, da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), constataram que o índice de gravidez na adolescência, de fato, está diminuindo. Esse estudo comparou informações de três fontes diferentes: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE); o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/Ministério da Saúde) e o dados de registro civil, registrados em cartórios. Em 1999, foi verificada uma taxa de 90,5 grávidas para cada grupo de 1.000 adolescentes entre 15 e 19 anos; já, em 2003, havia 81 grávidas para cada grupo de 1.000, uma queda de 10,5%.

Cabe ressaltar, entretanto, que a queda na taxa de gravidez na adolescência não diminui a responsabilidade da sociedade e do poder público em relação a essa questão, já que as taxas brasileiras ainda são altas e revelam as grandes diferenças entre as classes sociais (Boletim da Rede Feminista, 2005).

IMPACTOS DA AIDS ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS

No Brasil, foram registrados 69.219 casos de aids entre jovens menores de 24 anos. Isso representa 15,98% dos casos notificados de aids no País, desde o início da epidemia (PN-DST/AIDS 2006).

Entre os jovens, porém, a transmissão sexual não tem sido a única forma de exposição ao HIV. Na população entre 13 e 24 anos, a via sanguínea responde por 26,14% dos casos notificados de aids – sendo que em 94,09% desses casos a infecção foi decorrente do uso indevido de drogas injetáveis. A transmissão sexual representa 63,7% e a fonte de infecção é ignorada em 9,7% dos casos (PN-DST/AIDS 2006).

Os dados mais recentes mostram um aumento desigual da epidemia entre mulheres e, particularmente, entre jovens do sexo feminino, o que pode ser parcialmente explicado pelo fato de a iniciação sexual ocorrer, frequentemente, com homens que já tiveram experiências sexuais anteriores e, portanto, maior possibilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Na maioria dos casos, os homens mais velhos, temendo gravidez, mas sem se preocupar com a transmissão das DST e da aids, estimulam a jovem a usar anticoncepcional hormonal.

Estamos vivendo uma modificação importante nas tendências da epidemia. A sua estabilização, ainda que em patamares elevados, vem sendo acompanhada de um crescimento desigual do número de casos novos entre populações em situação de desvantagem social.

VIOLÊNCIAS ASSOCIADAS À JUVENTUDE E ÀS RELAÇÕES DE GÊNERO

As violências correspondem à segunda causa de morte para a população em geral e a primeira para as crianças e adolescentes de 5 a 19 anos de idade. No Brasil, de todas as crianças que morrem entre 5 e 9 anos, 47% são vítimas da violência; na faixa de 10 a 14 anos chegam a 54,6% e, no grupo de 15 a 19 anos, correspondem a 70,8%. Em poucas palavras, o contingente infanto-juvenil da população brasileira está morrendo mais por causas ligadas à violência do que por doenças (Minayo, 2002).

Contrariando uma tendência mundial, segundo a qual mulheres vivem mais do que os homens, no Brasil, quando os dados relativos à expectativa de vida são desdobrados em componentes étnico-raciais, constata-se que mulheres negras vivem menos do que homens brancos (IBGE 2000). Tal quadro expressa relações de racismo e discriminação, situação na qual a maior vulnerabilidade da mulher negra resulta da agregação de múltiplos componentes que aumentam a suscetibilidade dessa parcela expressiva da população brasileira aos agravos à saúde.

Outra questão a ser considerada é a discriminação sistemática da população homossexual em nosso País. O Brasil se mantém, há vários anos, como um dos países que apresentam os mais altos índices de assassinato de natureza homofóbica. Recente pesquisa realizada pela Unesco (2004a) sobre juventude e sexualidade revelou a presença de atitudes e valores homofóbicos no ambiente escolar, identificando que cerca de 25% dos alunos não gostariam de ter um colega de classe homossexual. Bater em homossexuais é considerado por mulheres jovens como a terceira violência mais grave; já para os homens jovens ela ocupa o sexto lugar.

Alarmanes são, também, os resultados da pesquisa intitulada “Perfil dos Professores Brasileiros: o que fazem, o que pensam, o que almejam” (Unesco 2004b). Dos professores que participaram da pesquisa, 59,7% declararam ser inadmissível que uma pessoa tenha experiências homossexuais.

Nesse contexto, a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos da população adolescente e jovem assume centralidade, incluindo-se a necessidade de superação dos processos de intolerância com a diversidade de orientações sexuais que, em algumas realidades, tornam-se tão cruéis que acabam impondo aos jovens homossexuais uma vida de sofrimento e exclusão.

POR QUE A ESCOLA?

A educação escolar democrática, popular, inclusiva e plural inaugura a possibilidade de construirmos uma escola mais justa e solidária, compromissada com as várias funções sociais e políticas que ela deve assumir junto à sociedade. A exigência de apropriação, em seu projeto político-pedagógico, de conhecimentos e valores que contribuam para a valorização da vida, a formação integral e o exercício da cidadania coloca-se como condição para o desempenho desse papel.

Os sistemas de ensino abrigam aproximadamente 62% de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos de idade.

Ao sistema educacional, inserido no processo de transformação da realidade econômica, política, histórico-cultural, corresponde, portanto, uma parcela significativa de responsabilidade na formação integral de sujeitos de direitos. Trata-se de um espaço institucional privilegiado para a convivência social e o estabelecimento de relações intersubjetivas favoráveis à promoção da saúde e à construção de resposta social aos desafios colocados para a sociedade.

Planejar é apontar o caminho que se quer percorrer. O projeto político-pedagógico, nessa ótica, torna-se o retrato do que a escola pretende desenvolver no seu cotidiano. Com ele, a comunidade escolar terá oportunidade de participar das decisões sobre o trabalho pedagógico. Uma condição intrínseca à implementação do Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” será, portanto, a inclusão de suas diretrizes e estratégias no Projeto político-pedagógico das unidades escolares, favorecendo a incorporação da temática ao currículo e o desenvolvimento da cultura de prevenção e promoção à saúde, na experiência escolar cotidiana.

Segundo essa compreensão, o currículo é entendido como o conjunto de planos e ações que tem como objetivo o pleno desenvolvimento humano e remete para a atualização permanente e contextualizada do fazer pedagógico. A estrutura curricular deve levar em consideração a valorização do espaço escolar na construção de diferentes abordagens interdisciplinares, intersetoriais e complementares, na temática da prevenção de doenças e agravos, da promoção à saúde sexual e da saúde reprodutiva. O currículo deve estar comprometido com a promoção da aprendizagem, com a inclusão dos sujeitos com necessidades especiais, com a diversidade cultural, social, étnico-racial, de gênero e orientação sexual, com a autonomia das escolas e dos sistemas de ensino, com a especificidade local e, sobretudo, com uma gestão compartilhada entre os diversos atores da comunidade escolar.

É indispensável reconhecer que o jovem é detentor de saberes e práticas que devem ser respeitadas e valorizadas na construção do conhecimento. O educando é, portanto, ao mesmo tempo, o principal beneficiário e protagonista. Nesse sentido, o planejamento e a realização das atividades devem considerar uma diversidade de abordagens pedagógicas que respeitem os adolescentes e jovens, favoreçam sua participação e o exercício da cidadania em todas as etapas de implantação e implementação do Projeto.

Construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é, comprovadamente, um importante dispositivo para construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV e à aids, assim como à gravidez não planejada. Para tanto, as ações desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, da cultura e dos direitos humanos.

O QUE É O PROJETO “SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS”?

Esse Projeto tem como eixo estruturante de suas ações a integração dos setores saúde-educação, respeitando os princípios e diretrizes que os fundamentam. O compromisso dos gestores, responsáveis pelas políticas governamentais nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal - é fundamental para a implementação do projeto, bem como para a consolidação de uma política pública de prevenção e promoção à saúde nas escolas.

Outro aspecto fundamental do projeto é o incentivo à articulação entre as diferentes instâncias governamentais e as organizações da sociedade civil, reconhecendo-se o sujeito integral como foco das diversas políticas públicas. A integração intersetorial e com a sociedade civil, em todas as fases de implantação do projeto desde o seu planejamento, é requisito básico para a sua efetivação.

A proposta resulta da parceria entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, com o apoio da UNESCO, do UNICEF e do UNFPA na perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à aids, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não-planejada.

O Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” leva em consideração a importância das ações em saúde sexual e saúde reprodutiva realizadas nas diferentes regiões do País, assumindo que essa riqueza de experiências deve ser valorizada e potencializada quando da implementação do projeto. Sendo assim, parte-se do pressuposto que essa iniciativa poderá cumprir diferentes funções, dependendo das realidades estaduais e municipais.

Em determinados contextos, poderá representar um incentivo para desencadear novos processos de trabalho, com vistas à superação das iniciativas pontuais e à geração de ações permanentes, inovadoras e integradas. Nas realidades em que já se possa contar com maiores acúmulos, o Projeto poderá trazer novas dimensões aos processos já desencadeados, levando à soma de esforços nos três níveis de governo e contribuindo para a organicidade das ações em cada território e em âmbito nacional.

A escola, compreendida como cenário privilegiado de acolhimento cotidiano e continuado de adolescentes e jovens, ganha centralidade nesse Projeto, mas torna-se capaz de concretizá-lo em seu território somente à medida que possa compartilhar decisões e responsabilidades com as demais instâncias sociais envolvidas na efetivação das estratégias articuladas de redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/aids e à gravidez não-planejada.

A concretização do Projeto estará apoiada na formação continuada de profissionais das áreas de educação e de saúde. Isso permitirá maior domínio das informações e das estratégias educativas relacionadas à promoção da saúde e à prevenção e, igualmente importante, favorecerá a construção coletiva de novos conhecimentos e estratégias para a ação intersetorial integrada e significativa em cada território.

Os insumos para a concretização do Projeto deverão incluir a produção de materiais didático-pedagógicos e a disponibilização de preservativos em escolas cujas comunidades estejam mobilizadas e articuladas em parcerias para a execução das ações de prevenção.

Em respeito à potencialidade, à diversidade e às singularidades locais, os materiais didático-pedagógicos deverão ser disponibilizados pelos níveis federal e estadual e poderão, igualmente, ser produzidos e/ou adaptados em nível municipal e local, em cada unidade escolar e de saúde

FINALIDADES DO PROJETO

- Incentivar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, com a redução da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população jovem.
- Ampliar parcerias entre escola, instituições governamentais e instituições não-governamentais visando à integração de esforços para a formação integral do educando.
- Fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da realidade.
- Apoiar ações de formação continuada para profissionais de educação e saúde para responder às diferentes situações relacionadas à vivência da sexualidade no cotidiano dos adolescentes e jovens escolarizados.
- Contribuir para a redução da incidência de gravidez não-planejada na população adolescente e jovem.
- Contribuir para a redução da evasão escolar relacionada à gravidez na adolescência.
- Ampliar os recursos da escola para que desempenhe seu papel democrático no respeito e convívio com as diferenças.
- Fomentar a inserção das temáticas relacionadas à educação no campo da sexualidade ao cotidiano da prática pedagógica dos professores.
- Promover a ampliação da capacidade de acolhimento das demandas em saúde da população jovem nas Unidades Básicas de Saúde.
- Constituir uma rede integrada saúde-educação para colaborar na redução dos agravos à saúde da população jovem.
- Promover o diálogo na família, na comunidade e integrá-las ao Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”.
- Desenvolver ações inclusivas, considerando as pessoas com necessidades educacionais especiais, de modo a favorecer a vivência da sua sexualidade com autonomia e proteção social.
- Promover a elaboração de materiais didático-pedagógicos que possibilitem a acessibilidade de jovens com deficiência auditiva e visual, prevendo a publicação desses

materiais em Braille. Além disso, os atendimentos de educação e saúde devem incluir intérpretes.

- Construir redes para a troca de experiências entre participantes do Projeto nos diversos estados e municípios brasileiros.
- Contribuir para a sustentabilidade das ações de promoção do “Saúde e Prevenção nas Escolas”, visando a consolidar políticas públicas de proteção à adolescência e à juventude brasileiras.

O QUE É IMPRESCINDÍVEL PARA A CONCRETIZAÇÃO DO PROJETO?

No nível federal, o gerenciamento do Projeto está estruturado na atuação intersetorial. Para efetividade da proposta, constituiu-se o Grupo Gestor Federal (GGF), que conta com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO e UNICEF. Esse grupo se reúne sistematicamente para trabalhar as diretrizes, a implantação e implementação, e o monitoramento e avaliação do Projeto. A matriz a seguir demonstra os elementos prioritários do GGF e pode servir de base para estados e municípios.

PLANO DE AÇÃO 2007

OBJETIVO GERAL: PROMOVER A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS - SPE, ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA MULTISSETORIAL.

PROMOVER O PROCESSO LEGISLATIVO E NORMATIVO

1. Regulamentação via resolução de recurso disponibilizado no FNDE
2. Mobilização dos municípios e estados para acessar os recursos do FNDE
3. Grupo de trabalho para regulamentação e articulação com o legislativo
4. Articulação com Câmara Técnica Intersetorial (MS e MEC)

FORTELECIMENTO INSTITUCIONAL E POLÍTICO DO SPE

1. Sub-grupo para apresentar sugestões para a estratégia de gestão do Grupo Gestor Federal (gestão integrada/papéis institucionais, secretaria executiva, sensibilização dos gestores)
2. Realização de seminário sobre o sistema educacional e de saúde para o Grupo Gestor Federal
3. Capacitação do Grupo Gestor Federal nos eixos temáticos que fazem parte do SPE
4. Implementação do grupo ampliado
5. Articulação com a sociedade civil
6. Fortalecimento da atenção básica e dos professores da rede

Apoio e/ou implementação dos Grupos Gestores Estaduais

1. Grupo de articulação político-institucional (diagnóstico situacional dos estados, atenção aos estados estratégicos, pactuação política etc)
2. Encontro Nacional dos Grupos Gestores Estaduais
3. Acompanhamento dos GGE

Definição de Uma Estratégia de Comunicação

1. Formação de um grupo de trabalho que reúna os participantes do GGF para definir uma proposta de comunicação
2. Elaboração de um plano de comunicação do SPE
3. Definir as questões relativas ao site e à biblioteca virtual
4. Realização do Prêmio Escola UNESCO

Definição de uma Estratégia de Formação

1. Elaboração da política de formação e educação do SPE (formação de grupo de trabalho)

Produção/Sistematização de Conhecimento

1. Realização II Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas
2. Publicação e lançamento dos resultados do Censo Escolar 2006
3. Sistematização e organização dos documentos, reuniões e materiais do SPE
4. Finalização do guia do jovem formador
5. Impressão e distribuição do guia do jovem formador

implementação de sistema de monitoramento e avaliação

1. Finalização do sistema de monitoramento e avaliação
3. Implementação do sistema de monitoramento

Integração com outros Projetos

1. Formação de grupo de trabalho para definir integração com Projeto Estamos Juntos e Programa Brasil Afroatitude
2. Elaboração das estratégias de cooperação internacional no âmbito do SPE (Laços Sul-Sul, Projeto Estamos Juntos e CPLP)

Participação Juvenil

1. Realizar discussão sobre a participação juvenil (redes, interação dos jovens com os Grupos Gestores Estaduais, organização juvenil)
2. Construção coletiva da participação juvenil junto aos grupos gestores estaduais e municipais
3. Articulação com a Secretaria Nacional da Juventude

Disponibilização dos Insumos de Prevenção

1. Formação de grupo de trabalho para definir estratégias relacionadas à distribuição de insumos e materiais didáticos
2. Grade de previsão de distribuição de preservativos para estados (quantitativo para Estados e escolas)
3. Distribuição de materiais educativos e informativos
4. Mobilização e distribuição do kit “Eu preciso fazer o teste do HIV?”
1. Organizar mostra nacional para apresentação de trabalhos de profissionais da educação, da saúde, estudantes e organizações da sociedade civil que atuam no Projeto.

INTEGRAÇÃO COM OUTROS PROJETOS

- 1- Promover a integração com o Programa de Ações Afirmativas.

COMPROMISSOS NECESSÁRIOS PARA A EFETIVIDADE DA PROPOSTA

O compromisso das secretarias de saúde e educação é fundamental para a constituição de um grupo de trabalho - Grupo Gestor Municipal – com representantes da saúde, da educação e outras secretarias e instituições (Universidades, Organizações da Sociedade Civil, Conselhos, Secretarias da Cultura, Ação Social, Justiça, Esporte e Lazer, entre outras) que desenvolvam atividades com a população jovem, bem como as organizações juvenis.

É importante destacar, também, a importância da criação de espaços consultivos, tais como: fóruns, reuniões ampliadas e grupos de trabalho, para que os diferentes segmentos da sociedade civil sejam contemplados na interlocução com o grupo gestor.

Para a constituição do Grupo Gestor Municipal (GGM), ressalta-se a importância do respeito aos princípios de autonomia e responsabilidade compartilhada entre Federação, estados e municípios.

RESPONSABILIDADES DO GRUPO GESTOR MUNICIPAL

1 – Realizar análise situacional da realidade epidemiológica e das ações relacionadas à prevenção das DST e da aids e à promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, planejadas e/ou realizadas nas escolas do município. A partir da análise situacional, serão evidenciados o histórico e as experiências acumuladas, as práticas em andamento, assim como a existência de demandas não atendidas. Esse instrumento também poderá ser utilizado para a mobilização dos diversos atores que deverão compor o grupo de trabalho que implementará o projeto.

2 - Elaborar Plano de Ação

Considerando a realidade do município e de cada escola, deverão ser criadas estratégias diferenciadas para as situações evidenciadas em cada microterritório.

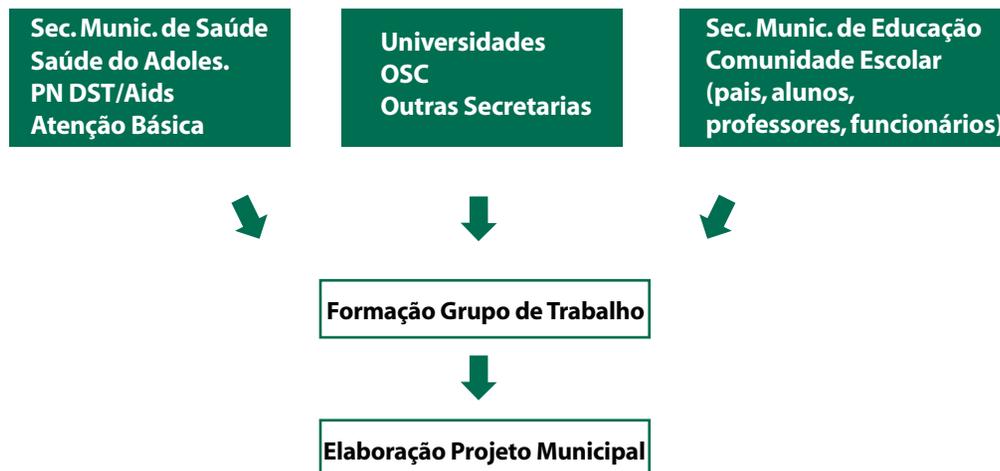
Para que seja efetivo, o plano de ação deverá incluir:

- Diagnóstico da realidade local e identificação das ações prioritárias que estão sendo realizadas, identificadas a partir da análise situacional.
- Especificação das parcerias relevantes para a execução e sustentabilidade das ações.
- Implementação de estratégias de mobilização das comunidades escolares e dos parceiros.
- Definição de uma agenda compartilhada entre saúde, educação e demais parceiros.
- Definição da abrangência das ações propostas (número de escolas, professores, profissionais de saúde, estudantes etc.).

- Identificação dos recursos técnicos, humanos e financeiros necessários e disponíveis para a execução das ações.
- Definição das responsabilidades compartilhadas, incluindo disponibilidade de horário para a formação de profissionais, espaço físico, infra-estrutura e produção de material de apoio.
- Definição de mecanismos e indicadores de avaliação e monitoramento das ações.
- Criação e implementação de estratégias de divulgação dos resultados alcançados em etapas específicas de implementação do Projeto.

3 - Linhas de ação que devem estar sob a responsabilidade do Grupo Gestor Municipal

- Realizar a formação continuada de profissionais que atuam nas escolas e nas unidades de saúde, utilizando metodologia que promova a participação juvenil, na perspectiva de que os jovens se tornem formadores entre seus pares.
- Identificar e divulgar materiais de referência existentes que sejam adequados à realidade local.
- Mobilizar as comunidades escolares para que, em parceria com os gestores, viabilizem a inclusão da temática relativa ao Projeto nos currículos das escolas e nos planos de ação das redes de ensino, assim como na estruturação dos planos de ação da rede de Atenção Básica em Saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde, equipes de agentes comunitários de saúde ou da estratégia de Saúde da Família.
- Identificar as escolas que apresentem condições favoráveis à disponibilização do preservativo, inserindo-as na logística de distribuição local.
- Realizar eventos para troca de experiências, envolvendo a participação da comunidade escolar, com vistas à socialização e qualificação das ações locais.
- Avaliar de forma sistemática a execução do projeto, a partir dos indicadores que foram estabelecidos no plano de ação.



É importante que a elaboração do projeto municipal produza efeitos na elaboração dos projetos político-pedagógicos das escolas e no planejamento das ações de saúde do município.

RESPONSABILIDADES DO GRUPO GESTOR ESTADUAL

- 1 - Constituir um grupo gestor com a participação de representantes da saúde e da educação, das universidades e de outros atores que desenvolvam ações nas escolas e/ou ações que repercutam sobre a saúde e a vulnerabilidade da população escolarizada às DST, à aids e à gravidez não-planejada (demais secretarias, organizações da sociedade civil, organizações de jovens, conselhos).
- 2 - Coordenar, via grupo gestor, a política do SPE no âmbito do estado, promovendo o fomento à adesão dos municípios e realizando o acompanhamento da implantação do projeto em cada localidade.
- 3 - Apoiar a constituição dos Grupos Gestores Municipais.
- 4 - Viabilizar a constituição e a qualificação de facilitadores locais e regionais nas temáticas do SPE, para subsidiar as equipes escolares e de saúde no desenvolvimento das ações.
- 5 - Produzir, reproduzir, referenciar e distribuir materiais de referência, em articulação com os níveis federal e municipal.
- 6 - Participar no desenvolvimento de estratégias de supervisão, monitoramento e avaliação.

RESPONSABILIDADES DO GRUPO GESTOR FEDERAL

- 1 - Coordenar o projeto SPE em âmbito nacional.
- 2 - Apoiar a constituição dos Grupos Gestores Estaduais.
- 3 - Favorecer a articulação entre gestores nos níveis estadual e municipal.
- 4 - Assegurar a consolidação dos eixos de formação nas temáticas prioritárias para a implantação e a implementação do Projeto.
- 5 - Apoiar os sistemas de educação, os sistemas de saúde e as organizações da sociedade civil na formação continuada de seus profissionais.
- 6 - Produzir, reproduzir, referenciar e distribuir materiais de consulta, em articulação com os níveis estadual e municipal.
- 7 - Formular e divulgar indicadores para subsidiar o monitoramento e a avaliação.
- 8 - Realizar supervisão, monitoramento e avaliação de todo o processo de implantação, implementação e desenvolvimento do SPE, em articulação com os gestores nos níveis estadual e municipal.
- 9 - Promover articulações em rede (bancos de dados, internet, troca de experiências, eventos).

Equipe de Elaboração

Francisco Potiguara (Ministério da Educação)

Sandra Pagel (Ministério da Educação)

Maria de Fátima Simas Malheiro (Ministério da Educação)

Vânia Barbosa (Ministério da Educação)

Dalva de Oliveira (Ministério da Educação)

Mario Volpi (UNICEF)

Maria Rebeca Otero (UNESCO)

Mariana Braga (UNESCO)

Cíntia Freitas (UNODC)

Maria Cristina Alvin Castelo Branco (Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/Aids)

Márcia Lucas (Ministério da Saúde - Área Técnica de Saúde do Adolescente)

Thereza de Lamare (Ministério da Saúde - Área Técnica de Saúde do Adolescente)

Francisco Cordeiro (Ministério da Saúde - Área Técnica de Saúde Mental)

Ângela Donini (Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/Aids)

Maria Adrião (Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/Aids)

Revisão Final

Ângela Donini (Assessora Técnica da Unidade de Prevenção do PN-DST/Aids)

Maria Adrião (Assessora Técnica da Unidade de Prevenção do PN-DST/Aids)

Unidade de Prevenção

Ivo Brito