

Ministério da Saúde
Ministério da Educação
UNESCO
UNICEF
UNFPA

CENSO ESCOLAR 2005:
Levantamento das ações em
DST/Aids,
Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva
e Drogas

Brasília – DF
2007

© 2007. Ministério da Saúde

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

Produção, 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: 70.750-543, Brasília, DF
Disque Saúde / Pergunte aids: 0800 61 1997
Home page: www.aids.gov.br

Autoria para esta edição

Edgar Merchán-Hamann - Departamento de Saúde Coletiva/UnB
Ximena Pamela Díaz Bermúdez - Departamento de Saúde Coletiva/UnB
Márcia Aparecida Pereira Mateus - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Equipe de trabalho

Angela Donini – PN- DST/AIDS/MS
Ana Roberta Pati – PN- DST/AIDS/MS
Bruno Azevedo – PN- DST/AIDS/MS
Carlos Henrique – PN- DST/AIDS/MS
Célia Gedeon – INEP/MEC
Claúdia Gontijo – PN- DST/AIDS/MS
Isabel Botão – PN- DST/AIDS/MS
Isabelle Queiroz – PN- DST/AIDS/MS
Ivo Brito – PN- DST/AIDS/MS
Juliana Monteiro Cruz – PN- DST/AIDS/MS
Jussara Gonçalves de Castro – INEP/MEC
Liliana Pittaluga – PN- DST/AIDS/MS– PN- DST/AIDS/MS
Maria Adrião – PN- DST/AIDS/MS
Maria Inês – INEP/MEC
Renato Girade – PN- DST/AIDS/MS
Shirley Rodrigues Andrade – PN- DST/AIDS/MS
Viviane Soares de Deus – PN- DST/AIDS/MS

SUMÁRIO

RESUMO	5
INTRODUÇÃO	6
Breve histórico da política de prevenção da saúde nas escolas....	7
Articulação de parcerias entre os setores Saúde e Educação: o papel do Censo Escolar	12
Variáveis	14
RESULTADOS	15
O tema DST/AIDS nas escolas	
Atividades desenvolvidas	22
Grupos envolvidos nas atividades	24
Profissionais responsáveis	26
Periodicidade das atividades	27
Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades....	27
O tema SAÚDE SEXUAL/SAÚDE REPRODUTIVA nas escolas	
Atividades desenvolvidas	28
Grupos envolvidos e âmbito das atividades	29
Profissionais responsáveis	31
Periodicidade das atividades	32
Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades	32
O tema GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA nas escolas	
Atividades desenvolvidas	33
Grupos envolvidos nas atividades	35
Profissionais responsáveis	36
Periodicidade das atividades	37
Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades	37
O tema DROGAS nas escolas	
Atividades desenvolvidas	39
Grupos envolvidos e âmbito das atividades	40
Profissionais responsáveis	42
Periodicidade das atividades	43
Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades ...	43
DISCUSSÃO	44
CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS	52

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar a implementação da política brasileira de Educação em Saúde no contexto da Educação Básica no Brasil. Tendo como referência o banco de dados do Censo Escolar 2005, particularmente o instrumento "Levantamento das ações em Promoção à Saúde e Educação Preventiva", o estudo analisa alguns dos principais resultados. A amostra é composta por um total de 165.481 escolas de todo o território nacional. Os resultados indicam para uma presença consistente de conteúdos sobre promoção da saúde sexual e reprodutiva no âmbito das escolas, assim como a importância de se contar com recursos humanos sensibilizados e formados, capazes de implementar a política de prevenção da saúde nas escolas e a construção de espaços de ensino saudáveis.

Palavras-chave

Escola, saúde, sexualidade, prevenção, HIV, aids.

INTRODUÇÃO

Esta publicação apresenta uma análise dos principais resultados das ações de educação em saúde realizadas em escolas brasileiras, principalmente as que se referem à promoção da saúde e à prevenção de DST e aids. A Educação Básica é integrada por três etapas consecutivas, divididas por faixa etária, a saber: Educação infantil compreende a faixa dos 0 aos 3 anos (crianças em creches), também crianças na faixa dos 4 aos 6 anos de idade que freqüentam a pré-escola; o Ensino fundamental, com crianças dos 6 aos 14 anos; e por fim o Ensino médio que vai dos 15 aos 17 anos. Também estão incluídas as modalidades: Educação Especial, Educação de Jovens e Adultos e Educação Profissional. Segundo prescreve a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, o objetivo fundamental da educação básica é “assegurar a todos os brasileiros a formação comum indispensável para o exercício da cidadania” (Lei N° 9.394, de 20 de dezembro de 1996).

Os dados que constituem a base para este diagnóstico foram coletados durante o Censo Escolar 2005, da Educação Básica, realizada pelo Ministério da Educação – MEC e pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação. Essa pesquisa, de tipo declaratória, se realiza anualmente nas escolas públicas e privadas do País, por meio de um instrumento padronizado do Censo Escolar. Nessa última edição esse questionário foi acrescido de um encarte denominado Levantamento das Ações em Promoção à Saúde e Educação Preventiva, cujo objetivo foi identificar as escolas de Educação Básica que realizam ações de promoção à saúde nas escolas, assim como caracterizar o tipo de atividade realizada. O referido instrumento foi preenchido por diretores de escola e coordenadores pedagógicos, responsáveis pela implementação da política educacional nas respectivas unidades escolares.

O trabalho se inicia com uma síntese histórica sobre a incorporação de conteúdos de saúde nos processos de ensino-aprendizagem das escolas brasileiras. Contextualiza as motivações do Ministério da Saúde - MS e do Ministério da Educação - MEC para promover políticas articuladas, fazendo referência a algumas experiências consideradas pioneiras nesse campo. Em seguida são descritos os principais resultados, buscando mostrar a capilaridade e a extensão que essas ações vêm alcançando ao longo do território nacional. Em uma próxima seção, são discutidos os dados mais relevantes, privilegiando uma análise que articula tais informações com aspectos mais amplos do campo da saúde e da educação, dentre os quais se destacam os temas: de cidadania, direitos humanos e o papel da escola como formadora de valores. Nessa perspectiva, os dados são analisado segundo variáveis como idade, sexo, localização (urbano ou rural), grupos étnicos e condições socioeconômicas. Finalmente, na última parte do texto, são tecidas considerações que podem ser vistas como lições aprendidas dessa experiência, assim como algumas recomendações.

Breve histórico da política de prevenção da saúde nas escolas

No Brasil, a população que frequenta as escolas, na cidade e no campo, é de mais de 56 milhões de crianças, adolescentes e jovens entre zero e 24 anos. Essa população está incorporada em todas as etapas e modalidades de educação, vivenciando intenso processo de socialização e de formação de cidadãos. Segundo o resultado do Censo Escolar de 2005, o total de matrículas no Brasil é de 56.511.622. Dos matriculados, 86.4% correspondem à área urbana (48.831.554) e 13.6% à área rural (7.680.068). A Educação Infantil registra 7.245.013 matrículas; o Ensino Fundamental 27.735.174 e o Ensino Médio 9.031.302 matrículas. Os dados também revelam a cobertura da educação pública no Brasil, onde 49 milhões de alunos da Educação Básica estão matriculados em estabelecimentos públicos (Ministério da Educação e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2006).

A escola é lócus de diversas práticas sociais, é o principal meio para o ensino-aprendizagem e é, também, lugar de construção de cidadania. A escola é espaço para a construção da vida. É dentro de seus muros e salas de aula que se configuram valores, se constituem interesses e se perfilam ideais humanos. Diversos autores reconhecem que a escola é um campo social que é permeável às abordagens transdisciplinares e à profusão de abordagens e de diferentes correntes teóricas em todas as áreas de conhecimento. Portanto, a escola é um território privilegiado para a incorporação de conhecimentos sobre saúde e sobre o exercício da sexualidade, assim como a possibilidade de transformar o atual quadro de vulnerabilidade social em que contingentes significativos de crianças e jovens brasileiros vivem atualmente (Paiva, 2006).

A educação e a saúde caminham paralelas na construção dos sujeitos individuais e coletivos dos quais a sociedade é constituída. Por isso, os processos educativos precisam ser vistos não apenas na perspectiva da possibilidade de gerar e disseminar conhecimentos, mas, sobretudo, na dimensão humana e de melhoria da qualidade de vida que o saber possibilita. É por isso, também, que a promoção da saúde é um potencial a ser desenvolvido nos espaços escolares, locais privilegiados para o diálogo, para o intercâmbio de saberes e para a expressão da diversidade cultural.

Compreende-se aqui a categoria cultura no seu sentido mais abrangente, isto é, como um conceito que diferencia os grupos sociais, uma conceito por meio do qual se organiza o mundo e a visão que dele se tem. Na cultura constroem-se e expressam-se valores, princípios, normas e regras. A cultura engloba as referências para a ação humana, para a organização da vida social, daí deriva sua importância metódica e sua relevância para os

processos de transformação social. A cultura, ao mesmo tempo, revela a diversidade e a singularidade, o consenso e o dissenso, o conflito e o equilíbrio como fatores inerentes à vida em sociedade (Kuper 2002).

As sociedades modernas, que vêm sendo consideradas sociedades de conhecimento, foram capazes de gerar uma bagagem significativa de metodologias educacionais aplicadas ao campo da saúde. Temas como sexualidade, direitos reprodutivos e prevenção das DST e do HIV/aids encontram importantes referências na produção acadêmica e na reflexão que governos, organismos não-governamentais e organizações internacionais empreendem para fomentar comportamentos de prevenção e promoção da saúde e para a luta pelo controle da epidemia. Por outro lado, essas abordagens buscam ser ferramentas de transformação social, em que professores e alunos fazem parte de um contexto interativo de sujeitos sociais. As práticas educacionais não são mais vistas apenas em termos da transmissão de conhecimentos, mas focalizam, ao mesmo tempo, uma dimensão cognitiva e mobilizadora, transformadora de práticas sociais. No campo da saúde, particularmente, os novos paradigmas trazidos pela educação continuada, a educação permanente e a educação em saúde abrem possibilidades de incorporar os professores e os alunos num debate mais amplo sobre os principais problemas que caracterizam a sociedade brasileira de hoje, chamando a atenção para o papel educador das práticas sociais.

Os aportes dessas iniciativas favorecem o desenvolvimento de processos de reflexão crítica entre estudantes e professores e o confronto da pluralidade de visões sobre a sexualidade, a saúde e os estilos saudáveis de vida que vigoram na sociedade. Também, vêm contribuindo para desenhar recursos de formação e a produção de estratégias de comunicação inovadoras para lidar com temas considerados delicados dentro dos ambientes escolares. Ainda, do ponto de vista dos alunos, os projetos de prevenção nas escolas podem colaborar para que esses segmentos sociais possam incorporar e aplicar os novos conhecimentos e informações sobre uma vida saudável, nas decisões que remetem a suas próprias experiências pessoais.

Os enfoques sobre as diversas condutas, preferências e orientações sexuais estão relacionados à capacidade de desenvolver mecanismos de tolerância e de aceitação do outro, do reconhecimento daquilo que se percebe como diferente. Assim, decisões dos jovens e dos adolescentes, baseadas em informações sobre a prevenção, sobre os riscos, sobre as DST e a gravidez precoce, sobre a liberdade sexual, passam a ser, nos espaços escolares, objeto e sujeito de aprendizagem. Evidentemente, esses temas não passam despercebidos no âmbito escolar, eles geram polêmica, dinâmicas, oposições e paralelismos. Constroem solidariedade, aceitação, negação e até exclusão. Mas, em todo caso, informam dos sentimentos, dos valores e dos interesses ao redor dos quais se constituem os grupos. Por todos esses motivos,

é que o tema saúde dentro das escolas constitui uma conquista na busca de uma educação mais integral e mais democrática, além de uma educação com maior qualidade.

A identificação de temas sobre saúde e sexualidade não se esgota apenas nas questões relacionadas às DST, HIV e aids. Pensados como temas transversais, perpassam a discussão de todas as áreas de conhecimento, numa proposta que busca articular vários campos de saber e várias metodologias de ensino-aprendizagem, procurando ter relação com as realidades e contextos onde se inserem esses setores. Assim, fazem parte desses conteúdos o reconhecimento da diversidade cultural, étnico, social e econômico da população brasileira; a saúde sexual e a saúde reprodutiva, a prevenção ao uso de drogas, o respeito às identidades e às formas de orientação sexual, dentre outros temas. Também é preocupação destes programas identificar os melhores recursos pedagógicos para a produção e a disseminação desses conhecimentos e, sobretudo, o resgate de formas locais em que a articulação entre o campo da saúde e o campo da educação acontece no âmbito escolar.

Congruentes com paradigmas participativos que hoje vigoram no campo da educação, as experiências realizadas no ambiente das escolas buscam integrar no processo de ensino-aprendizagem não apenas novos cenários de ensino, mas também novos atores, onde professores, alunos, diretores de escola, setores da comunidade e membros da família passam a ser agentes de transformação, mobilizados para o desenvolvimento mais integral dos filhos, na perspectiva de um ensino que começa na escola, mas continua na vida em sociedade.

Embora essas experiências venham sendo incorporadas nas escolas brasileiras, pelo menos desde a década passada, com o desenvolvimento de projetos pontuais em algumas escolas e com um programa de televisão denominado Um salto para o futuro, o programa oficial do Ministério da Saúde, chamado Saúde e Prevenção nas Escolas, iniciou-se em 2003. Resultados encorajadores que esses projetos apontavam, por exemplo, melhores relações com discentes, humanização das instituições, disponibilidade de preservativos, possibilidades de tirar dúvidas, engajamento dos alunos, diminuição da evasão escolar em decorrência da gravidez, ainda que considerados restritos, foram o pontapé de uma estratégia governamental mais ampla que fosse capaz de contemplar todo o País (Ministério da Saúde, 2005). De tal modo que essas incipientes ações de prevenção nas escolas subsidiaram a formulação da política pública que hoje se irradia por todo o território nacional, baseada numa ampla parceria entre as instituições do Estado e outros atores sociais.

Segundo informações fornecidas pelo Ministério da Educação (Portal MEC, 2007), o atual projeto Saúde e Prevenção nas Escolas constitui uma parceria entre Ministério da

Saúde, Ministério da Educação, UNICEF e UNESCO, na articulação de setores do governo e organizações da sociedade civil para promover estratégias integradas entre saúde e educação. Dentre seus principais objetivos podem ser citados:

- Realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens articulando os setores de saúde e de educação;
- Fomentar a participação dos jovens nos espaços de formulação e execução de políticas públicas de prevenção das DST/aids e do uso nocivo de drogas;
- Contribuir para a redução da infecção pelo HIV/DST e os índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), na população de 10 a 24 anos;
- Apoiar as diferentes iniciativas que trabalham com promoção da saúde e prevenção nas escolas; e
- Instituir a cultura da prevenção nas escolas e entorno.

Ainda, informações oficiais do MEC (Portal 2007) destacam que o programa vem adotando como principais estratégias a sensibilização dos gestores da educação e da saúde no que se refere à implantação de programas articulados de educação preventiva nas escolas; o incentivo à criação de uma política de educação preventiva nos sistemas de ensino de todo o país de forma articulada com o Sistema Único de Saúde; o estímulo ao debate e a reflexão sobre as questões relativas à sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva, direitos humanos e cidadania; a instauração de grupos gestores estaduais e municipais do Projeto e o fortalecimento da capacitação de profissionais em parceria com as universidades para o desenho de cursos de formação nas temáticas do saúde e prevenção nas escolas.

Vale notar algumas experiências marcantes no processo de incorporação de conteúdos de saúde e prevenção nas escolas (Berquó (2004, pág.19) alerta que a taxa de fecundidade na faixa etária dos 15-19 anos, teve um crescimento de 25% entre 1991 e 2000, a contramão da tendência observada nacionalmente. Dados da pesquisa de comportamento sexual da população brasileira informam que jovens com 16 e 19 anos à época em que ocorreu a coleta de dados, 61% já tinham tido relações sexuais e desses, 40% as tiveram pela primeira vez antes dos 15 anos (Berquó, 2005).

O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, desenvolvido em Curitiba, registrou um índice de gravidez de 16% entre meninas de até 19 anos. Tal fato somou critérios para

deslanchar, no município, uma iniciativa de implantação de estratégias articuladas e contínuas de educação sexual na rede de ensino público, incluindo a disponibilização de preservativos masculinos. Curitiba já contava com algumas outras experiências pioneiras, envolvendo saúde do adolescente, que permitiram a aceitação do programa e a incorporação de professores, pais de família e alunos nesse projeto, centrado na discussão dos eixos de vulnerabilidade e autonomia assim como de um código de ética. Não sem consideráveis dificuldades, o projeto em Curitiba mobilizou 16 mil estudantes, 34 escolas e 20 unidades de saúde e centenas de famílias que discutem ações de prevenção a saúde nas escolas (Secretaria Municipal de Curitiba, 2005).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e pela UNESCO em estabelecimentos escolares de catorze capitais do País, envolvendo professores, alunos e pais revelou que o tema sexualidade é um assunto de interesse e atenção dos jovens. Essa temática se manifesta em assuntos tais como a gravidez, a homossexualidade, as diferenças de gênero as valorações sobre temas polêmicos como o aborto, a contracepção, o diálogo com os pais e com os professores e uma gama ampla de preocupações ao respeito que indicam a necessidade de integrar a educação em saúde dentro das escolas (Castro *et al* 2004). A referida pesquisa avaliativa enfatizou a necessidade de se investir em programas articulados de educação e promoção da saúde, na perspectiva de ir de encontro às desigualdades sociais e regionais e no espaço escolar como um espaço de construção cidadã.

Nessa linha de abordagem, dados acerca do perfil epidemiológico dos adolescentes e jovens com relação ao HIV/aids vêm sendo um sinalizador para acompanhar o crescimento da epidemia entre esses segmentos, o que se verifica tanto pela categoria de transmissão sexual quanto pela de transmissão vertical. Os dados disponíveis sobre a iniciação sexual dos adolescentes, que ocorre, em termos nacionais, entre os 14 e os 15 anos para meninos e meninas respectivamente (Berquó, 2005), constitui também um fator importante de conscientização entre os gestores federais, estaduais e municipais para tomar medidas que visem ao desenvolvimento da saúde integral a partir dos espaços escolares e um alerta para a necessidade de se encontrar meios mais eficazes para a educação sexual dos jovens. O investimento em ações articuladas e a criação de grupos gestores com representantes dos três níveis de governo se impuseram como estratégias prioritárias para ampliar o potencial formativo da escola na concepção integral do desenvolvimento do ser humano e fazer da escola um lugar de ricas e diversas experiências.

Articulação de parcerias entre os setores Saúde e Educação: o papel do Censo Escolar

O Ministério da Saúde - MS e o Ministério da Educação – MEC, após um processo complexo de articulação técnica e política e de evidências científicas que mostravam a pertinência de uma proposta dessa natureza, acordaram desenvolver um instrumento de registro de informações sobre saúde e sexualidade a ser incorporado no conjunto de dados coletados pelo Censo Escolar que o MEC realiza anualmente.

O Censo Escolar é uma importante ferramenta de diagnóstico da qualidade da Educação Básica no país com potencialidade para orientar políticas públicas. O Censo Escolar é realizado anualmente em todo o país visando a produção de informações em todas as fases da educação básica, envolvendo também todas suas etapas e modalidades. O documento registra um amplo leque de questões sobre matrículas, funções docentes, estabelecimentos, turmas, rendimento escolar, movimento dos alunos, infra-estrutura e transporte escolar. O censo de 2005 inovou ao incorporar, pela primeira vez, o quesito cor/raça, a partir da auto descrição dos alunos (MEC 2007).

Os dados produzidos pelo Censo Escolar têm permitido criar uma linha de base para construir o perfil das escolas brasileiras, retratando o número de alunos que as freqüentam, o número de dos docentes que estão lotados nos estabelecimentos escolares e suas respectivas áreas de formação, o rendimento escolar e a forma de organização dos conteúdos programáticos de cada um dos níveis educacionais. O censo informa que, no ano de 2005, estavam matriculados nos bancos escolares um total de 43.274.496 alunos, abrangendo os 5.564 municípios brasileiros e as escolas abrigam a um total de 2.028,424 professores em todo o território nacional.

É longo o percurso trilhado pelos profissionais de saúde e pelos profissionais da educação, para identificar interfaces e possibilidades de articulação cada vez mais consistentes entre essas duas áreas de conhecimento essenciais nos processos de formação humana, quais sejam a saúde e a educação. Entretanto, essa relação que aparentemente óbvia e natural, requer do esforço e da criação de estratégias que permitam evidenciar a importância de se trabalhar harmonicamente na conjunção desses dois campos de saber. Os temas vinculados à saúde e à educação são assuntos mobilizadores, são problemáticas que remetem a opiniões e valorações, portanto, não apenas se constituem de conhecimentos. Via de regra esses temas propiciam o confronto com diferenças de cunho político, moral, religioso e outras experiências da subjetividade humana. Tratar sistematicamente de assuntos de saúde e de educação pode dar lugar ao surgimento de cenários muito diversos em que os atores podem se remeter a visões de mundo polarizadas, ora como usuários dos

serviços de saúde, ora como alunos do sistema educacional, ora como professores ou como pais.

Sabe-se que o campo da saúde e o campo da educação constituem ambientes potenciais de transformação das práticas sociais. Ao longo da última década, notadamente, novos paradigmas e novas concepções de saúde e de educação buscam ser aplicadas na organização dos serviços de saúde e na constituição de escolas renovadoras. Ambos são reconhecidos como espaços decisivos para a realização dos processos de socialização que vão configurando personalidades, visões de mundo, traçando valores e propiciando descobertas que preparam os seres humanos para a vida em sociedade.

Resta perguntar, porém, se a postura questionadora, o pluralismo intelectual e o clima de tolerância necessário a todo processo de construção democrático está sendo, efetivamente, praticado na escola e nos ambientes dos serviços de saúde. Convém sublinhar se a vida na escola está organizada de modo a que, efetivamente, se estimule o desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis que melhorem a incorporação da consciência cidadã dos milhões de crianças e jovens que estão nas salas de aula em todo o território nacional. Estes questionamentos não são de fácil resposta nem poderiam ser os mesmos para os diferentes contextos educacionais e de saúde que estão configurados no Brasil.

Um dos grandes desafios para as atuais políticas emanadas do Estado é contribuir para uma formação de pessoas que otimize o desenvolvimento de suas capacidades e habilidades. Pessoas com senso de justiça mais aguçado e capacidade de tolerância; pessoas com maior autonomia, pessoas capazes de ver o mundo na perspectiva de suas referências locais mais próximas, como gênero, raça e classe. Pessoas sensibilizadas para novos horizontes como as articulações nas esferas regionais e internacionais, pessoas mobilizadas e impregnadas dos seus deveres e direitos, pessoas mais plenas e conscientes no exercício de sua cidadania. Portanto, precisa ser reconhecido que as práticas educativas podem adotar diversos espaços e cenários e que não apenas os professores, mas também os profissionais de saúde, os pais e os próprios alunos estão imbuídos de responsabilidade na formação da sociedade.

Embora, como já se mencionou, não seja nova a preocupação por incorporar políticas de prevenção de DST/HIV/aids nos ambientes escolares do país, o fato de ter sido criado um programa que articula esforços do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, na incorporação de conteúdos sobre saúde e sexualidade no currículo do ensino fundamental e do ensino médio, significa vigorosa conquista na trajetória de mobilização da sociedade brasileira para controlar e diminuir os efeitos da epidemia de HIV/aids, ao passo que se redefinem as estratégias de formulação e implementação de políticas públicas

setoriais. Tal é o caso dos Parâmetros Curriculares Nacionais, criados pelo Ministério da Educação (1998) para atingir novas metas no desenvolvimento do ensino, centrados em uma visão de cidadania, de equacionamento entre direitos e deveres e de uma visão mais integral e crítica dos processos de ensino.

Na esteira dessas mudanças é que podem ser situadas as iniciativas do Estado por fortalecer o campo da prevenção à saúde nos espaços escolares. O Censo Escolar, com uma estrutura consolidada nas políticas educacionais, foi visto como instrumento ímpar para começar a medir, sistematicamente, a trajetória desses temas na vida escolar. Adotou-se um encarte com perguntas que indagam sobre conteúdos, metodologias e atividades relacionadas ao de tema da saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas na escola. O encarte se orienta pelo seguinte conceito de saúde sexual: “habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejáveis, coerção, violência e discriminação. Por saúde reprodutiva, o referido instrumento compreende a definição da OMS que a considera “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos”.

Variáveis

O encarte de prevenção da saúde nas escolas que serviu como instrumento de coleta de dados incluiu seis variáveis e suas respectivas categorias, listadas a seguir:

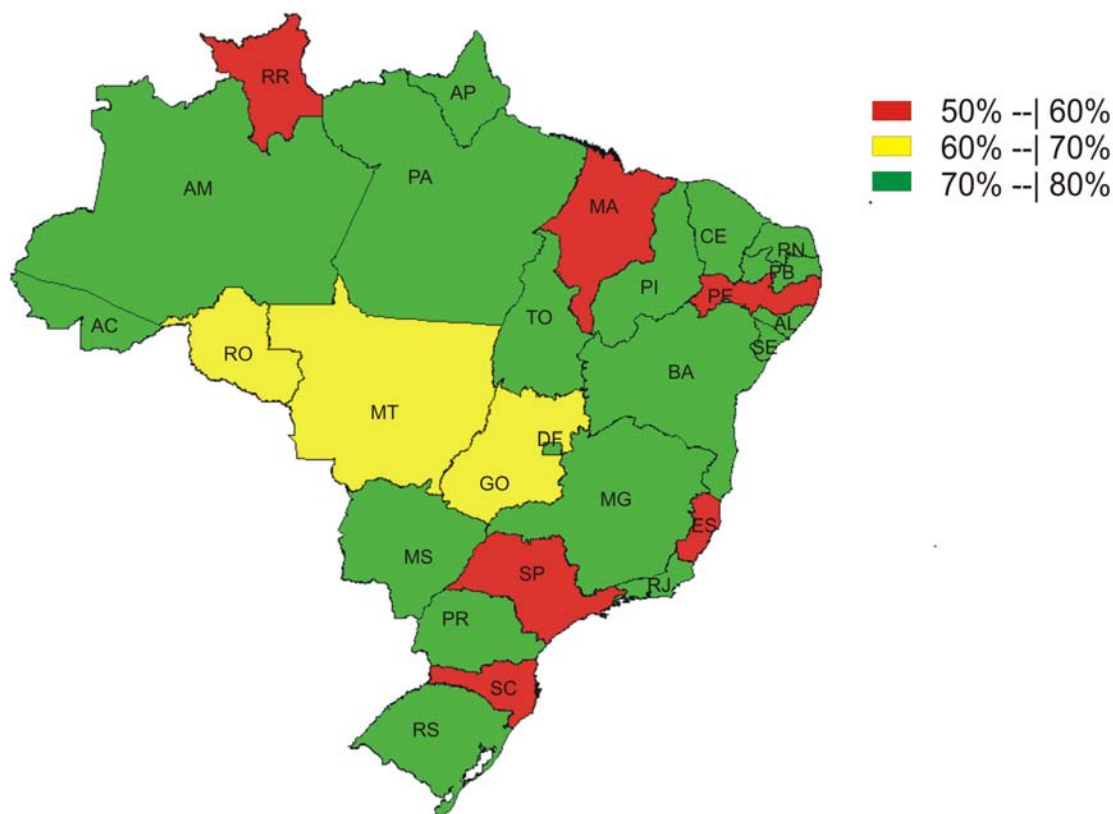
- Temas que a escola trabalha: DST/aids; Saúde sexual e reprodutiva; Gravidez na adolescência; Drogas; Outros temas relacionados. Caso não trabalhar com promoção, justificar.
- Atividades desenvolvidas na escola: oficinas, palestras, tema inserido em disciplinas, feira de ciências, distribuição de material educativo, disponibilização de preservativos, outras atividades.
- Grupos envolvidos nas atividades: educação infantil (pré-escola); ensino fundamental – anos iniciais (1ª à 4ª séries), ensino fundamental – anos finais (5ª à 8ª séries), ensino médio, educação de jovens e adultos, educação especial, população indígena, população quilombola, pais e comunidade, grupos organizados de adolescentes e jovens, professores, funcionários da escola, outros profissionais.
- Profissionais responsáveis pelas atividades: profissionais de saúde de nível superior, profissionais de saúde de nível médio, professores capacitados, professores não-capacitados, jovens multiplicadores, membros de organizações da sociedade civil, outros profissionais.
- Frequência das atividades: semanal, mensal, semestral, anual.
- Número de profissionais e alunos participantes das atividades: profissionais e alunos.

RESULTADOS

Os resultados destacados a seguir tomaram como base a análise das variáveis apontadas acima, as quais constituem referência para as ações de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas nas escolas.

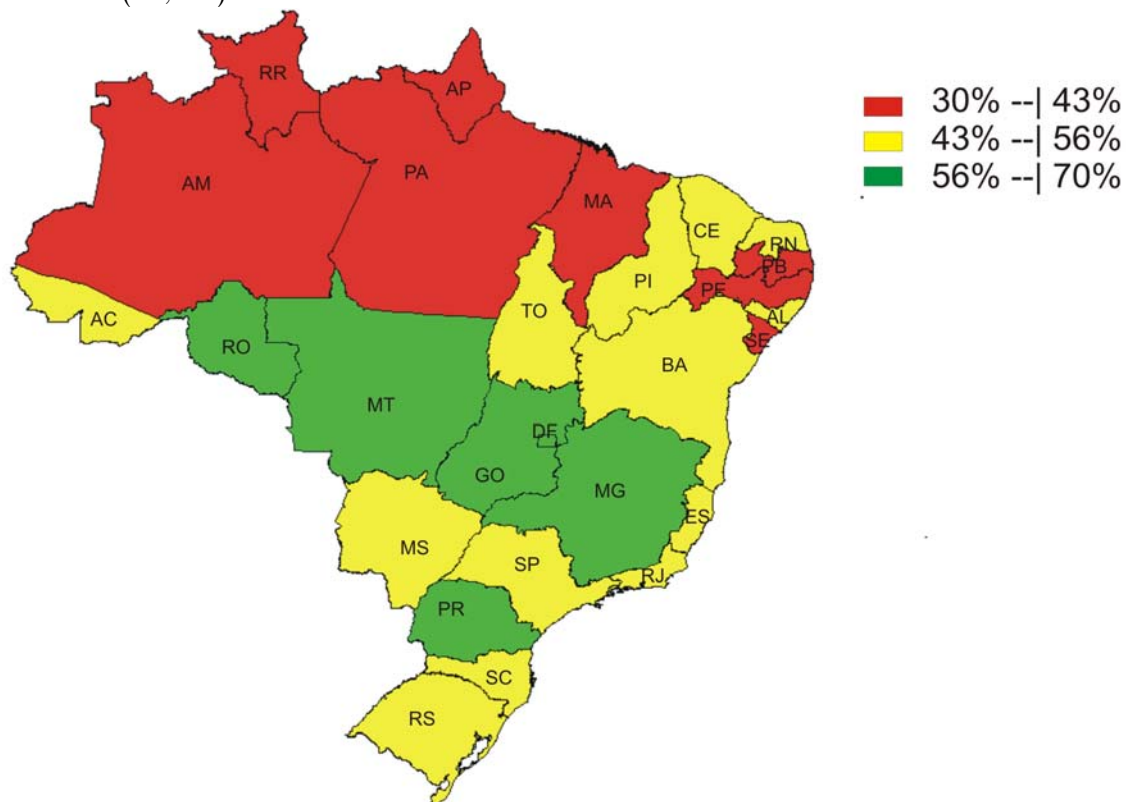
Ao todo, responderam ao questionário 98,4% das escolas que foram incluídas no Censo Escolar de 2005. Considerando as cinco macrorregiões do país, a pesquisa mostrou escassas diferenças na proporção de resposta ao questionário, sendo maior na região Centro-Oeste (99,6%), seguido do Sul (98,7%), Nordeste (98,3%), Norte (98,2%) e Sudeste (97,9%). O universo da pesquisa está constituído por 161.674 escolas, sendo que 12,2% encontram-se localizadas na região Norte, 41,8% na região Nordeste, 4,4% na região Centro-Oeste, 27,1% na região Sudeste e 14,4% na região Sul.

Quanto ao tema *DST /aids*, o mesmo é trabalhado em 61,4% das escolas do país. A região Centro-Oeste (Mapa 1) mostra os maiores percentuais de escolas que referem a abordagem desse tema (71,7%). Seguem a região Norte (65,1%), Sudeste e Nordeste (61,1%, cada uma), e Sul (60,7%).



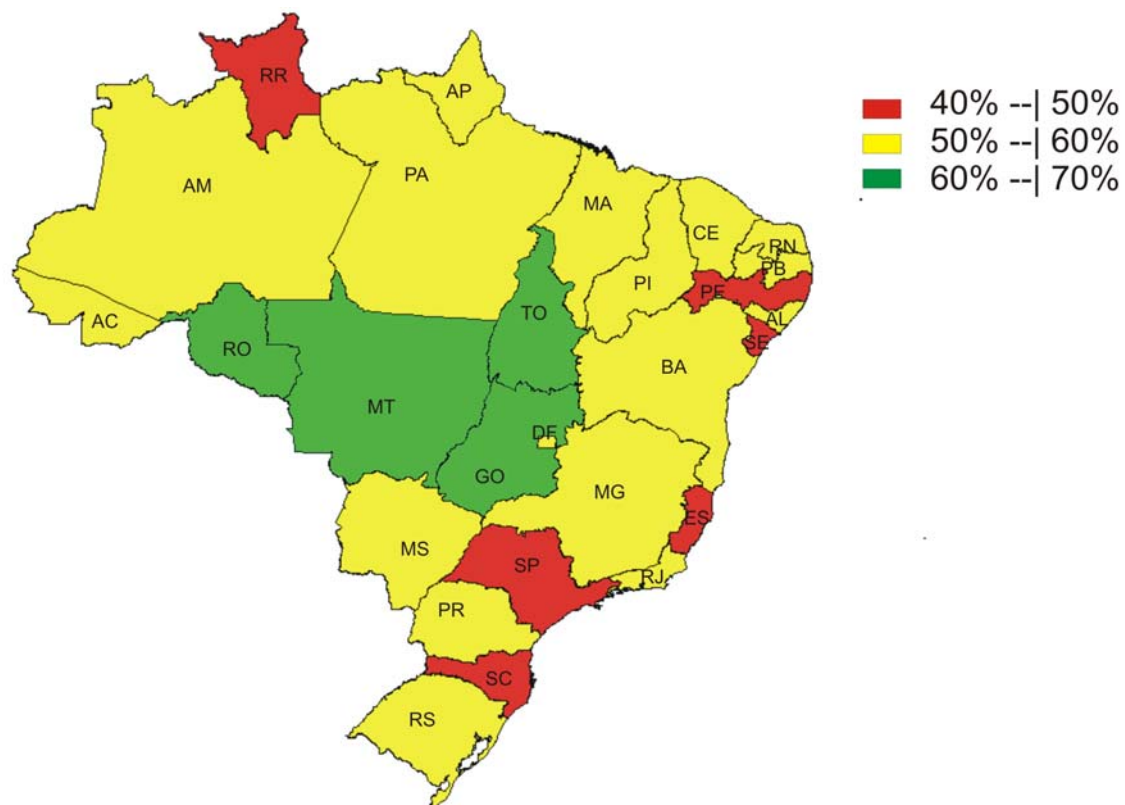
Mapa 1. Proporção de escolas que trabalham o tema *DST/Aids* nos estados da União. Censo Escolar, 2005.

O tema *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* é trabalhado em 46,9% das instituições escolares do país. De modo semelhante ao trabalho com *DST/Aids*, é a região Centro-Oeste (Mapa 2) a que apresenta maiores percentuais (60,7%), mostrando maiores diferenças entre as regiões bem como um gradiente decrescente do sul ao norte, nas proporções de escolas relatando a abordagem desse tema: Sul (53,3%), Sudeste (51,6%), Norte (44,5%) e Nordeste (41,5%).



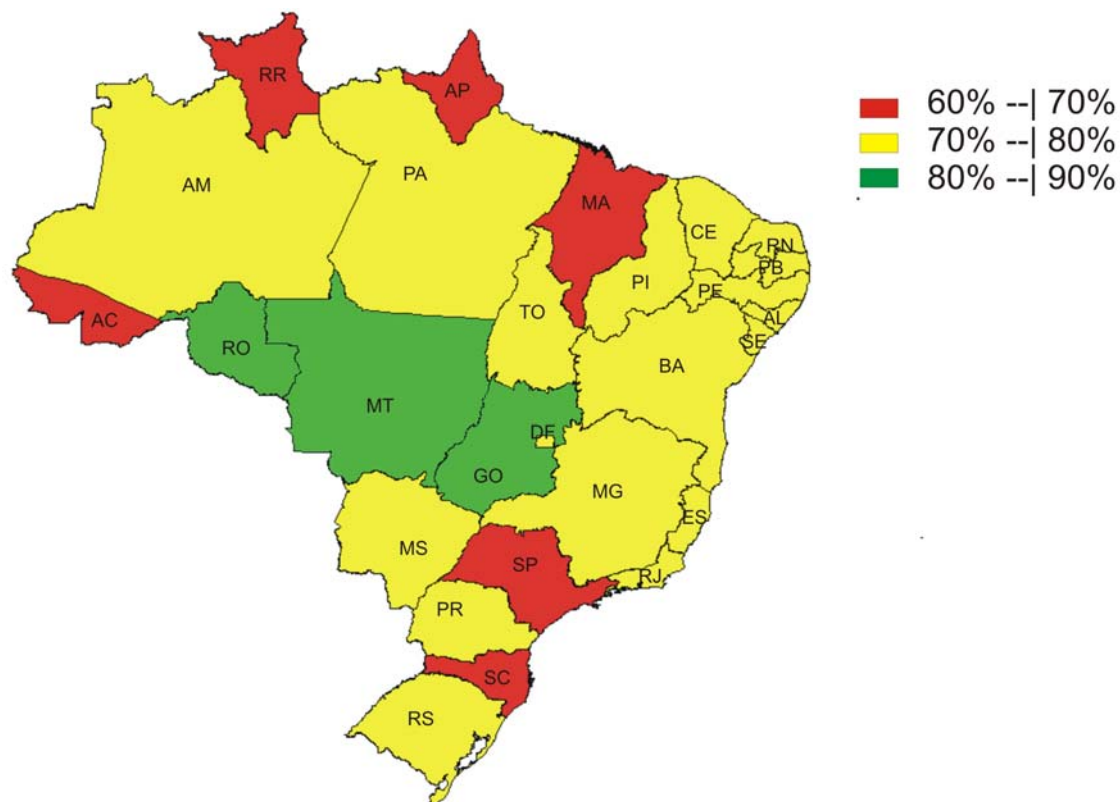
Mapa 2. Proporção de escolas que trabalham o tema *Saúde sexual/Saúde reprodutiva* nos estados da União. Censo Escolar, 2005.

Em relação ao assunto *Gravidez na Adolescência*, 53,3% das escolas do país referiram abordá-lo. Novamente, a região Centro-Oeste (Mapa 3) claramente se destaca das outras (62,1%), sendo as diferenças entre as demais regiões discretas: Norte (55,8%), Nordeste (52,4%), Sudeste e Sul (51,5%, cada uma).



Mapa 3. Proporção de escolas que trabalham o tema *Gravidez na Adolescência* nos estados da União. Censo Escolar, 2005.

No que diz respeito ao tópico *Drogas*, o mesmo é trabalhado em cerca de 73% das escolas do país sendo, portanto, o mais abordado dos temas incluídos no Censo Escolar. Há tendências semelhantes (Mapa 4) às evidenciadas com respeito ao tema *Gravidez na Adolescência*: Centro-Oeste (79,5%), Nordeste (73,9%), Sul (73,0%), Sudeste (72,4%) e Norte (71,0%).



Mapa 4. Proporção de escolas que trabalham o tema *Drogas* nos estados da União. Censo Escolar, 2005.

Embora distribuídos diferentemente nas respostas oferecidas pelos estabelecimentos escolares no país como um todo, o quesito “outros temas” foi referido por 62,5% das escolas. Fez parte de uma pergunta aberta que teve inúmeros resultados diferentes, que foram classificados, para sua análise, em grandes categorias, segundo a importância dada aos temas e a frequência com que foram mencionados. Sua relevância sugere uma breve discussão, que se apresenta a seguir.

Do ponto de vista da frequência, uma breve referência aos mais citados: saúde oral, que incorpora conceitos relacionados com saúde bucal, hábitos de higiene oral e prevenção de cáries. Este dado é condizente com as ações de educação em saúde realizadas nas escolas brasileiras há várias décadas e que têm como foco o acompanhamento das crianças em termos de saúde oral, programas de flúor na dentição e escovação nos ambientes escolares.

Vinculado ao anterior, aparece o tema da saúde corporal, limpeza e da higiene, referências associadas a uma boa condição de saúde e aos paradigmas higienistas, amplamente difundidos pelas instituições de saúde. Também esses assuntos vêm sendo trabalhados nas escolas por um longo período e se relacionam com os cuidados do corpo e a prática de tomar banho, atividade apreciada culturalmente pela população. Os primeiros-socorros constituem tema recorrente no repertório programático, assim como as medidas preventivas de doenças contagiosas.

A dengue foi assunto bastante citado, especialmente relacionado aos lugares onde esta doença apresenta maior incidência. Também pode ser visto do ponto de vista sazonal, pois as taxas se elevam com o início das chuvas. A hanseníase foi bastante mencionada, assim como a malária, cólera, febre amarela e a tuberculose.

Atrelada à concepção de prevenção das doenças, é mencionada a vacinação e as doenças preveníveis. Deve-se somar a isso as campanhas de vacinação realizadas durante determinados períodos do ano pelo Ministério da Saúde, com um repertório maior de vacinas e com uma cobertura quase universal da população. As escolas, nesses períodos, são pontos de atendimento para vacinação.

Numa perspectiva que propicia a relação entre saúde e meio ambiente e a promoção da saúde, os temas vinculados à água e aos cuidados com o lixo foram bastante citados. Destacam-se a conservação do meio ambiente, o reaproveitamento do lixo e a educação ambiental, poluição, assim como o saneamento básico e agrotóxicos. Nessa mesma preocupação, o tema nutrição e sua vinculação com a boa alimentação e hábitos alimentares reportou altas frequências. Também deve ser lembrado que o Ministério da Educação desenvolve programas de alimentação nas escolas públicas para garantir que, durante o período escolar, os alunos tenham uma refeição adequada e, em muitas escolas, são realizados programas de avaliação nutricional para o acompanhamento dos alunos. A obesidade também foi reportada como importante assunto de saúde pública. A prática de exercício físico foi considerada um assunto de destaque.

Muitos outros temas foram reportados com uma menor frequência, mas que são considerados relevantes para o desenvolvimento dos alunos e são os seguintes: exploração sexual, aborto, alcoolismo, DST, tabagismo, planejamento familiar, câncer de mama, métodos contraceptivos, gênero, saúde da mulher e cidadania. Ainda, assuntos como educação para o trânsito, verminoses, saúde da família e orientações aos pais.

Vale a pena destacar que a não-realização de atividades de ensino vinculadas ao tema da educação sexual obedeceu a algumas justificativas fornecidas pelas escolas. Dentre

essas informa-se que as mesmas não fazem parte do plano curricular da escola e, portanto, não são consideradas no planejamento das atividades. Um outro fator importante se refere aos recursos humanos. As escolas argüem não terem quadro de docentes qualificado para desempenhar essas atividades. Atrélada à concepção pedagógica, justificam que o material de apoio didático é insuficiente para o desenvolvimento dessas tarefas. Entretanto, outros motivos alegados pelas escolas merecem ser destacados embora não sejam quantitativamente significativos. Por exemplo, o fato que as escolas na zona rural não trabalham com projetos voltados a temas transversais ou a presença de tabus na área rural. Percebe-se a necessidade de efetuar um trabalho orientado para identificar esses empecilhos e a adequar as estratégias em conformidade com as particularidades requeridas nesses municípios.

Outro motivo que demonstra pouco interesse é dizer que o assunto é de responsabilidade da secretaria de saúde e que é difícil contar com profissionais de saúde na zona rural. Foi dado como argumento o fato de a escola atender somente da primeira à quarta série, ou a idade dos alunos. Percebe-se, nessas situações, mais uma vez, a necessidade de se definir critérios adequados às respectivas realidades locais. Não cabe, aqui, elencar todos os outros motivos levantados para a não-realização dessas atividades nas escolas. De maneira geral, é recomendável fortalecer a capacidade de planejamento das escolas, envidar esforços de capacitação dos professores e, sobretudo, aprimorar os mecanismos de articulação entre os órgãos de saúde e de educação no âmbito municipal.

Os resultados por macrorregião mostram que apenas 47,2% das escolas da região Norte trabalharam outros temas, contrastando com 72,2% das escolas da região Sudeste que foi a que mais relatou este fato. Nas demais regiões, as proporções de escolas relatando trabalho com tais temas situam-se entre as duas mencionadas: Nordeste (59,9%), Sul (69,2%) e Centro-Oeste (69,9%).

Houve compreensão equivocada do questionário, sendo observado que um número de escolas responderam justificando os motivos pelos quais não realizam promoção, mesmo tendo respondido no questionário que realizam ações de prevenção em algum dos temas acima mencionados; tal fato ocorreu em 7,8% das escolas do país. Destacam-se, contudo, diferenças entre as regiões e dentro das mesmas: 15,0% das escolas da região Norte, 8,1% do Nordeste, 6,6% do Sul, 6,5% do Centro-Oeste, e 4,5% do Sudeste, responderam desse modo. Ressaltam-se disparidades regionais gritantes como, por exemplo, o estado do Acre, que registra uma quarta parte das escolas respondendo desse modo enquanto o estado do Espírito Santo registra apenas 2,5%.

Independente da compreensão equivocada do questionário, foi registrado o preenchimento errado do mesmo. Tal fato ocorreu em 1,8% das escolas do Brasil sendo mais freqüente na região Norte (3,2%) em relação às outras regiões: Nordeste e Centro-Oeste (1,9%, cada uma), Sudeste (1,5%) e Sul (1,4%). Destaca-se que a região Norte acusa esses dois fenômenos com maior freqüência com relação às outras regiões e, em particular, os estados de Roraima e Acre registram as maiores proporções nesses dois aspectos.

Foram consideradas as escolas que trabalham todos os cinco temas acima mencionados de prevenção e promoção à saúde, considerados como o foco do formulário distribuído junto ao censo. Tais escolas constituem menos de um terço das instituições do país (27,7%), destacando-se a região Centro-Oeste como a que mais os aborda em conjunto (38,7% das escolas), seguida pelo Sudeste (32,3%), Sul (31,7%), Nordeste (24,4%) e Norte (22,9%). Alguns estados (Goiás, Mato Grosso e Rondônia) destacam-se mostrando que mais de 40% das escolas relatam o trabalho com todos os temas em conjunto. Chamam a atenção as escolas do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Roraima, Maranhão e Sergipe, onde tais proporções são menores de 20%.

O tema DST/AIDS nas escolas

Atividades desenvolvidas

O tema *DST/aids* é desenvolvido, predominantemente, mediante inserção do mesmo nas disciplinas curriculares, constituindo um campo de aplicação prático no contexto de atividades de formação regular (Figura 1). No nível nacional, cerca de 44% das escolas optam por essa modalidade. A realização de palestras, uma atividade formal e provavelmente menos participativa, constitui a seguinte forma de veiculação desses conteúdos (35,5%) sendo outras modalidades menos usadas. A apresentação na feira de ciências, atividade de caráter mais lúdico e episódico, foi a maneira de veiculação encontrada em cerca de 11% das escolas. Já a realização de oficinas, atividades mais participativas envolvendo dinâmicas supostamente mais integrais e menos formais, foi relatada por apenas 6,5% das escolas.

As diferenças acima expostas se mantêm no país, sendo que inserção do tema em disciplinas é maior na região Centro-Oeste (52,3%) em relação às demais regiões do país, onde tais proporções vão diminuindo de sul a norte (Sul=47,8%; Sudeste=47,0%; Norte=44,2% e Nordeste=41,6%). De modo análogo, a realização de palestras foi referida com maior frequência pela região Centro-Oeste (48,0%) em relação às restantes regiões (Sudeste=36,2%; Sul=35,6%; Nordeste=34,5% e Norte=34,1%).

A realização de oficinas foi maior nas regiões Sudeste e Centro-Oeste (7,7% das escolas de cada uma), seguida da região Nordeste (6,8%), Sul (5,2%) e Norte (5,1%). É notável que o estado que mais realizou essas atividades e que desviou a média da região para valores superiores foi o Ceará (10,8%), seguido do Rio Grande do Norte (10,1%), DF (9,7%) e Rio de Janeiro (9,2%). Nas macrorregiões Centro-Oeste e Sudeste, as médias das proporções de realização de oficinas foram, em geral, altas em relação aos estados do Norte, Sul e Nordeste (exceto o Ceará e Rio Grande do Norte).

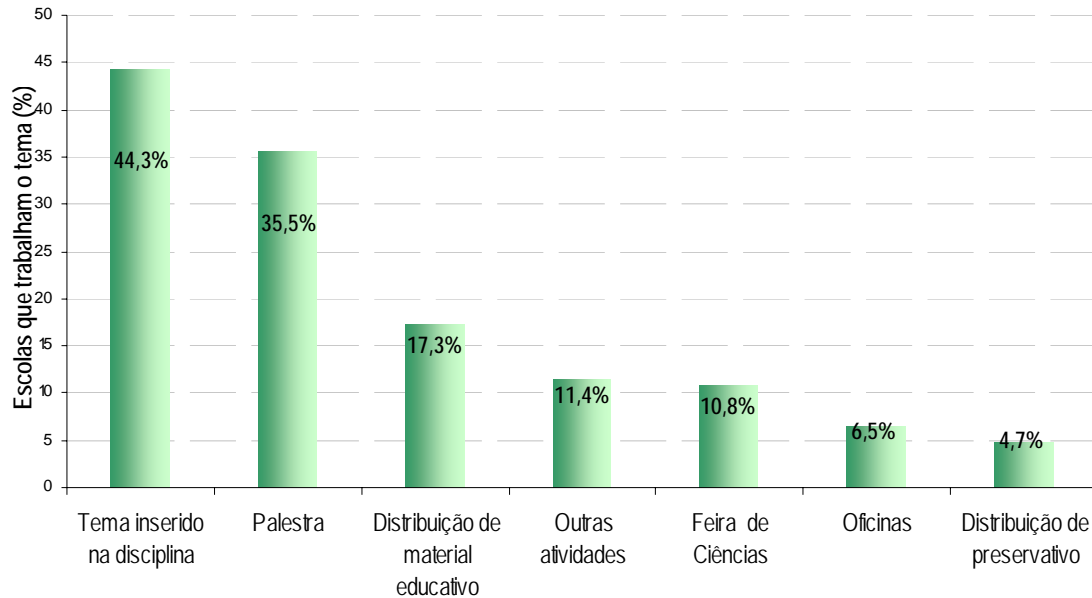


Figura 1. Proporção das escolas que trabalham *DST e aids*, segundo o tipo de atividade desenvolvida. Censo Escolar, Brasil, 2005.

Foi observado que em alguns estados, a inserção em disciplinas foi realizada na metade das escolas ou mais (Acre, Rondônia, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais e Paraná). Em contraste, a modalidade menos utilizada (oficinas) atingiu o valor máximo de 10% apenas nos estados do Ceará e Rio Grande do Norte.

Também é conveniente anotar que a inserção dos conteúdos de *DST/aids* em feira das ciências, mostrou as maiores discrepâncias entre regiões e estados. O Centro-Oeste se destacou em relação à média nacional (21,6% versus 10,8%), permanecendo as restantes regiões em patamares decrescentes em direção ao norte do país (Sudeste=13,1%; Sul=10,7%; Nordeste=9,8%; Norte=8,4%).

A distribuição de material educativo no contexto de atividades de *DST/ aids* variou muito entre os estados e regiões, sendo o valor mínimo notificado pelas escolas do estado do Acre (5,5%) e o máximo pelas do Distrito Federal (31,2%). Em geral, 17% das escolas do país distribuíram esses materiais, sendo a média maior na região Centro-Oeste (26,7%), seguida das demais regiões (Sul=24,2%, Sudeste=21,9%, Nordeste=14,2% e Norte=13,3%).

Quanto à disponibilização de preservativos, a mesma mostrou variações que iam de 2,5% (escolas do estado do Espírito Santo) a 9,7% (Goiás). Como um todo, 4,7% das escolas do país notificaram a realização desta atividade. Mesmo com variações relevantes dentre os estados de uma mesma região, o percentual maior de distribuição de preservativos correspondeu à região Centro-Oeste (7,9%) seguida por proporções variando entre 4,9% na região Norte a 4,5% nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste.

Grupos envolvidos nas atividades

O tratamento do tema *DST/aids* variou segundo o grupo envolvido. No Brasil como um todo, 28,7% e 28,0% das escolas veiculam conteúdos sobre esses temas nos níveis iniciais e finais, respectivamente, da educação tradicional (Figura 2). O percentual de escolas que trabalha o tema *DST/aids* no ensino médio é menor (11,2%). No mínimo, 35,6% das escolas que responderam o censo veiculam conteúdos de *DST/aids* envolvendo os professores. Outros cenários menos frequentes incluíram os funcionários de escolas (18,4%), pais e comunidade (15,0%), educação de jovens adultos (13,8%). Poucas escolas (apenas 2,5%) mencionaram a inclusão desse tema no nível infantil/pré-escolar ou em grupos de adolescentes que foram criados nas escolas com temas de interesse dos alunos, assessorados por professores. Menos de 2% incluíram população indígena, educação especial e população quilombola.

Dentre as macrorregiões houve diferenças no relato dessas atividades em relação aos grupos envolvidos. Enquanto as diversas regiões se mantiveram próximas da média nacional quanto à veiculação desses conteúdos nos anos iniciais do ensino fundamental (28,7% no nível nacional, Nordeste=30,4%; Centro-Oeste=28,7%; Sudeste=25,6%; Sul=24,6%), a região Norte mostrou proporções maiores (38,8%). Os estados que mais relataram trabalho com DST/aids nos anos iniciais do ensino fundamental foram todos da região Norte: Acre (54,0%), Rondônia (48,1%), Pará (42,6%) e Amazonas (41,0%). Essa diferença se deve, provavelmente, a incompreensão no momento do preenchimento, pois não existiriam motivos para tratar o tema com tal precocidade, ainda mais quando nessa região um alto percentual de justificativas para não abordar os temas referidos dizia respeito à tenra idade das crianças.

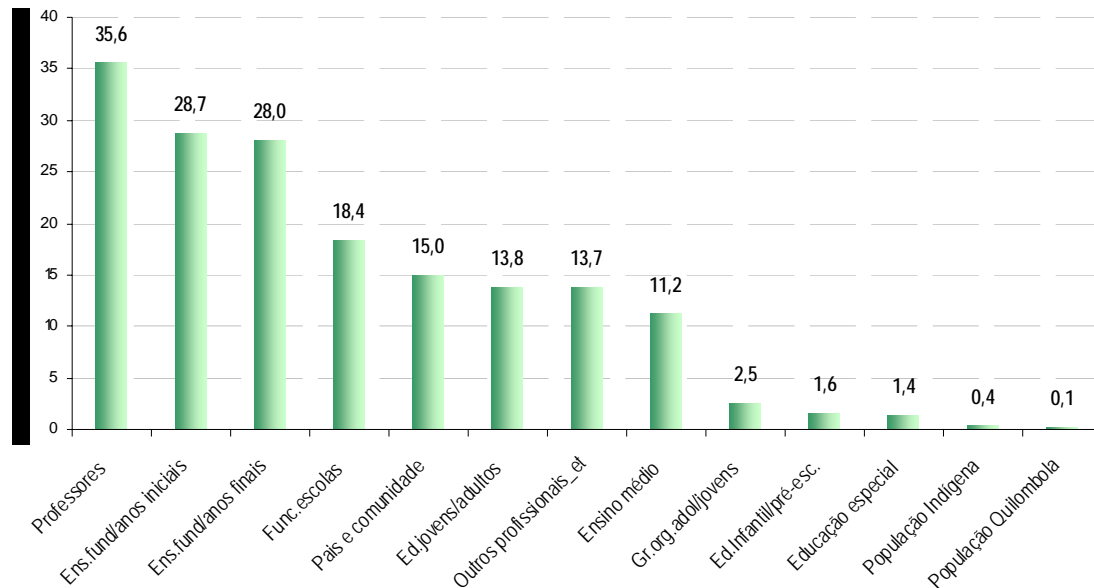


Figura 2. Proporção das escolas que trabalham *DST e aids*, segundo Grupo Envolvido/Etapas/Modalidades. Censo Escolar, Brasil, 2005.

As diferenças observadas foram maiores no trabalho do tema *DST/aids* nos anos finais do ensino fundamental dentre as regiões com respeito ao nível nacional (Brasil=28,0%; Centro-Oeste=42,7%; Sul=32,6%; Sudeste=31,1%; Nordeste=24,5% e Norte=23,1%). O trabalho com esse tema nos anos finais do ensino fundamental foi relatado por mais de um terço das escolas nos estados de Mato Grosso (48,2%), Mato Grosso do Sul (47,8%), Goiás (43,4%), Rio Grande do Sul (41,7%), Ceará (37,5%) e Rio de Janeiro (35,6%).

A veiculação do conteúdo em *DST/aids* no ensino médio também mostrou variações entre as diversas regiões (Brasil=11,2%; Centro-Oeste=19,9%; Sudeste=16,3%; Sul=13,5%; Norte=8,5%; Nordeste=7,4%). O estado que mais relatou trabalho com o tema no ensino médio foi Mato Grosso do Sul (cerca de 25%), seguido de São Paulo (21,1%), Mato Grosso (20,8%) e Rio de Janeiro (19,4%).

Os professores constituem um coletivo mais permanente nas escolas e seu potencial multiplicador pode ser estrategicamente mais importante que o próprio trabalho junto aos alunos. Já foi mencionado que, no nível nacional, 35,6% das escolas relataram trabalho sobre o tema *DST/aids* envolvendo esses profissionais. O destaque foi novamente para a região Centro-Oeste (42,8%), sendo que o Mato Grosso foi o estado que maiores percentuais relatou: a metade de suas escolas incluíram professores. A proporção de escolas que relataram os professores como grupo envolvido nas restantes regiões mostraram escassas diferenças (Sudeste=37,3%; Norte=35,1%; Nordeste=34,7%; Sul=34,5%).

Profissionais responsáveis

Quanto aos profissionais responsáveis na transmissão/facilitação de conteúdos relacionados a *DST/aids*, predominaram os profissionais da educação capacitados para a veiculação dos conteúdos correspondentes. No nível nacional (Figura 3), uma quinta parte das escolas relataram que esse profissional é responsável pelas atividades, seguido do profissional da saúde de nível superior (16,1%), e do profissional da educação não capacitado (14,2%). Foram mais escassos os relatos de profissionais de saúde do nível médio (7,7%), membros de organizações da sociedade civil (3,3%) e jovens multiplicadores (2,4%). Uma proporção de 8,3% das escolas referiu o envolvimento de outros profissionais.

A utilização de recursos humanos da educação capacitados mostrou diferenças nas diversas regiões do país sendo maior que a média nacional nas regiões Centro-Oeste (32,3%) e Sul (31,3%), com respeito às demais regiões (Brasil= 20,5%; Norte=13,3%; Nordeste=15,0%; Sudeste=24,9%). Os estados onde uma maior proporção de escolas relataram que professores capacitados foram os responsáveis pelas atividades de DST/aids foram o Mato Grosso (37,4%), DF=33,4%) e o Paraná (33,3%). Alguns estados tiveram proporções de escolas de mais de 25% com esse perfil profissional treinado (Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul).

Foram observadas diferenças entre as regiões na proporção de escolas que relataram a utilização de professores não capacitados no tema *DST/aids*. Somente a região Norte destacou-se pelo envolvimento com maior frequência de profissionais da educação não-treinados no tema (18,8% das escolas), em contraste com as demais regiões: Nordeste=14,4%, Sudeste=14,2%, Centro-Oeste=12,4% e Sul=10,1%).

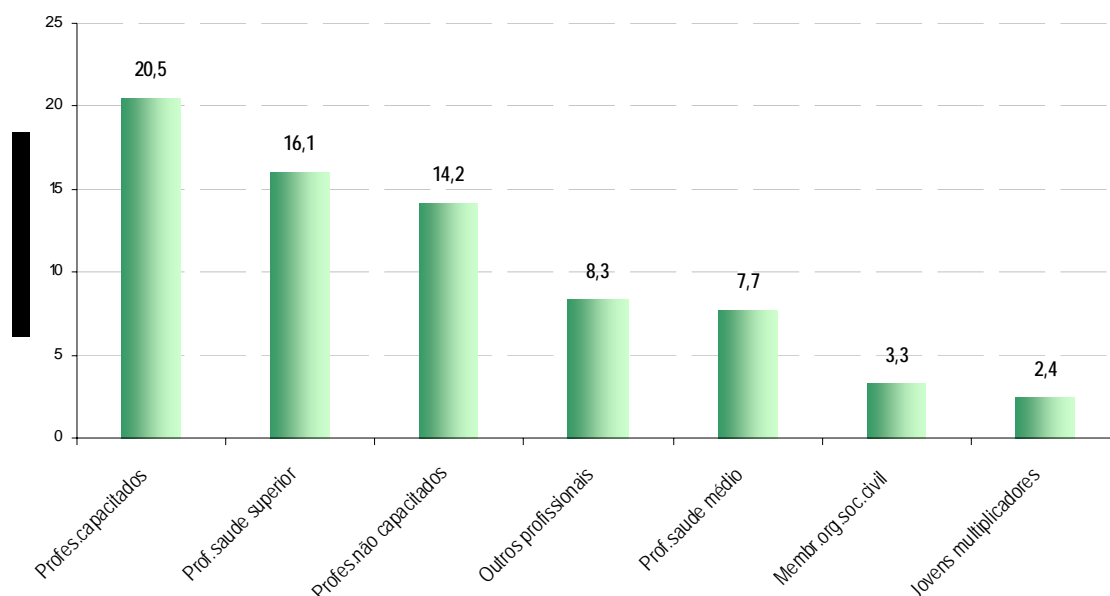


Figura 3. Proporção de escolas envolvidas que trabalham o tema *DST e aids*, segundo profissionais responsáveis. Censo Escolar, Brasil, 2005.

Periodicidade das atividades

Quanto à frequência da execução das atividades, predominou a frequência semestral (26,5% das escolas do país) e a mensal (17,1%). Proporções menores de escolas relataram frequências anuais (12,2%) e semanais (3,1%). Apenas a região Centro-Oeste se destacou por maiores percentuais de escolas relatando atividades semestrais (35,1%) e mensais (17,4%), estando acima da média nacional.

Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte houve maior proporção de escolas com atividades semanais (3,4%, 3,9% e 3,3%, respectivamente). As proporções relativas às duas regiões restantes foram 2,8% (Sul) e 2,3% (Nordeste).

Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades

Foi apurado o número de profissionais envolvidos e de alunos cobertos pelas atividades relacionadas ao tema de *DST/aids*. No país, um total de 752.696 profissionais estavam envolvidos na transmissão desses conteúdos. O maior número (284.310, correspondente a 37,8%) era de escolas da região Sudeste, enquanto o segundo maior contingente correspondeu à região Nordeste (219.373; 29,1%). Tal proporção correspondeu a 16,1% na região Sul, 9,5% no Norte e 7,4% no Centro-Oeste.

O número de alunos envolvidos ou cobertos pelas atividades relacionadas ao tema DST/aids correspondeu a 17.168.505 no país como um todo. O maior contingente correspondeu à macrorregião Sudeste (6.788.841 alunos; 39,5%), seguida da região Nordeste (4.867.835 alunos; 28,4%), região Sul (2.719.194 alunos; 15,8%), região Norte (1.526.626 alunos; 8,9%) e Centro-Oeste (1.266.009; 7,4%).

Em média, a razão de profissionais para alunos cobertos foi de 1:23, significando que para cada professor havia 23 alunos, no país. Houve escassas variações entre as regiões (1:21 na região Norte, 1:22 no Nordeste, 1:22 no Centro-Oeste, 1:24 no Sudeste e 1:22 no Sul).

O tema SAÚDE SEXUAL/SAÚDE REPRODUTIVA nas escolas

Atividades desenvolvidas

De modo semelhante à forma de veiculação do tema *DST/aids*, o tema *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* é desenvolvido predominantemente mediante inserção do mesmo nas disciplinas curriculares, sendo que no país como um todo, mais de um terço das escolas (33,9%) relatou a utilização dessa modalidade (Figura 4). A realização de palestras constitui a seguinte forma de veiculação desses conteúdos (22,1%), seguida de apresentação na feira de ciências (7,3%), e realização de oficinas (4,2%).

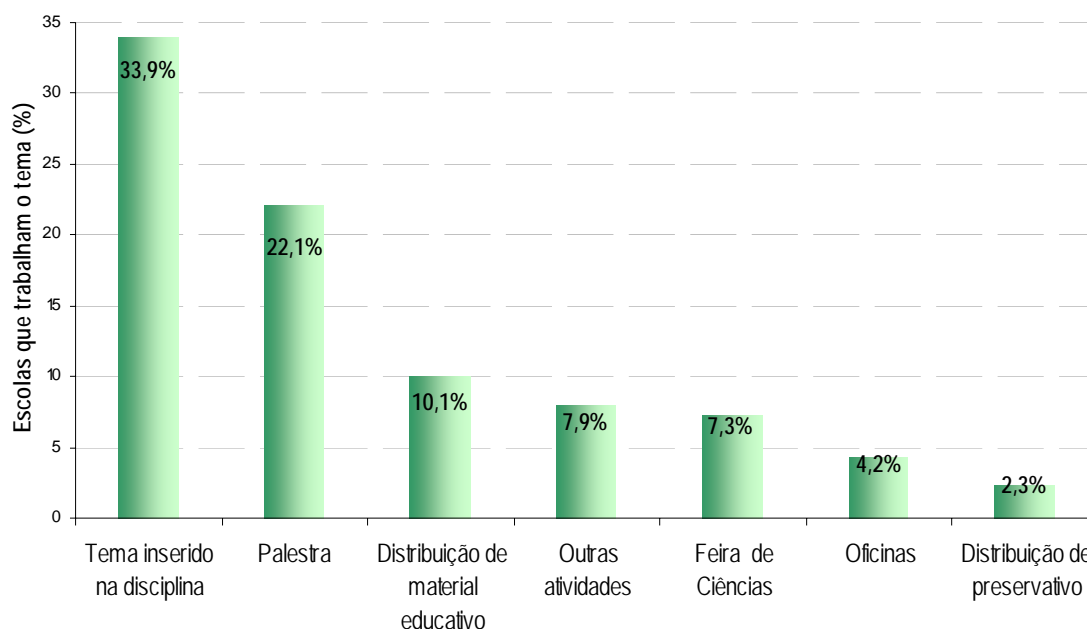


Figura 4. Proporção das escolas que trabalham *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, segundo o tipo de atividade desenvolvida. Censo Escolar, Brasil, 2005.

Tais diferenças foram observadas nas diversas regiões e estados, sendo que inserção do tema em disciplinas, de modo semelhante ao tema *DST/aids*, é maior na região Centro-Oeste (42,9%) em relação às demais regiões do país. Tais proporções vão diminuindo nos estados do Sul e Sudeste (42,0% e 39,1%, respectivamente), em relação a Norte e Nordeste (30,8% e 28,2%, respectivamente).

De forma similar, a realização de palestras foi referida com maior frequência pela região Centro-Oeste (30,7%) em relação às restantes regiões (Sul=26,9%; Sudeste=25,4%; Norte=18,7% e Nordeste=18,3%).

A realização de oficinas foi maior nas regiões Sudeste e Centro-Oeste (5,6% e 5,4%, respectivamente), seguida da região Sul (4,1%), Nordeste (3,8%), e Norte (2,8%). É notável que o estado que mais realizou oficinas sobre *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* foi o Distrito Federal (8,6%), seguido do Ceará (6,9%), Rio Grande do Norte (6,6%), Minas Gerais e Rio de Janeiro (6,5%, cada um).

De modo similar ao tema DST/aids, a inserção dos conteúdos de *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* em feiras das ciências, mostrou as maiores disparidades entre regiões e estados. De novo, o Centro-Oeste teve as maiores proporções (14,5%, quase o dobro da média nacional de 7,3%), seguido das restantes regiões (Sudeste=9,7%; Sul=8,0%; Nordeste=5,8%; Norte=4,5%).

Houve grande variação na frequência de distribuição de material educativo no contexto de *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva*: o mínimo notificado de 2,6% das escolas do estado do Acre e o máximo de 21,3% no DF). No nível nacional, 10,1% das escolas do país distribuíram esses materiais, sendo a média maior nas regiões Sul e Centro-Oeste (15,7% e 15,6%, respectivamente), seguidas das demais regiões (Sudeste=13,4%; Nordeste=6,7%; Norte=5,7%).

Quanto à distribuição de preservativos no contexto da abordagem do tema *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva*, a mesma mostrou variações que iam de 0,9% (escolas do estado do Pará) a 3,9% (Goiás). No Brasil, apenas 2,3% das escolas notificaram a realização de distribuição de preservativos sendo tal atividade mais frequente em escolas do Centro-Oeste (3,7%), seguida pelo Sul (2,6%), Sudeste (2,4%), Norte (2,3%) e Nordeste (2,0%).

Grupos envolvidos e âmbito das atividades

O tratamento do tema *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* mostrou variações conforme o grupo envolvido. Em geral, uma proporção semelhante de escolas teve envolvimento dos alunos cursando os anos iniciais e finais do ensino fundamental (20,2% e 20,9%, respectivamente), enquanto o envolvimento do ensino médio foi de 9,2% das escolas do Brasil (Figura 5). Mais que uma quarta parte das escolas que responderam o censo veicula conteúdos de *Saúde Sexual Saúde Reprodutiva* direcionados aos professores (26,2%). Menos frequente foi a inclusão de funcionários de escolas (13,3%), pais e comunidade (10,5%), educação de jovens adultos (10,0%). Poucas escolas (2% ou menos) mencionaram a inclusão do tema direcionado a grupos de adolescentes, no nível pré-escolar, em população indígena, educação especial e população quilombola.

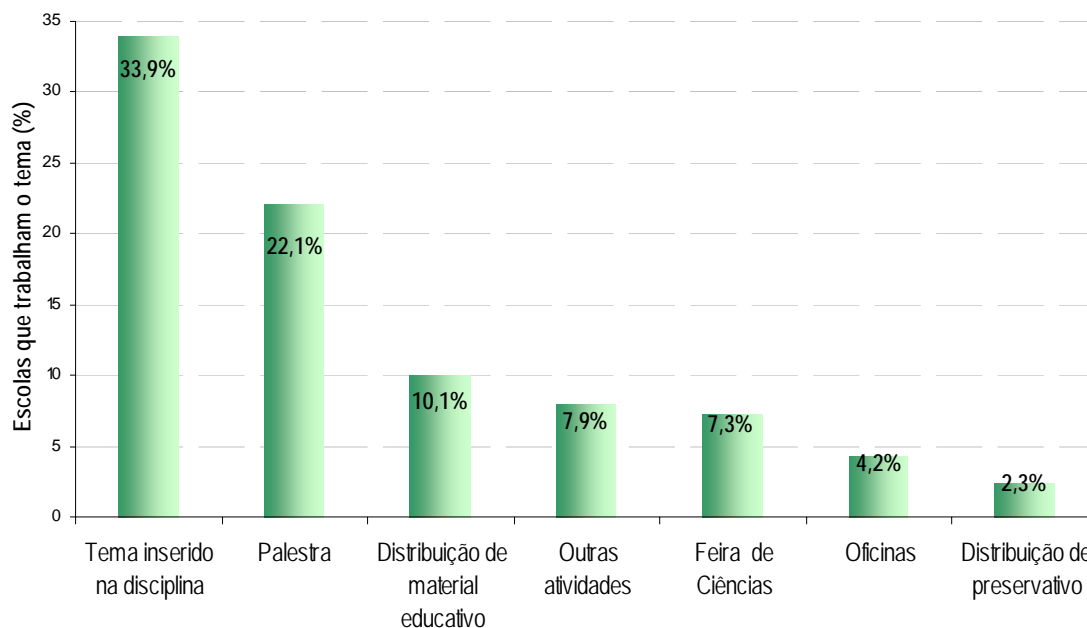


Figura 5. Proporção das escolas que trabalham *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, segundo Grupo Envolvido/Etapas/Modalidades. Censo escolar, Brasil, 2005.

Dentre as regiões do país houve diferenças nos diversos cenários de implementação dessas atividades; em geral, nos últimos anos do ensino fundamental, há variações importantes quanto à abordagem desse tema entre o Centro-Oeste (32,9%), Sul (27,6%) e Sudeste (25,5%), contrastando com as menores proporções registradas nas regiões Norte (16,1%) e Nordeste (15,8%). O trabalho com esse tema nos anos finais do ensino fundamental foi relatado por mais de um terço das escolas nos estados de Mato Grosso (35,8%), Mato Grosso do Sul (36,9%) e Rio Grande do Sul (34,6%).

As diferenças na transmissão de tais conteúdos nos primeiros anos do ensino fundamental não foram tão notáveis, variando em torno de 18,9% e 23,6% entre as diferentes regiões. Os estados que mais relataram trabalho com *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* nos anos iniciais do ensino fundamental foram Acre, Rondônia e Mato Grosso, onde a veiculação do conteúdo sobre esse tema nesse nível de escolaridade foi relatada em mais de 30% das escolas.

A execução de ações incluindo o tema *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* no ensino médio também mostrou variações entre as diversas regiões, sendo maior no Centro-Oeste (16,0%), seguido de Sudeste (13,9%), Sul (11,7%), Norte (6,1%) e Nordeste (5,4%). A média para o Brasil foi de 9,2%. O estado que mais relatou trabalho com o tema no ensino médio foi Mato Grosso do Sul (19,6%), seguido de São Paulo (18,5%), percentuais que acompanham as tendências observadas para o tema *DST/aids* neste nível de ensino.

Profissionais responsáveis

Quanto aos profissionais responsáveis pela transmissão ou facilitação de conteúdos relacionados a *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva*, os profissionais da educação capacitados (Figura 6) mostraram discreto predomínio no país (25,8%), sobre profissionais da área da saúde de nível superior (21,8%), e do profissional da educação não-capacitado (21,0%). Foram, como no caso de *DST/aids*, mais escassos os profissionais de saúde do nível médio (10,9%), membros de organizações da sociedade civil (4,6%) e jovens multiplicadores (3,4%). Uma proporção de cerca de 12% das escolas referiu outros profissionais.

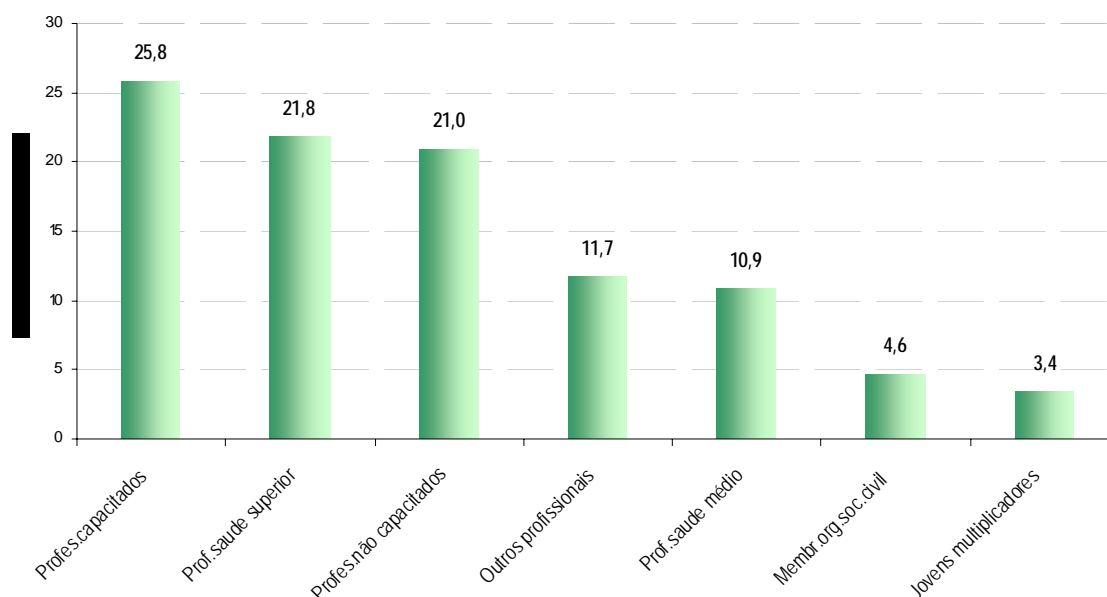


Figura 6. Proporção de escolas envolvidas nas atividades de *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, segundo profissionais responsáveis. Censo escolar, Brasil, 2005.

A utilização de professores da rede capacitados nesse tema mostrou diferenças entre as macrorregiões do país sendo maior no Centro-Oeste (38,8%), Sul (35,0%) e Sudeste (29,8%), em contraste com os baixos percentuais referidos nas regiões Norte e Nordeste (20,0% e 21,0%, respectivamente). Os estados onde tais profissionais foram os responsáveis pelas atividades de Saúde Sexual e Reprodutiva com maior frequência foram o Distrito Federal e o Mato Grosso onde mais de 40% das escolas referiram este fato. Alguns estados tiveram proporções de escolas de menos de 20% com profissionais da educação capacitados para o tema *Saúde Sexual/Reprodutiva*: Sergipe, Maranhão, Bahia, Tocantins, Roraima, Pará, Amazonas e Acre.

Houve assimetrias na proporção de escolas das diversas regiões relatando a utilização de professores não capacitados no tema *Saúde Sexual/Reprodutiva*. A tendência foi inversa à observada em relação aos professores capacitados sendo maior na região Norte

(29,5%) e Nordeste (24,2%). Nas outras regiões, profissionais da educação não capacitados foram menos envolvidos (Sudeste: 17,6%; Centro-Oeste=16,5%; Sul=12,3%).

Periodicidade das atividades

Quanto à periodicidade na realização das atividades referentes ao tema *Saúde Sexual/Reprodutiva*, predominou a frequência semestral (19,0% das escolas do país) e a mensal (12,6%). Proporções menores de escolas relataram frequências anuais (9,1%) e semanais (2,6%). Novamente, a região Centro-Oeste se destacou por maiores percentuais de escolas relatando atividades semestrais (28,1%) e mensais (14,1%), acima das médias nacionais. No Sudeste houve maior proporção de escolas com atividades semanais (3,5%), quando comparadas com proporções variando de 1,6% a 3,0% nas outras regiões.

Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades

O número de profissionais envolvidos nas atividades relacionadas ao tema de *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva*, no país, correspondeu a 591.359 professores. O maior número (235.130, perfazendo 39,8% do país) eram de escolas da região Sudeste, enquanto o segundo maior grupo correspondeu à região Nordeste (147.477; 24,9%). Tal proporção correspondeu a 19,3% na região Sul, 8,5% na região Norte e 7,5% no Centro-Oeste.

No Brasil, o número de alunos envolvidos ou cobertos pelas atividades relacionadas ao tema *Saúde Sexual/Saúde Reprodutiva* correspondeu a 13.713.333. O maior contingente correspondeu à macrorregião Sudeste (5.779.595 alunos; 42,1%), seguida da região Nordeste (3.439.440 alunos; 25,1%), Sul (2.413.489 alunos; 17,6%), Norte (1.055.648; 7,7%) e Centro-Oeste (1.025.161 alunos; 7,5%). Tais percentuais são semelhantes aos correspondentes à distribuição dos profissionais responsáveis segundo a macrorregião geográfica.

A razão de profissionais para alunos cobertos foi de 1:23 no país. Foram observadas poucas variações nas regiões: para cada professor, houve 21 alunos na região Norte e Sul, 23 no Nordeste e Centro-Oeste e 24 no Sudeste.

O tema GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA nas escolas

Atividades desenvolvidas

Segundo o relato das escolas participantes do censo no país, o tema *Gravidez na Adolescência* é desenvolvido mais frequentemente por meio da inclusão nas disciplinas curriculares (36,0%), seguido da realização de palestras (28,8%). A apresentação na feira de ciências foi relatada por 7,4% das escolas e a realização de oficinas apenas por 5,0%, sendo esta novamente a atividade menos realizada.

A análise da inserção do tema *Gravidez na Adolescência* em disciplinas revelou que, de maneira semelhante ao ocorrido com outros temas, tal prática acontece com maior frequência na região Centro-Oeste (42,2%) em relação às demais regiões do país (Figura 7), onde tais proporções mostram escassas variações tendendo a diminuir no norte do país (Sul=37,7%; Sudeste=37,3%; Norte=36,3% e Nordeste=33,5%). Foi observado que em apenas dois estados a inserção em disciplinas do tema da *Gravidez na Adolescência* atingiu cerca da metade das escolas (Rondônia= 48,1%; Mato Grosso=48,2%).

Uma tendência semelhante foi observada em relação à realização de palestras, que foi relatada com maior frequência na região Centro-Oeste (36,3%), com respeito às outras regiões (Sudeste=28,6%; Sul=28,5%; Norte=28,4% e Nordeste=27,3%).

A realização de oficinas sobre *Gravidez na Adolescência* mostrou diferenças sendo quase equivalente nas regiões Centro-Oeste e Sudeste e (6,0% e 5,9%, respectivamente), seguida da região Nordeste (4,8%), Norte e Sul (4,2%, cada uma). Destacaram-se na realização de oficinas o DF (8,7%), Ceará (7,7%), Amapá e Rio de Janeiro (7,4%, cada um).

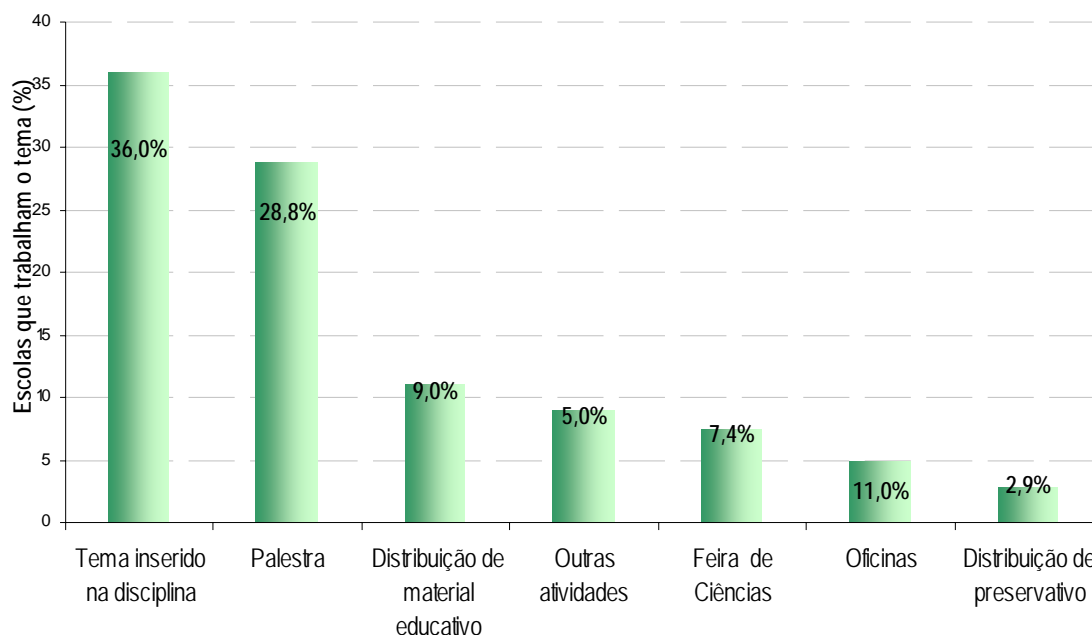


Figura 7. Proporção das escolas que trabalham *Gravidez na Adolescência*, segundo o tipo de atividade desenvolvida. Censo Escolar, Brasil, 2005.

A inserção dos conteúdos de *Gravidez na Adolescência* em feira das ciências, embora menos freqüente, continuou mostrando diferenças relevantes entre regiões e estados. De novo, o Centro-Oeste mostrou as maiores freqüências (14,5%), sendo que as restantes regiões relataram raramente tal prática no norte do país (Sudeste=9,2%; Sul=7,4%; Nordeste=6,3%; Norte=5,3%).

A distribuição de material educativo sobre *Gravidez na Adolescência* variou de 3,7% nas escolas do estado do Acre a 18,4% no DF. No país como um todo, 11,0% das escolas relataram a distribuição desses materiais sendo a média maior na região Centro-Oeste (15,0%), seguida das demais regiões, existindo um gradiente decrescente de sul a norte: Sul=15,6%, Sudeste=13,5%, Nordeste=8,4% e Norte=7,4%.

Quanto à distribuição de preservativos em atividades relacionadas ao tema *Gravidez na Adolescência*, a mesma foi realizada por 2,9% das escolas do país. A freqüência dessa atividade variou de 1,4% nas escolas do estado do Espírito Santo a 4,8% em Goiás. Mesmo com variações relevantes dentre os estados de uma mesma região, o percentual maior de distribuição de preservativos correspondeu à região Centro-Oeste (4,1%) seguida por proporções variando entre 2,6% e 2,9% nas restantes regiões.

Grupos envolvidos nas atividades

O tema *Gravidez na Adolescência* é direcionado com maior frequência aos professores (29,4%), no contexto nacional (Figura 8). O segundo grupo envolvido corresponde a estudantes nos anos finais do ensino fundamental (25,7%), seguido daqueles nos anos iniciais desse nível de ensino (22,5%). Outros grupos envolvidos nessas atividades com menor frequência constituem os funcionários das escolas (14,6%), pais e comunidade (12,6%), educação de jovens adultos (11,5%), ensino médio (10,3%) e grupos organizados de adolescentes e jovens (2,3%). Uma minoria das escolas (menos de 2%) relatou a inclusão do tema *Gravidez na Adolescência* no nível pré-escolar, em população indígena, educação especial e comunidades quilombolas.

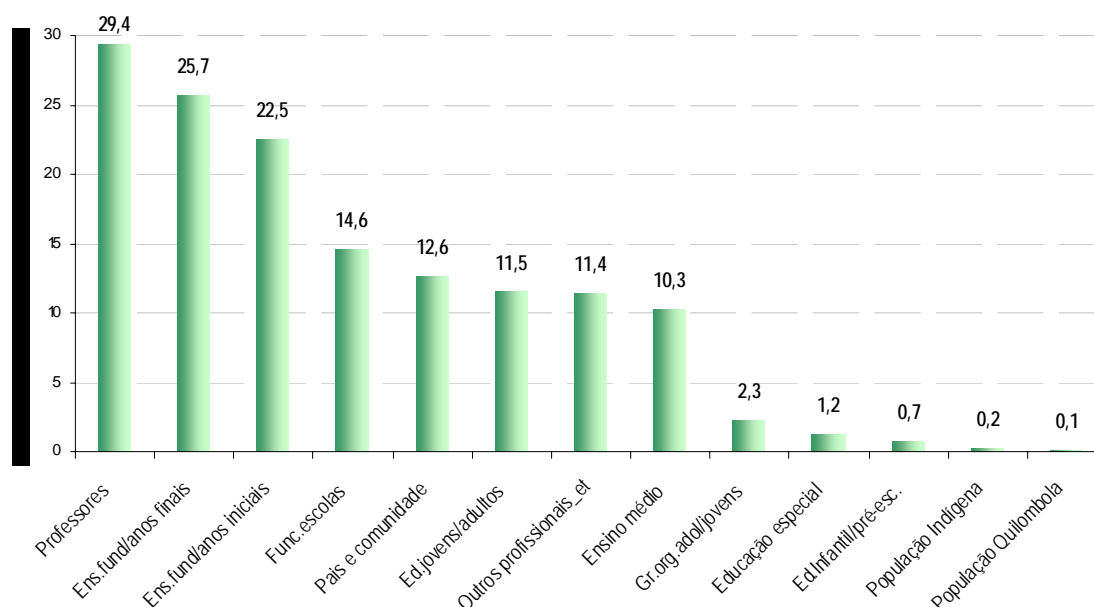


Figura 8. Proporção das escolas que trabalham *Gravidez na Adolescência*, segundo Grupo Envolvido / Etapas / Modalidades. Censo Escolar, Brasil, 2005.

Dentre as macrorregiões houve diferenças no relato dessas atividades em relação ao âmbito em que as mesmas são realizadas. Foram observadas tendências semelhantes às observadas com outros temas em relação à abordagem da *Gravidez na Adolescência* nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio. Em todos os casos foi maior a frequência de relato nesses âmbitos na região Centro-Oeste (37,9% e 17,9%, respectivamente) e progressivamente decrescentes nas restantes regiões: Sul (30,1% e 12,5%), Sudeste (28,4% e 14,9%), Nordeste (21,8% e 6,5%) e Norte (21,1% e 7,5%). Os estados que mais relataram trabalho com o mencionado tema nos anos finais do ensino fundamental foram Mato Grosso (43,3%), Mato Grosso do Sul (42,1%), Rio Grande do Sul (38,3%), Goiás (37,4%), Ceará (34,9%) e o Rio de Janeiro (32,9%).

Apenas na abordagem do tema *Gravidez na Adolescência* nos anos iniciais do ensino fundamental é que o gradiente se inverte. Este dado deve ser cuidadosamente avaliado uma vez que, segundo o relato registrado no censo, a abordagem do tema *Gravidez na Adolescência* nesse âmbito é maior na região Norte (31,3%), seguida das demais regiões (Nordeste=24,9%; Centro-Oeste=21,2%; Sudeste=17,9%; e Sul=16,7%).

As regiões se mantiveram próximas da média nacional com respeito à abordagem do tema junto aos professores com proporções maiores para a região Centro-Oeste (34,4%), em relação às outras regiões. Foram observadas escassas diferenças: Norte=28,6%, Nordeste=28,0%, Sudeste=30,5% e Sul=28,3%.

Profissionais responsáveis

Quanto aos profissionais responsáveis na veiculação de conteúdos relacionados à *Gravidez na Adolescência* no país, predominaram (Figura 9), da mesma maneira que nos temas anteriores, os profissionais da educação capacitados (22,4%). Segue-se o profissional da saúde de nível superior (17,9%) e o profissional da educação não capacitado (17,5%). Foi menos freqüente, a menção de profissionais de saúde do nível médio (9,1%), membros de organizações da sociedade civil (3,9%) e jovens multiplicadores (3,0%), sendo este o segmento menos envolvido ao igual que nas outras atividades. Foram mencionados outros profissionais por 9,6% das escolas.

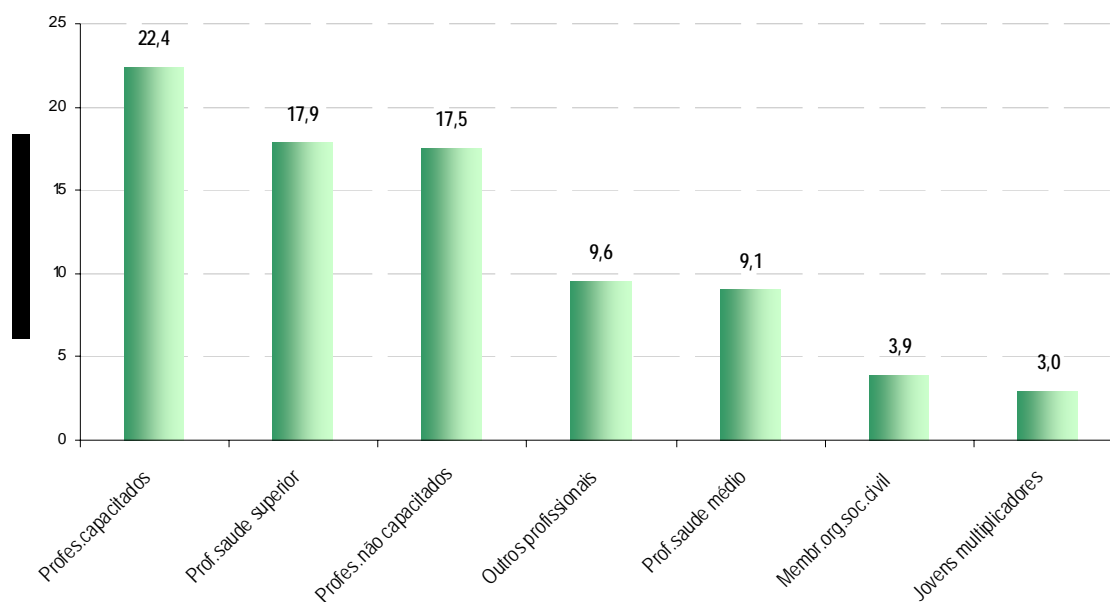


Figura 9. Proporção de escolas envolvidas nas atividades do tema *Gravidez na Adolescência*, segundo profissionais responsáveis. Censo Escolar, Brasil, 2005.

Os professores capacitados em *Gravidez na Adolescência* foram responsáveis pelas atividades com frequências variáveis entre as regiões do país. Tais proporções foram maiores que a média nacional nas regiões Centro-Oeste (33,2%), Sul (29,7%) e Sudeste (24,9%). As regiões Nordeste e Norte apresentaram percentuais menores que a média nacional (18,4% e 17,4%, respectivamente). Os estados onde tais profissionais da educação foram os responsáveis pelas atividades sobre esse tema em particular foram o Mato Grosso (39,9%), DF (32,8%), o Paraná (31,7%) e Mato Grosso do Sul (30,6%). Além dos acima mencionados, alguns estados relataram proporções de escolas de mais de 25% com esses profissionais treinados no tema (Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina).

Em contraste com as tendências anteriormente expostas, a utilização de professores não capacitados no tema *Gravidez na Adolescência* foi maior na região Norte (24,7%) e Nordeste (19,6%). Nas outras regiões, profissionais da educação não-capacitados foram menos envolvidos (Sudeste: 14,4%, Centro-Oeste=13,9%, Sul=9,5%).

Periodicidade das atividades

Quanto à periodicidade das atividades relacionadas ao tema *Gravidez na Adolescência*, predominou a frequência semestral (22,4% das escolas do país) e a mensal (15,5%), seguido de atividades anuais (9,9%) e semanais (cerca de 3%). Apenas a região Centro-Oeste se destacou por maiores percentuais de escolas relatando atividades semestrais (29,5%), situando-se acima da média nacional; as demais regiões tiveram percentuais de relato dessa frequência de atividades oscilando entre 21,6% e 22,9%. As atividades mensais foram um pouco mais frequentes na região Norte (16,8%), estando acima das demais regiões (Nordeste=16,0%; Centro-Oeste=15,1%; Sudeste=13,8%; Sul=11,2%). As atividades semanais variaram entre 2,0% e 3,8% nas regiões do país havendo escassas diferenças.

Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades

No Brasil, um total de 640.273 profissionais da educação estavam envolvidos na transmissão de conteúdos relacionadas ao tema *Gravidez na Adolescência*. O maior número (245.611, correspondente a 38,4%) eram de escolas da região Sudeste, enquanto o segundo maior contingente correspondeu à região Nordeste (184.275; 28,8%). Tal proporção foi de 16,1% na região Sul, 9,6% na região Norte e 7,1% no Centro-Oeste.

O número de alunos envolvidos ou cobertos pelas atividades relacionadas ao tema *Gravidez na Adolescência* correspondeu a 15.174.561, no país como um todo. O maior contingente correspondeu à macrorregião Sudeste (6.094.830 alunos; 40,1%), seguida da região Nordeste (4.200.057 alunos; 27,7%), Sul (2.445.454 alunos; 16,1%), Norte (1.346.770; 8,9%) e Centro-Oeste (1.087.450 alunos; 7,7%). Tais percentuais são semelhantes aos correspondentes à distribuição dos profissionais responsáveis segundo a macrorregião geográfica.

A razão de profissionais para alunos cobertos foi de 1:24 no país. Foram observadas poucas variações nas regiões: 1:22 na região Norte, 1:23 no Nordeste, e 1:24 nas regiões Sul e Centro-Oeste.

O tema DROGAS nas escolas

Atividades desenvolvidas

No Brasil, o tema *Drogas* é abordado mais frequentemente por meio da inclusão nas disciplinas curriculares (48,3%), constituindo dentre os temas abordados na pesquisa o mais mencionado de modo geral e entre os temas incluídos na grade curricular (Figura 10). A realização de palestras sobre esse tema também foi mencionada com muita frequência (cerca de 41%), sendo que a apresentação na feira de ciências foi relatada por 10,6% e a realização de oficinas por 8,2%, constituindo-se esta como a atividade menos realizada.

A inserção do tema *Drogas* em disciplinas foi mais relatada pelas escolas da região Centro-Oeste (52,8%) em relação às demais regiões do país, onde tais proporções mostram escassas variações tendendo a diminuir no norte (Sul=51,3%; Sudeste=50,1%; Nordeste=47,7% e Norte=45,7%). Uma tendência semelhante foi observada em relação à realização de palestras, que foi relatada com maior frequência na região Centro-Oeste (53,4%) superando nessa região inclusive a inserção em disciplinas, seguida das demais macro-regiões (Sul=43,0%; Sudeste=41,5%; Nordeste=39,0% e Norte=37,0%).

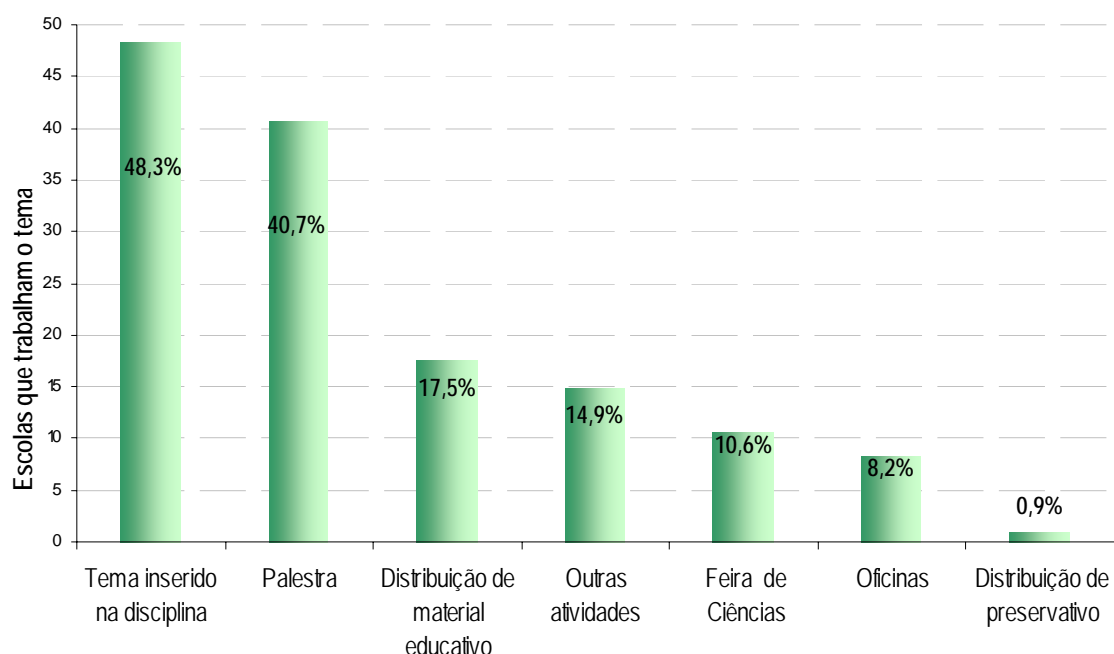


Figura 10. Proporção das escolas que trabalham *Drogas*, segundo o tipo de atividade desenvolvida. Censo Escolar, Brasil, 2005.

A realização de oficinas sobre *Drogas* foi referida com frequências muito próximas nas regiões: Centro-Oeste=10,7%, Sudeste=9,3%, Nordeste (8,6%), Sul (7,3%) e Norte

(6,0%). Destacaram-se na realização de oficinas o DF (14,2%), Ceará (12,9%), Rio Grande do Norte (11,7%), Mato Grosso e Alagoas (11,4%, cada um), Minas Gerais (11,0%), Goiás (10,5%) e Amapá (10,3%).

A inserção dos conteúdos do tema *Drogas* em feira das ciências, mesmo com escassa frequência, mostrou diferenças entre regiões e estados. O Centro-Oeste, assim como nos casos precedentes, mostrou as maiores frequências (20,1%), sendo que as restantes regiões relataram mais raramente tal prática (Sudeste=12,7%; Sul=10,9%; Nordeste=9,5%; Norte=7,9%).

A distribuição de material educativo sobre *Drogas* variou de 4,7% nas escolas do Acre a 35,6% no DF. No nível nacional, 17,5% das escolas distribuíram tais materiais sendo a média maior nas regiões Sul e Centro-Oeste (26,5% e 25,8%, respectivamente), seguida das demais regiões (Sudeste= 24,2%; Nordeste=12,7%; Norte=11,3%). Quanto à distribuição de preservativos em atividades relacionadas ao tema *Drogas*, a mesma foi raramente realizada (menos de 1% no país).

Grupos envolvidos e âmbito das atividades

No contexto nacional, o tema *Drogas* é direcionado com maior frequência aos alunos estudando nos anos iniciais do ensino fundamental (cerca de 43%), seguido dos professores (39,3%) como seguinte coletivo mais envolvido nessas atividades (Figura 11). Outros grupos envolvidos com frequência decrescente são os alunos dos anos finais do ensino fundamental (28,6%), funcionários das escolas (20,2%), pais e comunidade (17,9%), jovens e adultos (13,6%), ensino médio (10,8%), nível infantil e pré-escolar (5,7%) e organizações de jovens (2,7%). Poucas escolas (menos de 2%), relataram a inclusão do tema *Drogas* em comunidades indígenas e de quilombolas e na educação especial.

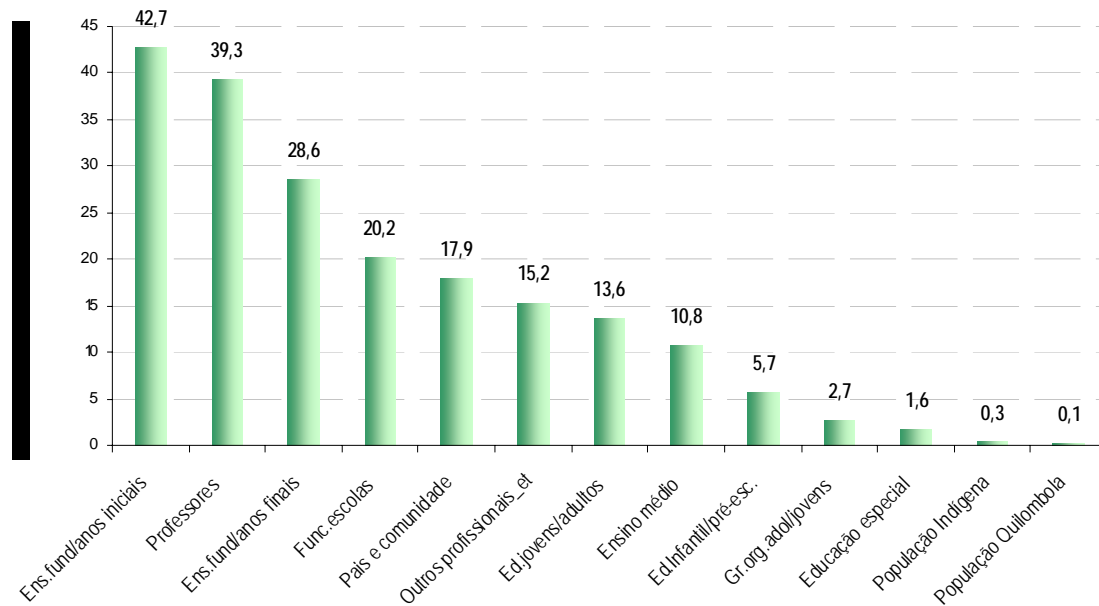


Figura 11. Proporção das escolas que trabalham o tema *Drogas*, segundo Grupo Envolvido/Etapas/Modalidades. Censo Escolar, Brasil, 2005.

De forma semelhante aos temas anteriores, o tópico *Drogas* é mais abordado nos anos finais do ensino fundamental nas escolas do Centro-Oeste (42,2%), em relação às demais regiões. Observa-se um gradiente decrescente de Sul a Norte: Sul=33,0%, Sudeste=31,6%, Nordeste=25,2% e Norte=23,6%.

Em contraste, a proporção de escolas abordando esse tema no âmbito dos anos iniciais do ensino fundamental nas diferentes regiões se localizou mais próxima da média nacional, variando os percentuais de 39,4 (região Sudeste) e 47,7% (região Norte). Essa inversão do gradiente de frequências, em comparação com os anos finais do ensino fundamental, tinha sido constatada para o tema *Gravidez na Adolescência*, sendo que ambos os tópicos seriam mais abordados nos anos iniciais do ensino fundamental na região Norte.

O envolvimento dos alunos de ensino médio, de forma semelhante aos outros temas, foi, em geral, menos freqüente que nos anos finais do ensino fundamental. Houve variações importantes entre as regiões do país, pois enquanto apenas 7,0% a 8,1% das escolas nas regiões Nordeste e Norte abordavam o tema *Drogas* nesse nível de ensino, as restantes regiões o faziam com maior freqüência: Sul=13,1%; Sudeste=15,7% e Centro-Oeste=19,3%.

Na abordagem do tema junto a professores, as maiores frequências foram relatadas nas escolas do Centro-Oeste e Sudeste (43,6% e 41,7%, respectivamente), situando-se as restantes regiões entre 35,1% e 38,9%.

Profissionais responsáveis

A transmissão/facilitação de conteúdos relacionados ao tema *Drogas* no país foi levada a cabo predominantemente por profissionais da educação capacitados (28,0%) e por profissionais da mesma área sem treinamento prévio (25,4%). Em 19,0% das escolas houve a participação de profissionais da saúde de nível superior e em 11,2% de profissionais de saúde de nível médio (Figura 12). Apesar de ser menos freqüente (7,1%), a participação de membros de organizações da sociedade civil em atividades relacionadas ao tema *Drogas*, a mesma foi maior que nos outros temas da mesma forma que o envolvimento de outros profissionais (16,0%). Novamente, a participação de pares treinados ou multiplicadores foi escassa (4,0%).

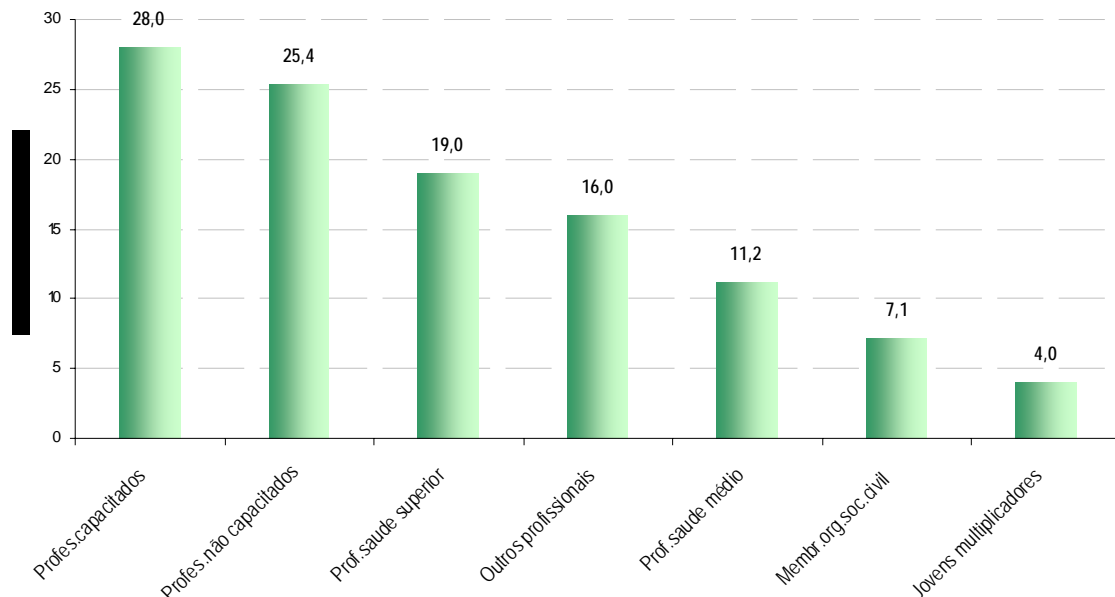


Figura 12. Proporção de escolas envolvidas nas atividades do tema *Drogas*, segundo profissionais responsáveis. Censo Escolar, Brasil, 2005.

Houve assimetrias entre as regiões quanto à utilização de recursos humanos da educação capacitados bem como de saúde – níveis superior e médio e membros da sociedade civil, em relação ao tema *Drogas*. Com respeito a essas quatro categorias, a região Centro-Oeste destacou-se das demais (39,8%, 29,0%, 14,7% e 12,4%, respectivamente), situando-se acima das médias nacionais: 28,0%, 19,0%, 11,2% e 7,1%, respectivamente. Os estados onde os professores treinados foram os responsáveis pelas atividades relacionadas às drogas com maior freqüência foram: Mato Grosso (45,9%) e DF (40,5%). Além dos acima mencionados, alguns estados relataram proporções maiores a 30% das escolas com profissionais capacitados no tema *Drogas*: Ceará, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

De modo semelhante ao acontecido com outros temas, as regiões Norte e Nordeste apresentaram percentuais maiores de participação de profissionais da educação não-capacitados sobre *Drogas* (32,6% e 30,0%, respectivamente), sendo tais percentuais maiores que nas demais regiões: Sudeste=21,8%, Centro-Oeste=17,9% e Sul=15,5%.

Periodicidade das atividades

Quanto à periodicidade da execução de atividades relacionadas ao tema *Drogas* nas escolas do país, de forma semelhante ao observado com os temas anteriores, houve predomínio da frequência semestral (28,3%), seguida de atividades mensais (20,9%), anuais (12,5%) e semanais (7,0%). Não houve grandes discrepâncias entre as regiões em relação à periodicidade de realização de atividades relacionadas ao tema *Drogas*. Apenas nas regiões Norte e Nordeste houve uma menor frequência de atividades semanais em relação esse tópico (6,6% e 4,3%, respectivamente), sendo que nas restantes regiões tais percentuais variaram de 8,6% e 9,7%, sendo este último correspondente à região sul, onde é maior a prevalência de uso de droga injetável.

Número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades

Foi apurado o número de profissionais envolvidos e de alunos cobertos pelas atividades relacionadas ao tema de *Drogas*. No país, 863.025 profissionais da educação estavam envolvidos na transmissão desses conteúdos. O maior número (325.509, correspondente a 37,7%) era de escolas da região Sudeste, enquanto o segundo maior contingente correspondeu à região Nordeste (247.700; 28,7%). Tal proporção correspondeu a 16,2% na região Sul, 10,1% na região Norte e 7,2% no Centro-Oeste.

O número de alunos envolvidos ou cobertos pelas atividades relacionadas ao tema *Drogas* correspondeu a 19.331.735 no país. O maior contingente correspondeu à macrorregião Sudeste (7.558.906 alunos; 39,0%), seguida da região Nordeste (5.548.715; 28,7%), Sul (3.088.844 alunos; 16,0%), Norte (1.725.387 alunos; 8,9%) e região Centro-Oeste (1.409.883 alunos; 7,3%). Tais percentuais são semelhantes aos correspondentes à distribuição dos profissionais responsáveis segundo a macrorregião geográfica.

A razão de profissionais para alunos cobertos foi de 1:22 no país, mostrando poucas variações nas regiões (1:20 na região Norte, 1:22 no Nordeste e Sul, 1:23 no Centro-Oeste e Sudeste).

DISCUSSÃO

O Censo Escolar mostra um Brasil heterogêneo e desigual na forma em que as ações de promoção à saúde são desenvolvidas no âmbito escolar. Progresso importante significa a abrangência de ações educativas em saúde que ocorrem nos espaços escolares, aumentando substancialmente a cobertura em todo o território nacional. Entretanto, apesar desse fato ser considerado otimista, cabe ainda sinalizar para o esforço redobrado que o projeto de prevenção à saúde nas escolas requer para que essa instituição possa ser, em sua plenitude, um espaço de mudança das práticas sociais na perspectiva integral da promoção da saúde.

Do ponto de vista regional, são notáveis as diferenças entre o Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e o Sul que, somadas a outras características estruturais, reafirmam as iniquidades sociais e configuram as identidades diferenciadas que permeiam a história do País. Ressalta-se, porém, que as diferenças entre os jovens não se esgotam apenas nas configurações geográficas do país que habitam. Elas extrapolam a geografia e dão vazão nas formas desiguais de acesso dos jovens ao mundo educativo, às práticas recreativas, ao mundo do trabalho, aos esportes e a tantas outras dimensões que conformam a vida em sociedade e as características próprias dessa faixa etária, revelando as grandes desigualdades econômicas e sociais sobre as quais se estrutura a população jovem brasileira (Instituto de Cidadania 2004; Caccia-Bava *et al.*, 2004).

Com relação à qualidade da educação os dados do Censo Escolar mostram a disparidade das diferenças regionais e os possíveis efeitos que podem marcar a trajetória acadêmica dos alunos nas diversas regiões. Outros estudos apontam as disparidades encontradas nos indicadores de rendimento do sistema educacional, por exemplo, na relação idade/série o que pode ser associado ao fenômeno do abandono e da evasão escolar (Araújo e Luzio, 2004).

Com relação à situação nas áreas rurais outros estudos com dados do Censo Escolar de referentes a anos anteriores, mostram que nessas áreas constata-se mais precariedade da capacidade instalada para o processo educativo. Entretanto, verifica-se que ao longo da última década os índices apresentam melhorias substantivas. Provavelmente incidem nessa situação o fato que, desde a década de 90, o Brasil vem incorporando os acordos internacionais para alcançar a meta de educação para todos, em que indicadores tais como equidade territorial, de gênero, étnica e a partir da faixa etária, junto com os processos de qualidade, que incluem variáveis como formação dos docentes, conteúdos programáticos, métodos de ensino-aprendizagem e aspectos relacionados com a gestão dos processos educativos, são essenciais para aferir a qualidade da educação (Haddad e Di Pierro 1999; Di Pierro, 2003).

Como já começou a ser realizado no âmbito da educação superior, a relação universalização/eqüidade merece ser vista com atenção. No Brasil vem aumentando o número de matrículas do setor educação, mas isso não significa que a qualidade da educação acompanhe essa mesma tendência, sendo necessário que os grupos étnicos indígenas e a população afro-descendente possa ser incorporados em políticas afirmativas que diminuam o hiato de acesso a uma educação com qualidade (Di Pierro, 2003).

Os grandes desafios não estão em fazer que crianças e jovens ocupem os bancos escolares, mas em garantir que sua presença nas escolas seja efetivamente um processo formador, integral, capaz de dotar aos indivíduos de ferramentas técnicas e de desenvolvimento humano para a vida em sociedade, o mercado de trabalho e o desenvolvimento de habilidades (Schwartzman, 2005).

Uma das principais evidências dos dados brindados pelo censo é a polifonia do termo promoção da saúde. Foram identificadas diferentes concepções sobre o que venham a ser promoção da saúde, prevenção da saúde e, também, se registraram maneiras distintas como as práticas de saúde são realizadas na escola. Conforme indica Pereira (2003), a noção de práticas de saúde na escola não apenas se refere aos conteúdos desenvolvidos junto aos alunos, mas também envolve o processo de educação continuada dos professores responsáveis. Nessa perspectiva se favorece uma visão que concilia a dimensão da saúde e da educação como aspectos inerentes ao desenvolvimento humano e intelectual e a formação da cidadania. De tal modo que a educação continuada é vista como direito e transcende o tempo escolar propriamente dito (Collares *et al.*, 1999). Ainda, poderia ser dito que as ações de prevenção à saúde na escola se inserem em um campo transdisciplinar mais amplo, alinhavado pela saúde coletiva, onde se favorece a articulação das diversas práticas sociais para o enfrentamento dos problemas de saúde e a renovação da responsabilidade estatal na ampliação dos serviços de saúde (Paim e Almeida Filho, 1998).

As informações analisadas apontam que as estratégias de ensino utilizadas nas escolas brasileiras têm abordagens metodológicas diferenciadas e preconizam diversos conteúdos. Uma prática bastante freqüente é a estratégia informativa, por meio da transmissão de conhecimentos e outra, mais complexa que, além da transmissão, preconiza transformações. Ou seja, uma visão na qual os conhecimentos são vistos como alavanca para a mudança comportamental.

Ayres e Mesquita (2003) reconhecem a existência de dois modelos na prevenção de aids com jovens: o modelo da informação e o modelo que focaliza a vulnerabilidade, incluindo nesse segundo as condições sociais, econômicas e culturais em que os jovens estão inseridos e as valorações morais que os circundam. Observa-se que embora sujeitas a

intervenções, as questões culturais têm uma relativa autonomia nas políticas públicas e as mudanças se realizam em prazos mais longos. Os processos de mudança de comportamento não refletem mecanicamente a disponibilidade de conhecimentos.

Contudo não deve ser desconsiderado o tipo de estratégias utilizadas no processo formativo dos escolares. As palestras continuam a ter uma alta frequência, porém, são consideradas insuficientes para a efetiva realização de sexo seguro entre os alunos (Paiva, 2006). A participação de adolescentes e jovens em oficinas com abordagens mais integras e outras modalidades de formação evidencia ter um potencial transformador mais consistente (Ayres e Mesquita, 2003; Díaz e Mello, 2005).

Ainda na perspectiva metodológica, é importante reconhecer que as escolas avançaram na abrangência e na frequência nas experiências educativas de promoção e prevenção à saúde. Entretanto, ainda é muito forte a visão unidisciplinar e a primazia de conteúdos disciplinares que correspondem a uma disciplina, como também já constatado por outros autores (Ayres e Mesquita, 2003).

Por outro lado, os conteúdos sobre HIV/aids são uma janela para o tratamento de temas afins sem os quais parece impossível pensar numa abordagem adequada das questões relacionadas ao HIV/aids, tais como identidade sexual, orientação sexual, exercício da sexualidade, opção sexual, formas de concepção do corpo, homofobia, sexismo, racismo e outras (Merchán-Hamann, 1999; Paiva *et al.*, 2006). A incorporação da noção de vulnerabilidade inclui as dimensões individual, social e institucional, e enriquece a discussão sobre tais temas (Mann e Tarantola, 1997; Ayres e Mesquita, 2003). Além disso, a noção de vulnerabilidade implica no reconhecimento da percepção da situação relacional em que os sujeitos sociais se posicionam com relação à mesma e destaca-se, crescentemente, como elemento decisivo na busca de uma ação mais eficiente no espaço escolar (Díaz Bermúdez, 2005).

As relações de gênero, isto é a compreensão do feminino e do masculino numa dimensão social e cultural, por meio da qual se orienta o comportamento e se dá sentido à realidade, opera como um mediador simbólico e participa dos processos cognitivos dos homens e das mulheres (Bem, 2006). No cenário revelado pelos dados deste estudo mostra-se, como também evidenciado em alguns outros estudos, que as moças e os rapazes apresentam diferenças na forma como se aproximam do tema da sexualidade. A iniciação sexual das meninas ocorre com a idéia de um parceiro fixo, o que não ocorre da mesma maneira entre os rapazes. Pesquisa realizada com jovens escolares de São Paulo encontrou que as mulheres associam mais o amor ao sexo que os homens, o que não deixa de ser uma atitude relacionada com a condição de gênero (Antunes *et al.*, 2002).

A gravidez na adolescência é um tema complexo e que traz repercussões diretas na vida escolar de moças e rapazes que se tornam pais durante a vida escolar. Vários autores têm refletido sobre assunto e sobre a necessidade de compreender esse fenômeno a partir do significado que a gravidez tenha para os adolescentes, tentando equacionar em uma nova dimensão do conceito de idade e dos papéis sociais atribuídos para os jovens. Todavia é bom lembrar que as práticas sociais e as formas de iniciação sexual dos adolescentes estão marcadas por diferenças de gênero, de classe e pelas diferenças regionais no país (Heilborn 1998; Ferraz e Ferreira, 1998).

Outro assunto que requer ser visto com atenção diz respeito ao sentido que são dadas as práticas sexuais. A literatura tanto no Brasil quanto em alguns outros países é indicativa de que não basta a transmissão de informações sobre sexo seguro e proteção, complementarmente, precisa ser compreendido o sentido dado às práticas sexuais e à dinâmica das relações afetivas entre os jovens (Antunes *et al.*, 2002; Apostolidis, 1994; Chor, 1999). Mesmo sucintamente, é importante destacar que a saúde sexual e reprodutiva está constituída por um campo no qual se cruzam aspectos biológicos característicos do ser humano com a influência determinante de fatores sociais e culturais dos diversos grupos e de suas condições de vida. A saúde sexual e reprodutiva promove que as mulheres tenham acesso ao conjunto de técnicas, de métodos e de serviços que contribuam para a melhoria de sua saúde. Portanto, a saúde reprodutiva não se esgota na disponibilidade de técnicas e métodos de regulação da fecundidade, mas envolve um conceito mais abrangente que passa pelas diversas formas de vida, diversas concepções da sexualidade, pelo planejamento familiar e pela prevenção de doenças ginecológicas como câncer cervical e de mama e outros aspectos relacionados com a saúde materno-infantil. Esses temas com suas respectivas adequações à faixa etária precisam ser abordados com seriedade nos espaços escolares.

Todavia, é importante resgatar o fato de que é relativamente recente o surgimento de abordagens que consideram a saúde sexual e reprodutiva como um direito humano, e mais ainda, favorecendo que as tecnologias disponíveis para o exercício da sexualidade e da reprodução humana sejam usufruídas pela maioria das mulheres em idade reprodutiva. A concepção da saúde sexual e reprodutiva como direito está estreitamente vinculada com a capacidade de fornecer aos homens e as mulheres, possibilidades e instrumentos que lhes permitam tomar decisões autônomas com relação à sua vida sexual e reprodutiva e ao exercício de práticas de sexo seguro sem discriminação. De tal forma que adotar esse tipo de abordagem implica reconhecimento da complexidade de elementos que intercedem na experiência sexual tais como aspectos afetivos, emocionais, físicos, psicológicos, culturais, de orientação sexual e outros, componentes essenciais para a vivência de uma sexualidade satisfatória e com menos riscos.

O preenchimento adequado do tempo dos jovens e dos adolescentes tem sido uma preocupação das ações de prevenção ao consumo de drogas. No seu trabalho com jovens de todo o país Carvalho e Carlini-Cotrim (1992) encontraram que mais do que uso do tempo, as ações programáticas de prevenção do uso de drogas precisam apontar para a qualidade dessas ações e os valores e padrões morais que subjazem à prática social.

Paralelamente, a preocupação com a formação dos recursos humanos teve importante freqüência nos dados do censo, conforme também mostram outras análises (Pereira, 2003; Paiva *et al.*, 2006). A questão que aqui se coloca não diz respeito apenas às lacunas na formação dos professores, mas às metodologias de ensino-aprendizagem dispensadas nas escolas. A literatura produzida neste campo é indicadora da necessidade de se adotar práticas educativas que privilegiem uma interação com os alunos e que partam do reconhecimento de suas próprias experiências nas possibilidades de gerar conhecimentos. As metodologias problematizadoras que organizam a construção de conhecimentos a partir de problemas concretos da vida são oportunas ferramentas para tratar dos temas de saúde na escola.

Nesse conjunto de reflexões trazidas pelos dados do censo, aponta-se a relevância para que a escola se debruce na constituição de espaços coletivos que permitam a criação de oportunidades de discussão de temas considerados culturalmente difíceis de abordar como a sexualidade, o uso de drogas e outros. Embora os índices de conhecimento para os insumos de prevenção sejam altos, o uso dos mesmos não condiz o que se percebe na realidade. Por exemplo, um estudo relata que a população das escolas diurnas e noturnas em São Paulo, que informa ter tido relações sexuais é de 86%, sendo que o uso consistente do preservativo entre os que declaram fazer sexo com parceiros regulares é de apenas 33% (Antunes *et al.*, 2002).

CONCLUSÕES

Os dados aqui analisados permitem aferir que existe hoje no Brasil uma política vigorosa de promoção à saúde no âmbito das escolas, caracterizada pela constituição de uma massa crítica de professores estimulados a desenvolver conteúdos sobre a importância de transmitir aos alunos informações adequadas sobre a saúde e a sexualidade. A maneira de implementar essas ações mostra a diversidade que caracteriza ao País em termos regionais, sociais e culturais, imprimindo lógicas e recursos diferentes que se entrelaçam com os contextos locais. Nesses termos é possível dizer que se avança na proposta de estabelecer um diálogo entre elementos de prevenção à saúde, de sexualidade e de novos enfoques para a saúde.

As pertinentes críticas de alguns autores para o fato de ver a escola como um conjunto de espaços homogêneos e, portanto, desprovidos da necessária problematização da mesma como locus de práticas sociais, parece estar sendo contornado com os esforços que qualificam professores e alunos nesses temas. Contribuem a essa tendência a mobilização da sociedade com relação à epidemia de HIV/aids e o aumento da gravidez entre as adolescentes. Fonseca (2002) destaca que já no ano de 1993, segundo pesquisa em dez capitais brasileiras, 86% da população concordava com incluir a educação sexual nos currículos escolares.

Entretanto, apesar de capitalizar avanços substanciais no campo da articulação de temas da saúde e da educação dirigidos à população escolar, observa-se a necessidade de focalizar para algumas lacunas que podem melhorar a ação do estado nessa empreitada. Cabe salientar a melhor articulação dos professores no âmbito municipal para gerar programas e ações mais integradas. Embora em termos numéricos as ações de saúde na escola alcancem cifras animadoras, a qualidade e a frequência com que se realizam precisam focalizadas com maior atenção. Parece recomendável que as ações não tenham descontinuidade no calendário acadêmico, estendo-as no tempo escolar. Também não parece ser suficiente que esses temas sejam objeto apenas de ocasiões especiais, mas perpassem a atividade de ensino-aprendizagem ao longo do ciclo escolar. Embora esses achados sejam positivos, a análise dos dados do censo indica que ainda são fortes as restrições vindas de professores, diretores de escola e pais de família sobre a pertinência de abordar temas relacionados com sexualidade, drogas, e DST/aids nesses espaços. Temas complexos e polêmicos são constantes ao longo de todo o século XX no debate nacional associado ao papel do Estado e as narrativas do discurso médico e sanitário (Rios *et al.*, 2002).

Como visto nos resultados, alguns estabelecimentos escolares alegam a falta de atividades de promoção à saúde porque essas não estão contidas no plano pedagógico. Ao não estarem contempladas no projeto pedagógico da escola, elas passam a ser invisíveis e desconsideradas de importância, contribuindo para que as instituições se omitam no que seria uma formação integral das crianças, adolescentes e jovens. Numerosos estudos reconhecem o papel transformador da escola e seu papel na educação em saúde, sobretudo a partir da promulgação dos parâmetros curriculares, que definem a saúde como tema transversal na escola.

Essa tendência se apresenta mais estruturada na pedagogia problematizadora, que percebe a educação como um recurso de transformação social e reconhece o papel da dimensão subjetiva na construção do conhecimento. Isto é, a recuperação das experiências individuais na interpretação da realidade, socialmente constituída (Pereira 2003, Collares *et al* 1999). Por outro lado, esse fato pode ser visto como expressão das relações verticalizadas da escola no contexto das relações interinstitucionais no plano da cultura organizacional que caracteriza ao país. Nesse sentido, cabe se perguntar se as escolas cumprem apenas com o aquilo que está normatizado sem se permitir inovar, ousar e ser criativos no processo de ensino-aprendizagem.

As informações trazidas pelo Censo Escolar confirmam a importância da vida social na escola. A escola, com suas estratégias programáticas, suas aulas e seus muros não são alheios às afinidades, conflitos e dilemas com os quais os jovens brasileiros se defrontam ao longo dos anos que convivem nos espaços escolares, nem aos grandes debates da contemporaneidade. É nesse mapa diferenciado dos recintos pedagógicos onde alunos e professores constroem, reflexionam e questionam valores culturais, onde se dá vazão à criatividade e se forjam identidades, onde se cultiva o pensamento crítico. Por isso, a escola torna-se lugar essencial para a reprodução de saberes e ideologias e, ao mesmo tempo, para a transformação de valores e a demarcação de novos papéis individuais, coletivos e que favoreçam o crescimento humano mais integral.

A escola precisa ser vista como lugar para o exercício da cidadania, do reconhecimento da democracia e dos direitos humanos. A escola é fórum para a expressão das diferenças dos educandos e dos educadores, das famílias e comunidades, da diversidade de conteúdos e dos métodos de ensino-aprendizagem adotados. Em suma, a escola é lugar para abrigar pensamentos e tendências daqueles que são seus principais protagonistas: docentes e alunos. Cabe à escola contribuir para uma das metas traçadas pela Declaração das Nações Unidas sobre HIV e Aids – UNGASS, que convoca a todas as lideranças a participar do esforço pelo controle da epidemia de HIV/aids nos países e a responder criativamente a um dos principais desafios do mundo contemporâneo (Díaz Bermúdez &

Seffner 2006).

Para finalizar, há de se dizer que os dados aqui apresentados mostram que os jovens brasileiros e os professores que percorrem as salas de aulas buscam ser atores de seu tempo. Contribuem com iniciativas e têm um papel ativo no enfrentamento de questões tão sensíveis como a promoção da saúde e a criação de ambientes escolares saudáveis. Entretanto, os desafios ainda são complexos. As barreiras do estigma não foram quebradas, o preconceito e a dificuldade para tratar temas de saúde e sexualidade ainda são ostensivelmente vigorosos. Os vácuos na formação de recursos humanos e na constituição de equipes multidisciplinares demandam um investimento mais aprimorado. A final de contas, não há de se esquecer que, simbolicamente, a escola torna-se representativa da sociedade que construímos e do país que habitamos.

REFERÊNCIAS

Antunes MC, Peres AC, Paiva V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo SP. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4):88-95.

Apostolidis T. Représentations sociales de la sexualité et du lien affectif: la logique relationnelle des comportements sexuels. In *Connaissances, Représentations et Comportements*. Paris : ANRS; p. 77-85, 1994.

Araújo CH, Luzio N. Educação e desigualdades regionais. www.inep.gov.br 01 setembro, 2004.

Ayres JR, Mesquita C. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface Comunicação, Saúde Educação*. 2002; (6)11: 11-24.

Ayres JR *et al.* Adolescência e aids : avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface Comunicação, Saúde Educação*. 2003 ;(6) 11:113 -128.

Ben AD. Sexuation psychologique et représentations sociales dans un context culturel en transition. *Psychologie & Societé*. Aix-em Provence: 2006; 9 (5)II: 139-167.

Berquó E. Prefacio In Castro M, Abramovay M Da Silva LB. *Juventudes e sexualidades*. Ministério da Educação, Ministério da Saúde, UNESCO. Brasília, agosto, 2004, pg. 19-21.

Berquó E. Comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/aids 2004-2005. CEBRAP/ PN/DST/Aids Brasília: 2005.

Caccia-Bava A; Pampos C F; Gonzáles C. Y. *Jovens na América Latina*. São Paulo: Escrituras e CEBRIJ; 2004.

Carvalho V, Carlini-Cotrim B. Atividades extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas : uma questão polêmica. *Revista de Saúde Pública* junho 1992;(26)3:145-149.

Castra D. La psychologie sociale e lê temple scolaire. *Psychologie & Societé*. Aix-em Provence, 2006;9 (5)II:7-12.

Castro M, Abramovay M Da Silva LB. Juventudes e sexualidades. Ministério da Educação, Ministério da Saúde, UNESCO. Brasília, agosto, 2004.

Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad de Saúde Pública abril/junho 1999;(15)2:423-425.

Collares CAL, Moyse MAA, Geraldi J. Educação continuada: a política das descontinuidade. Educ. Soc. 1999;(20)68:202-219.

Díaz-Bermúdez XP, Seffner F. Liderança Brasileira à luz da declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da UGASS. Rev. Saúde Pública 2006;40(Supl): 101-108.

Díaz M & Mello M. Resultado de três programas de educação sexual e cidadania sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos de adolescentes brasileiros. Cadernos de Saúde Pública 2005;(21)2: 589-597.

Di Pierro MC. Seis anos de educação de jovens e adultos no Brasil: os compromissos e a realidade. São Paulo: Ação Educativa, 2003.

Ferraz EA, Ferreira IQ. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. Seminário Gravidez na Adolescência, Brasília: Ministério da Saúde; 1998. p 47-54.

Fonseca A. Prevenção às DST/aids no ambiente escolar. Interface Comunicação Saúde Educação. 2002;(6)11:71-88.

Kuper A. Cultura a visão dos antropólogos. São Paulo: EDUSC; 2002.

Mann J, Tarantola DJM. From epidemiology to vulnerability, to human rights. In : Mann J e Tarantola DJM. editores. AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses. New York: Oxford University Press; p. 427-462, 1998.

Merchán-Hamann E. Os recursos da educação para a saúde na prevenção do HIV/aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. Cad. Saúde Pública 1999; (15):85-92.

Haddad S, Di Pierro MC. Satisfação das necessidades básicas de aprendizagem de jovens e adultos no Brasil: contribuições para uma avaliação da década da educação para todos. São Paulo: Ação Educativa, 1999.

Heilborn ML. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. Seminário Gravidez na Adolescência, Brasília: Ministério da Saúde; 1998 p. 23-32.

Instituto de Cidadania. Projeto Juventude, Documento de Conclusão. São Paulo:2004.

Ministério da Saúde. Revista Resposta + 2005 Experiências do Programa Brasileiro de Aids. Brasília: 2005.

Ministério da Educação <http://portal.mec.gov.br/> acessado em 03 de março, 2007.

Ministério da Educação. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: 1998.

Ministério da Educação e INEP. Resultados do Censo Escolar 2005. Brasília, junho 2006.

Paim J Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas. Rev. Saúde Pública 1988; (32)04:299-316.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV/aids no Brasil. Revista Saúde Pública 2006;(40)0: 109-119.

Pastorelli I. Entendendo ao estatuto da criança e do adolescente. In Adolescentes, Pensando Juntos. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2003.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa. Cad. Saúde Pública 2003;(19)5:1527-1534.

Rios LF, Pimenta C, Brito I. *et al.* Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Cad CEDES 2002;(22)57: 45-61.

Schwartzman S. Os desafios da educação no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2005.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Programa Saúde e Prevenção nas escolas. A experiência de Curitiba. Curitiba: 2005.