



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura

Edições
UNESCO

Educação e HIV

Evolução e perspectivas

EDUCAÇÃO EM MOVIMENTO



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura

Edições
UNESCO

Educação e HIV

Evolução e perspectivas

Publicado em 2016 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 7, Place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, França, e Representação da UNESCO no Brasil.

© UNESCO 2016



Esta publicação está disponível em acesso livre ao abrigo da licença Atribuição-Partilha 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>). Ao utilizar o conteúdo da presente publicação, os usuários aceitam os termos de uso do Repositório UNESCO de acesso livre (<http://unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>).

Título original: *Charting the Course of Education and HIV*, publicado em 2014 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da UNESCO a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades, tampouco da delimitação de suas fronteiras ou limites.

As ideias e opiniões expressas nesta publicação são as dos autores e não refletem obrigatoriamente as da UNESCO nem comprometem a Organização.

Foto da capa: Corinne Hayworth

Desenho da capa: Peter Jurik / Panther Media / GraphicObsession

Projeto gráfico e impressão: UNESCO

Créditos da versão em português:

Coordenação: Setor de Educação da Representação da UNESCO no Brasil

Revisão técnica: Mariana Braga Alves de Souza, Setor de Educação da Representação da UNESCO no Brasil

Tradução: Patrícia Ozório

Revisão e diagramação: Unidade de Comunicação, Informação Pública e Publicações

Educação e HIV: evolução e perspectivas. – Brasília : UNESCO, 2016.
188 p. – (Educação em movimento).

Incl. Bibl.

Título original: *Charting the Course of Education and HIV*

ISBN: 978-85-7652-206-5

1. Educação em AIDS 2. Sistemas educacionais 3. Avaliação educacional
4. Tendências educacionais I. UNESCO

Esclarecimento: a UNESCO mantém, no cerne de suas prioridades, a promoção da igualdade de gênero, em todas suas atividades e ações. Devido à especificidade da língua portuguesa, adotam-se, nesta publicação, os termos no gênero masculino, para facilitar a leitura, considerando muitas menções ao longo do texto. Assim, embora alguns termos sejam grafados no masculino, eles referem-se igualmente ao gênero feminino.

Impresso no Brasil

Lista de siglas

AAU	<i>Association of African Universities</i> (Associação das Universidades Africanas)
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ADEA	<i>Association for the Development of Education in Africa</i> (Associação para o Desenvolvimento da Educação na África)
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CUE	<i>Center for Universal Education</i> (Centro para Educação Universal)
DFID	<i>Department for International Development</i> (Departamento para o Desenvolvimento Internacional – Reino Unido)
DHS	<i>Demographic and Health Survey</i> (Pesquisa sobre demografia e saúde)
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> (Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças)
ECG	Educação para a cidadania global
EduCan	<i>Education Sector HIV and AIDS Coordinator Network</i> (Rede de Coordenação em HIV e Aids do Setor da Educação)
EMIS	<i>Education Management Information System</i> (Sistema de Informação sobre a Gestão da Educação)
EPT	Educação para Todos
ESA	<i>East and South Africa</i> (Leste e Sul da África)
ETIA	Equipe Tarefa Inter-Agências sobre Educação
FRESH	<i>Focusing Resources on Effective School Health</i> (Direcionando Recursos para a Saúde Escolar Efetiva)
FTI	<i>Fast Track Initiative</i> (Iniciativa <i>Fast Track</i>)
GARPR	<i>Global AIDS Response Progress Reporting</i> (Relatório de Progresso na Resposta Global à Aids)
GEFI	<i>Global Education First Initiative</i> (Iniciativa Global Educação em Primeiro Lugar)
GPS	<i>UNAIDS IATT on Education, 2011-2012 Global Progress Survey</i> (ETIA do UNAIDS sobre Educação, Pesquisa Global de Progresso 2011-2012)
GRS	<i>Global Readiness Survey</i> (Pesquisa Global de Prontidão)
GSHS	<i>Global School Health Survey</i> (Pesquisa Global sobre Saúde Escolar)
HAART	<i>Highly active antiretroviral therapy</i> (Terapia antirretroviral altamente ativa)
HAICU	<i>University of Cape Town HIV/AIDS Institutional Co-ordination UNIT</i> (Unidade de Coordenação Institucional de HIV/Aids da Universidade de Cape Town)
HFLE	<i>Health na Family Life Education</i> (Educação em Saúde e para a Vida Familiar)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBE	<i>International Bureau of Education</i> (Bureau Internacional de Educação)
ICASA	<i>International Conference on AIDS and STIs in Africa</i> (Conferência Internacional sobre Aids e IST na África)
IIEP	<i>International Institute for Educational Planning</i> (Instituto Internacional de Planejamento da Educação)

iPrEx	<i>Pre-exposure Prophylaxis Initiative</i> (Iniciativa de quimioprofilaxia)
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i> (Federação Internacional de Planejamento Familiar)
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IUHPE	<i>International Union for Health Promotion and Education</i> (União Internacional para a Promoção da Saúde e da Educação)
LMTF	<i>Learning Metrics Task Force</i> (Força Tarefa de Medição de Aprendizado)
LSE	<i>Life Skills Education</i> (Educação em Habilidades para a Vida)
MAP	<i>Multi-Country HIV/AIDS Programme for Africa</i> (Programa Internacional de HIV/Aids para a África)
M&A	Monitoramento e avaliação
MERG	<i>UNAIDS Monitoring and Evaluation Reference Group</i> (Grupo de Referência em Monitoramento e Avaliação do UNAIDS)
NCPI	<i>National Commitments and Policy Instruments</i> (Instrumento de Políticas e Compromissos Nacionais)
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU Mulheres	Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> (Plano de Emergência do Presidente para o Combate à Aids)
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RMG EPT	Relatório de Monitoramento Global da Educação para Todos
SACMEQ	<i>Southern and East Africa Consortium for Monitoring Educational Quality</i> (Consórcio do Sul e Leste da África para Monitoramento da Qualidade da Educação)
SERAT	<i>Sexuality Education Review and Assessment Tool</i> (Ferramenta de Revisão e Avaliação da Educação em Sexualidade)
SIECUS	<i>Sexuality Information and Education Council of the United States</i> (Conselho de Informação e Educação em Sexualidade dos Estados Unidos)
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TVET	<i>Technical and vocational education and training</i> (Educação e treinamento técnico e profissional)
UIS	<i>UNESCO Institute of Statistics</i> (Instituto de Estatística da UNESCO)
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNCSD	<i>United Nations Conference on Sustainable Development</i> (Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável)
UNDESA	<i>United Nations Department of Economic and Social Affairs</i> (Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais)
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS</i> (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
VBG	Violência baseada em gênero

Lista de quadros e figuras

Quadro 1:	Copatrocinadores do UNAIDS	45
Quadro 2:	Educação e principais eventos relacionados ao HIV	47
Quadro 3:	A evolução do papel da UNESCO na resposta do setor de educação	50
Quadro 4:	Condições necessárias para uma resposta eficaz do setor de educação ao HIV	53
Quadro 5:	EDUCAIDS	57
Quadro 6:	Respostas aos NCPI do UNAIDS	58
Quadro 7:	Educação em habilidades para a vida	59
Quadro 8:	A resposta do setor de educação no Caribe	65
Quadro 9:	Integração do HIV ao currículo	71
Quadro 10:	Contexto político na região Ásia-Pacífico	92
Quadro 11:	O combate à discriminação no Leste da Europa e na Ásia Central	95
Quadro 12:	Coleta de dados sobre populações-chave de jovens no Camboja	107
Quadro 13:	Impacto do apoio do Fundo Global para o setor de educação	113
Quadro 14:	Marco de Investimentos	117
Quadro 15:	Metas internacionais da educação (EPT e ODM)	132
Quadro 16:	Dez ações-chave da GEFI	134
Quadro 17:	Conclusões e recomendações do estudo da UNESCO sobre custo e custo-efetividade da educação em sexualidade	145
Quadro 18:	Fatores que contribuem para a promoção eficaz da saúde escolar	160
Figura 1:	Características de uma educação em HIV eficaz	20
Figura 2:	Inclusão da educação em HIV e em sexualidade no currículo dos 39 países da GPS	93

SUMÁRIO

Prefácio	9
Educação e HIV: para onde, a partir de onde?	11
Capítulo 1. A evolução da resposta	27
O papel do setor de educação na resposta ao HIV	28
Teorias que embasam a educação em HIV	35
Perspectivas em progresso.....	38
Transformações no contexto global.....	44
Mudanças na resposta do setor de educação para o HIV.....	49
A resposta atual do setor de educação.....	55
Capítulo 2. Desafios e debates atuais	63
Qualidade e implementação deficientes.....	64
Ponto de vista: Ensinar sobre o HIV na escola – o elo perdido?	81
Educação em sexualidade em países com epidemias de nível baixo e epidemias concentradas	90
Ponto de vista: Educação superior – ainda em luta com a realidade do HIV.....	101
Fragilidades do sistema e subfinanciamento.....	111
A educação no Marco de Investimentos do UNAIDS.....	115
Monitoramento da resposta do setor de educação ao HIV	120
Capítulo 3. Desenvolvimentos e oportunidades	131
Compromissos e metas globais	132
Desenvolvimentos que afetam o setor de educação.....	135
Garantir o financiamento para a educação e a educação em HIV	143
Capítulo 4. Rumo a uma nova abordagem	149
Adaptação a uma epidemia em mudança.....	150
Reformulação da educação em HIV	162
Pós-2015.....	173
Conclusão.....	178
Notas sobre os colaboradores.....	182
Glossário.....	186

Prefácio

Este livro faz parte da série “Educação em Movimento”, da UNESCO, elaborada para oferecer a formuladores de políticas, educadores e outras partes interessadas análises do estado da arte sobre temas da atualidade. Depois de mais de três décadas da epidemia de HIV, a educação em HIV e o papel do setor de educação em disponibilizá-la estão entre as questões contemporâneas que merecem ser examinadas.

Desde o início da epidemia até hoje, o setor de educação tem desempenhado um papel central na resposta global. O setor tem contribuído para a prevenção de novas infecções, apoiado testes, tratamento e cuidados, bem como reduzido o estigma e a discriminação tantas vezes vivenciados por aqueles que vivem com HIV ou aids, ou, ainda, por aqueles que são vulneráveis ao HIV. De acordo com o UNAIDS, as novas infecções pelo HIV entre adultos e crianças foram reduzidas em 33% entre 2001 e 2012 e as mortes relacionadas à aids também caíram em 30% em 2012 desde o pico, em 2005. A contribuição do setor de educação tem sido importante para essa conquista, mas o trabalho está longe de estar terminado.

Entre 2001 e 2012, apenas 26 países obtiveram sucesso na redução de 50% do número anual de novas infecções entre adultos e adolescentes. Muitos outros países não estão em um bom caminho para alcançar a meta acordada globalmente de reduzir pela metade a transmissão sexual do HIV até 2015. A isso podemos acrescentar que, com 2,3 milhões de novas infecções em 2012, o mundo tem um longo caminho a percorrer para garantir que cada nova geração de jovens tenha os conhecimentos, as atitudes e as habilidades para proteger a si e aos outros e, assim, ressaltar a importância de manter e melhorar os atuais esforços de prevenção.

Portanto, neste momento é fundamental refletir sobre o que aprendemos e como podemos capitalizar melhor nossos sucessos. O objetivo é redobrar os esforços no setor de educação para garantir intensa e contínua contribuição para a prevenção de novas infecções, assim como para a redução das mortes relacionadas à aids, e a redução do estigma e da discriminação.

Uma das lições mais importantes aprendidas ao longo das décadas de investimento neste campo é que a educação não trata apenas da aquisição das habilidades de leitura, escrita (*literacy skills*) e habilidades matemáticas

(*numeracy skills*). A educação pode transformar vidas. Ela tem a oportunidade de criar cidadãos focados nas questões globais, capazes de navegar e prosperar em seu ambiente, de tomar decisões saudáveis e de construir um mundo mais justo, inclusivo, seguro e sustentável.

Essa visão holística da educação estabelece mais claramente as conexões entre educação e saúde – dois setores indissociáveis, igualmente fundamentais para o desenvolvimento dos indivíduos e das nações. Um sem o outro condena a nação e seu povo à desolação.

Este livro analisa essas e muitas outras lições aprendidas com as intervenções de educação em HIV e destaca, entre elas, estratégias e abordagens que podem ser replicadas para tratar de outras questões de saúde e de vida e também apoiar o desenvolvimento de uma cidadania global.

Para isso, baseia-se na experiência e no conhecimento da equipe de trabalho da UNESCO nas regiões da América Latina e Caribe, África, Europa Oriental e Ásia Central, Oriente Médio e Norte da África, e Ásia e Pacífico, além de incluir contribuições de alguns dos principais estudiosos e agentes desse campo. A UNESCO agradece às contribuições e também pelo tempo e pelo esforço dedicados por nossos colaboradores externos, sra. Margherita Licata e sr. Oliver Liang, da OIT; dr. Rafael Mazin, da OPAS, e sr. David Clarke, consultor independente.



Prof. Dr. Qian Tang

Diretor-geral adjunto de Educação
UNESCO

Educação e HIV: para onde, a partir de onde?

O UNAIDS estima que existam 35,3 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, dos quais 2,3 milhões foram infectados em 2012.¹ Ainda que as novas infecções tenham caído 34% na África Subsaariana desde 2001, esta continua a ser a área mais afetada, respondendo por 70% de todas as novas infecções em 2012. Os jovens são particularmente afetados. Por exemplo, no Leste e Sul da África, 50 jovens são infectados a cada hora.² Em outras regiões, como as que abrangem o Leste da Europa e a Ásia Central ou o Oriente Médio e o Norte da África, as novas infecções estão subindo.³ Onze agências da ONU, incluindo a UNESCO, estão respondendo ao HIV como copatrocinadores do UNAIDS. A contribuição da UNESCO foca no papel fundamental da educação para a prevenção, o tratamento e cuidados relativos ao HIV, e na redução do estigma e da discriminação. Conforme o diretor executivo do UNAIDS declarou no lançamento da GEFI, em 27 de setembro de 2012, “Acabar com a aids é possível – e a educação é a chave para o sucesso”.

A educação em HIV apoia a prevenção, o tratamento e os cuidados (incluindo testagem), além de ajudar a lidar com o estigma e a discriminação. O conteúdo da educação em HIV deve refletir o contexto epidemiológico, por exemplo, a carga viral da doença e os modos de transmissão. Nesta publicação, o termo educação em HIV refere-se tanto ao HIV quanto à aids.

Esta publicação apresenta um panorama da evolução do papel do setor de educação e de suas abordagens para a educação em HIV: o que foi aprendido, quais foram os desafios e as oportunidades emergentes e também quais são os caminhos futuros. Seus temas incluem políticas e financiamento, formação de professores, conteúdo e execução da educação em HIV, além de monitoramento e medição. O papel do setor de educação na resposta ao HIV e a contribuição da educação em HIV nas escolas são questões que têm sido,

¹ UNAIDS. *2013 Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*. Genebra, 2013.

² UNESCO. *Young People Today: Time to Act Now; Why Adolescents and Young People Need Comprehensive Sexuality Education and Sexual and Reproductive Health Services in Eastern and Southern Africa*. Paris, 2013.

³ UNAIDS. *2013 Global Report*, 2013, op. cit.

e continuarão a ser, tema de muito debate. Dessa forma, o livro explora esses aspectos e propõe uma direção a ser seguida.

Os debates aqui abordados incluem a importância da pedagogia interativa para promover habilidades para a vida, em comparação com os métodos didáticos de ensino; a educação em sexualidade adequada à idade para evitar novas infecções pelo HIV, em oposição à moralização rígida de uma política de educação baseada unicamente na abstinência; e também o estabelecimento de limites para o papel da educação na promoção da mudança de comportamento. O objetivo desta obra é destacar a contribuição do setor de educação para a resposta ao HIV, bem como as principais lições aprendidas por esse setor como resultado da resposta ao HIV. Para isso, baseia-se em contribuições recebidas de funcionários da sede (em Paris), e dos escritórios de campo da UNESCO, de outras agências da ONU e também de acadêmicos, todos com ampla gama de experiências tanto em educação quanto em educação em HIV especificamente. Assim, pretende-se oferecer uma referência para formuladores de políticas, pesquisadores do HIV e da educação e profissionais dos setores da educação e da saúde.

Este volume irá abordar diversos aspectos da educação, incluindo a educação não formal, a educação secundária e a educação de adultos; nesse sentido, está centrado em abordagens formais baseadas na escola para a educação em HIV. Isso reflete a observação de que as escolas têm um papel particularmente relevante para alcançar grande número de jovens e que os programas de educação com base na escola têm sido eficazes no desenvolvimento tanto de atitudes saudáveis quanto de habilidades entre os jovens, além de basear-se na vantagem comparativa que a UNESCO possui de apoiar os ministérios de Educação. No entanto, como veremos mais adiante, a oferta de educação em HIV é desigual, com disparidades entre as regiões e também dentro dos países, além de não ser, muitas vezes, proporcional à incidência da epidemia. O foco na educação formal, especificamente na educação primária e secundária, resulta em parte do compromisso global de alcançar os objetivos da EPT, o que levou a um aumento no número de matrículas nas escolas primárias, bem como a um aumento projetado das matrículas na educação secundária. Essa tendência parece conservar-se ao longo da agenda de desenvolvimento pós-2015, uma vez que a educação continua a ser uma prioridade global. Esse aumento no número de matrículas exige que os setores nacionais de educação acelerem o ritmo e estejam prontos para responder à crescente demanda. Assim, o ensino formal permanece uma das formas mais eficazes de atingir o maior número de jovens de forma sistemática e sustentada.

Como contribuição para a série “Educação em movimento”, da UNESCO, este volume explora, em quatro capítulos, os temas, as abordagens e os debates relacionados à educação em HIV, com a prioridade principal de informar os profissionais que trabalham na educação. No entanto, em função da centralidade dessas questões no setor de saúde, espera-se que esta publicação também seja útil para profissionais dessa área. O HIV é um problema complexo para ser tratado pelo setor de educação; é também uma crise de saúde pública e um desafio para o desenvolvimento. Analisam-se questões sobre pedagogia, bem como sobre o papel da escola na vida sexual dos jovens e o papel da educação em contribuir para a mudança de comportamento. O Capítulo 1 descreve como a resposta evoluiu, ao discutir o contexto global e a resposta do setor de educação a esse contexto. O Capítulo 2 descortina os desafios sistêmicos e inclui duas seções com outros pontos de vista, escritas por reconhecidos líderes globais. O Capítulo 3 prepara o terreno para discutir o caminho a seguir, bem como debate a evolução e as oportunidades relacionadas ao tema. O Capítulo 4 explica um novo caminho para a educação em HIV: reconhece aspectos globais que estão quebrando barreiras, como a ECG, novos pontos de vista sobre a avaliação da aprendizagem e o surgimento de novas tecnologias de aprendizagem amplamente disponíveis e eficazes – que trabalham em conjunto para criar novas oportunidades para atender às necessidades dos jovens e construir suas habilidades para a saúde. Este trabalho traz a conclusão de que a educação é fundamental para que todos possam desenvolver conhecimentos, atitudes, valores e habilidades para viver de maneira saudável.

A evolução da resposta

Esta publicação começa por enunciar as razões para a atuação da educação em resposta ao HIV e descreve a contribuição da educação em HIV. Destacam-se as relações entre educação e saúde, dois direitos humanos fundamentais promovidos por agências da ONU. Por exemplo, uma boa saúde pode afetar positivamente os resultados educacionais, aumentar a taxa de matrícula, reduzir o absentismo e a evasão escolar, assim como melhorar o desempenho cognitivo e o nível de escolaridade. A educação também é um fator determinante da saúde: ela desenvolve atitudes, habilidades, conhecimentos e valores necessários para escolhas conscientes e a adoção de comportamentos mais saudáveis.⁴ Embora sozinho o conhecimento seja insuficiente para a mudança de comportamento, ele é um pré-requisito para a adoção de comportamentos

4 UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*. Paris, 2009. p. 8.

sexuais mais seguros e, assim, a base para uma resposta eficaz contra o HIV. As habilidades cognitivas, psicossociais, emocionais e de gestão individual – que são chaves para a educação em sexualidade e em HIV – também podem ser usadas para tratar uma série de outros problemas de saúde, como a prevenção da violência, do uso de drogas e a promoção da higiene.

A educação também é fundamental para o desenvolvimento humano e social, além de viabilizar direitos humanos e igualdade de gênero. Gênero é um fator-chave para a epidemia do HIV: os papéis que meninos, homens, meninas e mulheres são chamados a desempenhar em muitas sociedades podem aumentar os comportamentos de risco e a vulnerabilidade. A educação pode aumentar a conscientização sobre a desigualdade de gênero, abordar as normas de gênero nocivas e ajudar a reduzir a discriminação e a violência de gênero. Esses resultados são importantes tanto em si mesmos para se alcançar sociedades iguais, justas e prósperas, quanto como viabilizadores críticos para uma resposta eficaz ao HIV.

O Capítulo 1 também oferece uma visão geral da evolução do contexto global, das respostas e das abordagens do setor de educação para a educação em HIV desde o início da epidemia. Além disso, descreve o contexto em que a educação em HIV passou a fazer parte da resposta global à epidemia. A rápida disseminação do HIV e a falta de tratamento nos primeiros anos exigiram uma resposta urgente para prevenir novas infecções, principalmente entre os jovens que se tornavam sexualmente ativos e, portanto, estavam em risco. Isso não era algo que pudesse ser realizado somente pelo setor de saúde. Assim, o setor de educação se tornou um ator importante para oferecer uma resposta cada vez mais multissetorial à medida que o compromisso e o financiamento internacionais para a resposta ao HIV também cresciam.

Inicialmente a ênfase da educação em HIV concentrava-se em dotar os jovens de conhecimentos sobre o HIV. A maioria das abordagens se caracterizava por ensinar sobre o HIV e a aids como uma questão científica ou moral. Em muitos contextos, a educação formal usou táticas de intimidação na tentativa de evitar que os jovens se envolvessem em atividades sexuais ou, ainda, promoveu mensagens de “apenas abstinência”. Contudo, esses métodos não tiveram o efeito pretendido e as taxas de infecção continuaram a subir. À medida que a educação em HIV tornou-se mais consistente e melhor avaliada, ficou evidente que somente o conhecimento sobre o HIV não era suficiente para produzir comportamentos mais saudáveis. Assim, foram adotadas abordagens baseadas na construção de habilidades, como a educação para a vida, que enfatiza habilidades cognitivas e também de comunicação e de enfrentamento.

No entanto, ainda que haja um consenso de que o conhecimento e as competências são fundamentos essenciais para a mudança de comportamento, torna-se cada vez mais reconhecido que a capacidade dos jovens de fazer escolhas saudáveis também é influenciada pelo ambiente em que vivem e por fatores como gênero, cultura e *status* socioeconômico. Conseqüentemente, tem havido crescente interesse em abordagens mais amplas, que também exploram fatores estruturais. Por exemplo, um estudo recente demonstrou que os programas de educação destinados a combater desigualdades de gênero, coerção sexual e uso de álcool ou outras substâncias – que abordem fatores econômicos – podem levar a uma redução na incidência da transmissão sexual do HIV.⁵ Há um desdobramento correspondente no setor de saúde, em que ganhou impulso a ideia de uma saúde pública social, que aborda tais questões estruturais, já que “uma prevenção eficaz [...] requer que a saúde pública trate as pessoas não apenas como indivíduos, mas também como membros conectados de grupos, redes e coletivos [...]”.⁶

A princípio, a educação em HIV era sinônimo de prevenção, mas quando a terapia antirretroviral tornou-se mais amplamente disponível, a educação em HIV foi ampliada para incluir educação também para o tratamento. Ao mesmo tempo, o crescente reconhecimento do papel do estigma e da discriminação, sobretudo como elementos que dificultavam a procura por serviços sociais e de saúde relacionados ao HIV, resultou em maior ênfase da educação para reduzir esses entraves. Com maior entendimento sobre a epidemia, especialmente no que diz respeito às diferenças na epidemiologia e nos determinantes de transmissão entre regiões e países, ficou claro que era necessário adaptar a educação em HIV para refletir essas diferenças. Abordagens adequadas para os países com epidemias generalizadas, por exemplo, não são relevantes para países onde populações-chave estavam em maior risco, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e seus clientes e usuários de drogas injetáveis. No entanto, o grau de adaptação varia e é necessário fazer mais para garantir que a educação em HIV reflita as realidades epidêmicas locais.

Mais recentemente, a educação em HIV deixou de ser vista como uma disciplina em si e passou a integrar uma abordagem de saúde, com base em

⁵ HARRISON, A. et al. HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health*, v. 10, n. 102, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/102>>.

⁶ KIPPAX, S. et al. Between individual agency and structure in HIV prevention: understanding the middle ground of social practice. *American Journal of Public Health*, v. 103, n. 8, p. 1367-1375, 2013.

habilidades mais amplas, incluindo a educação em sexualidade.⁷ Um evento significativo que teve grande influência na resposta do setor de educação ao tema foi uma reunião de ministros das áreas de saúde e educação da região da América Latina e do Caribe, que coincidiu com a Conferência Internacional sobre Aids no México, em 2008. Nesse encontro, os ministros assumiram o compromisso de colocar a educação em sexualidade no centro das respostas do setor.⁸ O compromisso destacou a necessidade de que a educação em sexualidade se tornasse um componente essencial de todos os currículos do ensino formal, sendo relacionada aos principais resultados de saúde e direitos.

No contexto mais amplo, houve crescente reconhecimento da necessidade de uma resposta mais sistemática do setor de educação, que levasse em conta o impacto da epidemia no próprio setor, bem como nos educadores e nos alunos, especialmente nos países mais severamente afetados. Isso foi acompanhado por uma série de iniciativas que visavam a apoiar o setor de educação e fortalecer sua capacidade de gerenciar, além de mitigar o impacto da epidemia e oferecer uma educação em HIV eficaz nas escolas. Apesar dessas iniciativas, o progresso inicial foi lento, em parte devido a mudanças mais amplas – em particular, o foco na educação primária universal, que colocou exigências consideráveis sobre os sistemas de ensino. Posteriormente, foram empreendidos esforços coordenados entre copatrocinadores do UNAIDS, doadores bilaterais e organizações da sociedade civil, em âmbito mundial, para acelerar respostas abrangentes do setor educacional ao HIV. Como resultado, um número crescente de países elaborou políticas e planos, a formação sobre HIV para professores foi expandida e houve significativo aumento na amplitude da educação em HIV. No entanto, deficiências na implementação de políticas e planos continuam a ser um problema.

Lições aprendidas e desafios para a educação em HIV

Tendo em conta que os jovens são um grupo demográfico em crescimento e que a cada ano um novo grupo se torna sexualmente ativo, é imperativo que se disponibilize a todos os adolescentes e jovens educação de boa qualidade em HIV, sexualidade e saúde. No entanto, após três décadas de epidemia, ainda que as taxas de infecção tenham diminuído em

⁷ Nota de tradução: O Brasil adota a expressão *educação em sexualidade* na perspectiva da educação abrangente em sexualidade, no mesmo contexto de outros países que descrevem *comprehensive sexuality education* ou *educación integral de la sexualidad*.

⁸ UNAIDS. *Ministerial Declaration Prevention through Education*. Geneva, 2008. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_en.pdf>.

vários países e que grande número de jovens tenha recebido educação adequada, os níveis de conhecimento sobre como se proteger da infecção pelo HIV permanecem inaceitavelmente baixos entre estudantes. Em muitos lugares, a oferta e a qualidade da educação em HIV estão comprometidas por outras prioridades, pela falta de professores ou por professores mal preparados, por currículos extensos e por currículos e materiais inadequados de ensino sobre o HIV.

Além disso, os esforços têm se concentrado na oferta de educação em HIV nas escolas secundárias, apesar de fortes argumentos para que essa educação tenha início ainda na educação primária, quando as crianças desenvolvem atitudes e valores, antes de atingirem a puberdade e começarem a se tornar sexualmente ativas. Essas e outras dificuldades são brevemente discutidas a seguir e em mais detalhes no Capítulo 2.

Sabemos o que precisa ser incluído no currículo⁹ e como o HIV e a sexualidade devem ser tratados. No entanto, os dados disponíveis sugerem que muitos currículos existentes têm pontos fracos, incluindo referências inadequadas aos principais aspectos do sexo e da sexualidade, falta de informações sobre onde acessar os serviços, assim como pouca atenção a fatores sociais e culturais, direitos e diversidade sexual.¹⁰ Esses pontos fracos refletem tanto o tempo necessário para mudar os currículos quanto a oposição política, religiosa e social de se ensinar determinados temas aos jovens. Mesmo quando o currículo é mais abrangente, o ensino seletivo muitas vezes representa um desafio, especialmente em situações em que os professores não sentem que têm essa atribuição nem se sentem apoiados pela escola ou pela comunidade para ensinar sobre sexualidade, relacionamentos e sexo em geral. Também há situações em que os professores se sentem desconfortáveis com questões sensíveis, ou mesmo despreparados para enfrentá-las.

A educação em HIV eficaz requer métodos participativos e outras abordagens centradas no aluno, além de uma sequência lógica que consolide conhecimentos e competências, bem como introduza o assunto de maneira apropriada e relevante para a idade, a situação social e o desenvolvimento cognitivo dos alunos. A educação para crianças mais novas, a partir dos 5 anos, deve incluir informações básicas, tarefas cognitivas menos avançadas e atividades menos complexas. Em outras palavras, a aquisição de conhecimentos, atitudes, valores e habilidades começa na infância e deve ser continuada ao longo da educação do aluno. Esse é um desafio em escolas nas quais os professores

⁹ UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*, 2009, 2v., op. cit.

¹⁰ UNESCO; UNFPA. *Sexuality Education: a ten-country review of school curricula in East and Southern Africa*. Paris, 2012.

não têm habilidades ou confiança para usar essas abordagens, em que as turmas são grandes e nas situações em que a educação é focada em exames. É possível alcançar mudanças na estrutura e na dinâmica da sala de aula por meio de uma série de técnicas,¹¹ mas isso requer um afastamento de modelos autoritários de gestão de sala de aula em direção a abordagens de colaboração entre professores e estudantes.¹² Isso pode ser especialmente difícil se os professores não estiverem preparados para essas abordagens e tiverem de lidar com turmas grandes. Logo no início da epidemia, os professores eram, em sua maioria, capacitados para prover a educação em HIV por meio de treinamento em serviço. No entanto, havia, muitas vezes, limitação no escopo e na duração e, em muitos casos, isso ocorria em um modelo de treinamento em cascata, o que pode resultar em formação de má qualidade para os níveis mais baixos do processo de treinamento.¹³ Ficou cada vez mais evidente que a formação em serviço é insuficiente, dada a sensibilidade e a complexidade da educação em sexualidade e em HIV. Os professores precisam de formação em serviço de qualidade, com acompanhamento e apoio. Também ficou claro que, para tornar o treinamento mais eficaz, é preciso envolver os professores em sua formulação e também construir seus conhecimentos, suas habilidades e sua confiança, o que lhes permitirá analisar e explorar suas atitudes e seus valores, bem como reconhecer suas vulnerabilidades e desenvolver suas habilidades para a vida, para que possam proteger a si próprios e a outros. A formação de professores e de outros membros da equipe no ambiente educacional deve abranger, ainda, questões como direitos humanos, gênero, sexualidade e diversidade sexual, além de temas de inclusão e práticas não discriminatórias.¹⁴

A formação dos professores deve prepará-los para lidar com as realidades modernas, incluindo o aumento expressivo na disponibilidade de informações por meio de novas tecnologias de comunicação e mídia. Os professores não podem mais ser os únicos guardiões das informações, mas podem ajudar os alunos a dar significado às informações que recebem. Os professores são responsáveis, ainda, por ajudar os alunos a interpretar as informações do mundo à sua volta, tendo por referência os quatro pilares da educação propostos pela Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI –

¹¹ CUBAN, L. *How Teachers Taught: Constancy and change in american classrooms 1890-1990*. New York: Teacher's College Press, 1993.

¹² MARTIN, J. *Models of Classroom Management*. Calgary: Detselig Enterprises, 1981.

¹³ ONYANGO, M. O. Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. *Educate*, Special Issue, p. 37-47, 2009.

¹⁴ Ver, por exemplo, DANKMEIJER, P. (Ed.). *GALE Toolkit: Working with Schools 1.0. Tools for school consultants, principals, teachers, students and parents to integrate adequate attention of lesbian, gay, bisexual and transgender topics in curricula and school policies*. Amsterdam, GALE (The Global Alliance for LGBT Education), 2011. Disponível em: <www.lgbt-education.info>.

aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser –, que são a base da missão educacional da UNESCO.¹⁵ Entretanto, em função da formação inadequada, muitos professores estão mal preparados para desempenhar esse papel.

Aprendemos¹⁶ que quando a educação em sexualidade, incluindo o HIV, é apropriada para a idade, com perspectiva de gênero, baseada em direitos, adaptada ao contexto, cientificamente precisa, com base em habilidades para a vida e apresentada em uma abordagem construtivista, ela não leva à iniciação sexual precoce, mas pode ajudar os alunos a desenvolver e manter comportamentos mais seguros, ao mesmo tempo que reduz o estigma e a discriminação em relação às pessoas afetadas e que vivem com o HIV. No entanto, a disponibilização inadequada de educação de boa qualidade em sexualidade e em HIV continua a ser um grande desafio e, relativamente, poucos países têm implementado uma educação em sexualidade em escala.¹⁷ Isso reflete a falta de compromisso político, a deficiência de planejamento e investimento de longo prazo e a falta de clareza sobre como implementar uma educação em sexualidade¹⁸ e temas de educação mais amplos; reflete também os desafios de capacidade que se enfrenta. Países que lutam para melhorar a qualidade da educação e para lidar com o aumento de matrículas na educação primária – resultante do impulso de EPT – podem dar baixa prioridade à educação para a vida, em sexualidade e em HIV.

¹⁵ UNESCO. *Effective Learning: Good Policy and Practice in HIV and AIDS and Education*, Booklet 5. Paris, 2008.

¹⁶ UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*, 2009, 2v., op. cit.

¹⁷ UNESCO. *Comprehensive Sexuality Education: the challenges of scaling up*; Conference ready version. Paris, 2012. Disponível em: <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/CSE_scaling_up_conference_ready_version.pdf>. Acesso em: 21 out. 2013.

¹⁸ Idem.

Figura 1: Características de uma educação em HIV eficaz



Além disso, o financiamento de ações contra o HIV tem sido cada vez mais voltado para o tratamento e outras intervenções biomédicas, com uma proporção relativamente pequena dos fundos disponíveis alocada para a prevenção por meio da educação formal. Em parte, isso é resultado da ênfase atual da resposta global em intervenções que tragam resultados biológicos ou comportamentais melhores. Esse é um desafio para o setor de educação, uma vez que é extremamente difícil medir como o conhecimento contribui para a mudança de comportamento; em particular, é difícil atribuir a mudança às ações da educação formal e não a outras intervenções. Além disso, um dos objetivos da educação em HIV é desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades que forneçam a base para comportamentos saudáveis; assim, não se pode esperar que produza, isoladamente, resultados comportamentais. Esse desafio, como discutido em maior detalhe no Capítulo 2, também se reflete nos indicadores atualmente utilizados para monitoramento e avaliação (M&A) da resposta global, que não fornecem uma avaliação abrangente da contribuição do setor de educação.

Desenvolvimento recente em um contexto internacional em transformação

O Capítulo 3 discute as mudanças mais amplas no contexto global, bem como questões emergentes que apresentarão oportunidades e desafios para a resposta do setor de educação ao HIV e também para a educação em HIV.

O contexto global está mudando, à medida que a comunidade internacional discute prioridades para além dos ODM. O processo de definição da agenda de desenvolvimento global pós-2015 destacou a importância de enfrentar os desafios mais urgentes do mundo, incluindo aqueles enfrentados por crianças, adolescentes e jovens.¹⁹ A educação é reconhecida como a base para o desenvolvimento sustentável, a promoção do desenvolvimento humano inclusivo, o crescimento econômico, a sustentabilidade ambiental, a paz e a segurança. Educação em sexualidade, incluindo a educação em HIV, também aparece com destaque nas discussões da agenda de desenvolvimento global pós-2015, e há crescente pressão para reconhecer a educação em sexualidade como um direito humano básico.²⁰

A GEFI, lançada em setembro de 2012 pelo secretário-geral das Nações Unidas, visa a dar novo fôlego à comunidade global para alcançar a EPT e os ODM relacionados à educação. A iniciativa destina-se a tratar os problemas que prejudicam a educação de boa qualidade e os resultados de aprendizagem, além de fomentar a cidadania global, de modo a promover uma educação que seja transformadora, cultive valores compartilhados e promova o respeito e a responsabilidade entre culturas, países e regiões. Ela ressalta, ainda, o papel fundamental da educação de boa qualidade, incluindo a educação em HIV, para alcançar melhores resultados em saúde, assim como progressos para a conquista da igualdade de gênero, de oportunidades econômicas e de desenvolvimento sustentável. Além disso, a GEFI objetiva promover uma nova visão de educação que se baseia em competências básicas para a empatia e a gestão global, e também capacitar os estudantes para “responder às grandes questões do momento”.²¹

A agenda de educação global em mudança oferece formas promissoras e inovadoras de ensinar e aprender. Por exemplo, o trabalho da LMTEF, reunida

¹⁹ UN DESA. *Development Policy and Analysis Division. 2013: Working Group on the Global Partnership for Development by 2015. Thematic think pieces.* New York, 2013. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam_undf/them_tp2.shtml>.

²⁰ UNITED NATIONS. *Report of the United Nations Special Reporter on the Right to Education.* New York, 2010.

²¹ GEFI. *Global Education First Initiative.* New York, 2012.

pela UNESCO, por meio do UIS, e pela Brookings Institution, por meio do CUE, tem a oportunidade de deslocar o foco dos debates da educação global a partir de uma mudança: de simplesmente acessar a escola, para a qualidade da aprendizagem com foco em competências e habilidades. A LMTF propõe sete campos de aprendizagem para as crianças: bem-estar físico, bem-estar social e emocional, cultura e artes, alfabetização e comunicação, abordagens de aprendizagem e cognição, habilidades básicas em matemática e ciência e tecnologia. Esse quadro holístico de campos de aprendizagem oferece a oportunidade de garantir que habilidades para a vida – como a educação em HIV e em saúde – sejam uma área central de aprendizagem. No entanto, essa oportunidade só será concretizada se houver uma mudança sistêmica no setor de educação.

Questões emergentes que terão implicações significativas para o setor de educação, e especificamente para a educação em sexualidade e em HIV, incluem: mudanças demográficas, necessidade de reduzir as disparidades educacionais, e destaque cada vez maior para o acesso universal ao ensino secundário, bem como para o papel das novas tecnologias. Nos últimos 60 anos, o número de adolescentes no mundo aumentou dramaticamente: de menos de 500 milhões, em 1950, para pouco mais de 1,2 bilhão, em 2010, e a ONU²² espera que os principais crescimentos populacionais no futuro ocorram nos países menos desenvolvidos. Com a ampliação do número de alunos que ingressam na educação formal, as escolas se tornarão, mais do que nunca, o cenário mais importante para a educação em sexualidade e em HIV. Ao mesmo tempo, o ambiente escolar irá representar desafios significativos para os ministérios da Educação, para a oferta de educação em geral e, mais especificamente, para a educação em sexualidade e em HIV, pois serão exigidos mais investimentos para atender à crescente demanda e para garantir que crianças e jovens recebam educação de qualidade.

Apesar de ter havido progressos no aumento das matrículas na educação primária, um número significativo de crianças continua fora da escola. Serão necessários mais esforços para reduzir as disparidades no acesso e nos resultados da aprendizagem em todas as regiões. Além disso, é importante reduzir as disparidades geográficas, socioeconômicas e de gênero no acesso, nos resultados da aprendizagem e na conclusão do ensino primário nos países, bem como assegurar que aqueles que estão fora da escola recebam educação em sexualidade e em HIV eficazes. A educação formal de nível secundário é a maneira mais eficaz de desenvolver habilidades para a vida

²² UNFPA. *State of World Population 2011: people and possibilities in a world of 7 billion*. New York, 2012. (UNCSO Rio 2012 Issues Briefs, 14).

e o trabalho; portanto, é essencial para o desenvolvimento futuro dos indivíduos e dos países. No entanto, o foco no acesso universal à educação primária resultou em uma falta de ênfase na educação secundária. Para resolver isso, a agenda da educação global agora está mudando, tem sido dada maior ênfase no acesso universal à educação secundária. Isso oferece oportunidade para garantir que um crescente número de adolescentes e jovens recebam educação em sexualidade e em HIV de qualidade, mas colocará pressão adicional nos sistemas de ensino.

Na educação, a rápida disseminação de novas tecnologias pode contribuir para o acesso universal; a equidade; a provisão de ensino e aprendizagem de qualidade; o desenvolvimento profissional dos professores; bem como para gestão educacional, governança e administração mais eficientes. O acesso crescente à internet e às telecomunicações e o crescente uso das mídias sociais tem o potencial de contribuir para a melhoria da educação, incluindo a educação em sexualidade. A tecnologia também desafia abordagens didáticas tradicionais de ensino, uma vez que cria oportunidades para a participação, a interatividade e a criatividade dos jovens, além de propiciar aos professores novas ferramentas para construir e avaliar as habilidades em tempo real. Salas de aula virtuais oferecem novas formas de ensino para educadores e novas formas de assimilação do conhecimento para os alunos, o que é particularmente relevante para a educação em sexualidade.

Rumo a uma nova abordagem

O Capítulo 4 mira o futuro, ao descrever como a educação em HIV, em particular a forma como é enquadrada e disponibilizada, precisa mudar para responder aos novos desafios e desenvolvimentos e também garantir que seja eficaz e relevante para as necessidades dos alunos.

Em primeiro lugar, a educação em HIV terá de se adaptar a uma epidemia em evolução, com novos desenvolvimentos e abordagens, incluindo os recentes avanços na prevenção e no tratamento, bem como as necessidades dos adolescentes e jovens que vivem com o HIV. A disponibilidade de terapia antirretroviral permitiu que uma geração de crianças nascidas com HIV se tornasse adolescentes. Esses adolescentes e futuros jovens adultos têm necessidades específicas com relação a relacionamentos e sexualidade, que muitas vezes não são abordados na educação em sexualidade e HIV disponibilizada.

Em segundo lugar, os ministérios da Educação e suas abordagens de educação em HIV precisam responder à crescente demanda dos jovens e dos pais por uma educação em sexualidade abrangente e por serviços relacionados. Isso exigirá que o setor de educação incorpore a educação em HIV em uma educação em saúde baseada em habilidades amplas; inclua a educação em sexualidade e fortaleça as relações entre educação e serviços integrados para o HIV e para a saúde sexual e reprodutiva. Exigirá também novas formas de trabalho e parcerias em todos os níveis.

Em terceiro lugar, temos de repensar a forma como a educação em sexualidade e em HIV é disponibilizada. Durante as duas últimas décadas, os ministérios da Educação têm abordado o HIV por meio de diferentes estratégias. A maior parte delas se concentrou em intervenções baseadas no currículo, que visam a dotar as crianças e os jovens dos conhecimentos e das habilidades de que precisam, assim como oferecer formação de professores inicial e em serviço e desenvolver materiais didáticos. Como será discutido neste documento, os programas de educação em HIV e em habilidades para a vida enfrentam inúmeros desafios de implementação e cobertura, o que significa que muitos alunos saem da escola despreparados para levar uma vida sexual saudável. A experiência tem mostrado a importância de metodologias participativas de ensino, centradas no aluno, e também a necessidade de professores bem preparados e apoiados para oferecer educação em HIV. Os professores devem ser capazes de personalizar cada aula e cada lição para atender às necessidades dos alunos e, dessa forma, construir suas habilidades para que sejam capazes de negociar os desafios e as vulnerabilidades que enfrentam diariamente na comunidade em que vivem.

Em quarto lugar, é preciso definir claramente a contribuição da educação para a resposta ao HIV e o que não se pode esperar alcançar; tal contribuição deve ser avaliada em métricas da educação e não da saúde. Os parâmetros do setor de educação medem resultados como conhecimentos, atitudes e habilidades, que podem contribuir para comportamentos mais seguros, que só ocorrerão no longo prazo.

Em conclusão, este livro argumenta que a educação é fundamental para uma resposta efetiva ao HIV e que as lições aprendidas com a experiência em educação em HIV podem contribuir para a modernização do ensino, além de torná-lo mais relevante para os alunos por meio da construção de suas habilidades para lidar com os muitos desafios que enfrentam. A educação em HIV entra em uma nova fase, que aproveita as experiências vividas e permite que os alunos façam escolhas mais saudáveis ao longo de suas vidas. Observam-se progressos substanciais e será necessário tempo para

que novas mudanças ocorram, mas elas garantirão que a educação ajude os alunos a atingir seu pleno potencial e a lidar com os desafios futuros. Nesse contexto, as mudanças promoverão a saúde e reduzirão novas infecções, a mortalidade, o estigma e a discriminação relacionados ao HIV.



Capítulo 1

A evolução da resposta

O papel do setor de educação na resposta ao HIV

Este capítulo apresenta um breve panorama das razões para o envolvimento do setor de educação na resposta ao HIV e, mais especificamente, na educação em HIV nas escolas. A educação em HIV tem três componentes principais – prevenção, tratamento e cuidados – e é complementada pela educação para lidar com o estigma e a discriminação.

A educação é fundamental para o desenvolvimento humano e social. Globalmente, o investimento em educação resultou em ganhos significativos nesse aspecto. Por exemplo, as evidências que apoiam a GEFI²³ mostram que:

- Colocar todas as crianças no ensino básico, ao mesmo tempo em que os padrões de aprendizagem são elevados, pode impulsionar um crescimento de 2% ao ano nos países de renda baixa. Cerca de 171 milhões de pessoas poderiam ser retiradas da pobreza – uma redução de 12% na taxa de pobreza global – se todos os estudantes em países de renda baixa adquirissem habilidades básicas em leitura.
- Alguns países perdem mais de US\$ 1 bilhão por ano por não serem capazes de oferecer às meninas o mesmo nível de educação oferecido aos meninos. Cada ano letivo adicional pode aumentar os ganhos de uma mulher entre 10% e 20%.
- As mulheres com educação secundária são mais propensas a saber como evitar a transmissão vertical do HIV.
- Ao longo das últimas quatro décadas, o aumento global do nível educacional das mulheres impediu mais de 4 milhões de mortes infantis. Na África Subsaariana, cerca de 1,8 milhões de crianças poderiam ter sido salvas em 2008 se todas as mães tivessem concluído pelo menos a educação secundária.

A educação é um viabilizador essencial para os direitos humanos e a igualdade de gênero. Crianças e jovens têm o direito à educação; também têm o direito de que a educação lhes permita se manter saudáveis e se proteger de riscos. Para atender os objetivos da EPT, a educação deve ser inclusiva. Um dos principais pilares da inclusão é a Convenção Relativa à Luta contra a Discriminação no Campo do Ensino, adotada pela UNESCO em 1960, que visa a eliminar a discriminação na educação e fomenta a adoção de medidas que promovem a igualdade de oportunidades e de tratamento.

²³ Disponível em: <http://www.globaleducationfirst.org/files/EdFirst_G29383UNOPS_Ir.pdf>.

*Toda criança tem o direito humano à educação, à saúde e à segurança. O papel primordial da escola é o ensino e a aprendizagem, mas a escola constitui também um recurso singular da comunidade para a promoção da saúde e o desenvolvimento das crianças, famílias e professores.*²⁴

O setor de educação pode desempenhar um papel fundamental em garantir que todas as crianças e jovens estejam conscientes de seus direitos e dos direitos dos outros por meio da educação formal e de um ambiente escolar favorável. Políticas de combate à discriminação que perpassem todo o setor e alcancem as escolas podem garantir que todos os alunos desfrutem do direito à educação. Mais especificamente, tanto a educação formal baseada na escola quanto a educação não formal podem desempenhar papel importante na abordagem da estigmatização e da discriminação relacionadas ao HIV – enfrentadas por crianças, jovens e professores – e podem promover atitudes positivas, tolerância e respeito pela diversidade.

A desigualdade de gênero é cada vez mais reconhecida como um determinante-chave da epidemia do HIV, já que os papéis desempenhados por homens e mulheres em muitas sociedades podem aumentar os comportamentos de risco e a vulnerabilidade. Quando as mulheres se encontram em posição de menor poder, sua capacidade de decidir quando, onde e com quem fazer sexo ou de negociar o sexo seguro fica comprometida. Da mesma forma, as expectativas sociais de masculinidade em muitos países podem levar os homens a assumir riscos, adotar uma posição dominante em relacionamentos com mulheres e, em alguns casos, perpetrar violência contra elas.

A educação tem impacto direto sobre a igualdade de gênero. O movimento global para alcançar a paridade de gênero na educação se baseia no reconhecimento dos efeitos benéficos da educação de meninas para os indivíduos, as famílias e as sociedades. A educação também pode aumentar a conscientização sobre a desigualdade de gênero e abordar normas de gênero nocivas, o que, por sua vez, ajuda a reduzir os riscos associados à desigualdade de gênero, tanto para meninos quanto para meninas, além de reduzir a discriminação e a violência baseadas em gênero. Esses resultados são importantes tanto em si próprios – para alcançar sociedades iguais, justas e prósperas – quanto como viabilizadores críticos para uma resposta eficaz ao HIV.

Vários estudos têm explorado a relação entre as habilidades básicas em leitura e escrita (*literacy*) e o HIV, incluindo as formas como programas de educação

²⁴ WHO. *Schools for Health, Education and Development: a call for action*. WHO & Joint Consortium for School Health Technical Meeting: Building School Partnership for Health, Education Achievements and Development. Vancouver: Canada, 2007.

não formal de alfabetização podem contribuir para a prevenção do HIV.^{25,26,27} A educação formal pode reduzir a vulnerabilidade ao expor meninos e meninas à informação e, assim, facilitar a construção de autoestima e habilidades, melhorar as perspectivas econômicas e influenciar o equilíbrio de poder nos relacionamentos. Além disso, a educação tem benefícios específicos relacionados ao HIV para meninas e mulheres. Estudos têm mostrado que as meninas que concluem a educação secundária têm menor risco de infecção pelo HIV do que aquelas que concluem apenas a educação primária.²⁸ O ensino formal atrasa, ainda, a primeira relação sexual, o casamento e a gravidez.²⁹

Também surgem evidências³⁰ que mostram que a educação em HIV sensível ao gênero pode ajudar os alunos a compreender sua vulnerabilidade individual e social ao HIV, bem como a perceber as dinâmicas de poder e de gênero que ocorrem nas relações sexuais. Habilidades de pensamento crítico podem oferecer às crianças e aos jovens a oportunidade de desafiar as normas sociais em vigor que podem colocá-los em risco, além de desenvolver relações de gênero mais igualitárias. Essas habilidades podem permitir que os jovens, por exemplo, analisem quais são as barreiras para a negociação do sexo ou do uso de preservativos (para meninas e também para meninos), e como lidar com essas questões.

A manifestação mais prejudicial de desigualdade de gênero é a VBG, que tem efeitos físicos e psicológicos de grande alcance para a vítima, além de ser prejudicial para a sociedade de forma geral. A VBG tem um efeito poderoso sobre a vulnerabilidade e o risco relacionados ao HIV, tanto diretamente, por meio de trauma ou de sexo inseguro, quanto indiretamente.³¹ A educação

²⁵ Ver, por exemplo, MEDEL-ANONUEVO, C. *Addressing Gender Relations in HIV Prevention Through Literacy*. Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2006, Literacy for Life. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001460/146070e.pdf>>.

²⁶ Ver, por exemplo, MEDEL-ANONUEVO, C.; CHEICK, D. *Making the Connection: why literacy matters for HIV prevention*. Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2007. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001541/154159e.pdf>>.

²⁷ Ver, por exemplo, AKSORNKOOL, N. *Women and Men: together for HIV/AIDS prevention; literacy, gender and HIV/AIDS*. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001406/140698e.pdf>>.

²⁸ HARGREAVES, J.; BOLER, T. *Girl Power: the impact of girls' education on HIV and sexual behaviour*. London: ActionAid, 2006.

²⁹ HABERLAND, N. Ensuring education benefits girls to the full: synergies between education, gender equality, HIV and sexual and reproductive health. In: HABERLAND, N. *Good Policy and Practice in HIV and Health Education: gender equality, HIV and education*. Paris: UNESCO, 2012. p. 17-23.

³⁰ Idem.

³¹ ANDERSSON, N. C. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyperendemic countries of Southern Africa. *AIDS*, v. 22, supl. 4, p. S73-S86, 2008.

é um elemento-chave para uma resposta abrangente contra a VBG. Mais especificamente, a conclusão da educação secundária tem um efeito protetor sobre o risco de violência sexual dirigida às mulheres por parceiros.³²

A homofobia e a transfobia são outras manifestações de VBG. O *bullying* mina todas as três dimensões de uma abordagem baseada nos direitos humanos para a educação – o acesso, a qualidade e o respeito no ambiente de aprendizagem.³³ É importante associar os esforços destinados a combater a homofobia e a transfobia à educação em sexualidade, incluindo a educação em HIV, porque isso afeta a saúde física e mental e também os direitos das pessoas diretamente vitimadas. Na América Latina, por exemplo, onde o sexo entre homens é o modo principal de transmissão do HIV (no Brasil, homens que fazem sexo com homens têm 11 vezes mais probabilidade de ser HIV positivo do que a população como um todo), a homofobia alimenta a epidemia, por isolar as pessoas e torná-las menos propensas a procurar ajuda.³⁴ A educação pode ajudar a promover atitudes positivas em relação à diversidade sexual e à necessidade de mudanças para enfrentar a intolerância e combater o *bullying* homofóbico e transfóbico. Estes últimos estão associados a uma série de resultados adversos entre jovens gays, lésbicas e transgêneros, incluindo baixo desempenho acadêmico, evasão escolar, violência, ansiedade e depressão. Em alguns países, as escolas têm políticas *antibullying* que incluem proteções com base na orientação sexual e na identidade de gênero. Tais políticas têm sido associadas a relatos de alunos que se sentem mais seguros, melhores sobre si mesmos e experimentam menos abuso, o que resulta em reduções altamente significativas em autodestruição e em desejos e tentativas suicidas.³⁵

Em suma, por seu potencial de mudança com relação à igualdade de gênero, a educação é fundamental para a resposta ao HIV. Manter as meninas na escola, implementar a educação em sexualidade e em HIV e ter uma abordagem sensível ao gênero na educação em geral e na educação em HIV, em particular, são aspectos que podem ter relevância.

A educação também é fundamental para uma boa saúde, e uma boa saúde é fundamental para maximizar os benefícios da educação. Alunos saudáveis aprendem melhor, e alunos mais bem educados têm o conhecimento e as

³² HABERLAND, 2012, op. cit.

³³ Idem.

³⁴ UNESCO; GNP+. *Positive Learning: meeting the needs of young people living with HIV (YPLHIV) in the education sector*. Paris: UNESCO, Global Network for People Living with HIV, 2012.

³⁵ JONES, T. *Sexual Subjects: GLBTIQ student subjectivities in Australian Education Policy*. 2011. Unpublished Thesis (Doctorate in Education) — La Trobe University, Melbourne.

habilidades para serem saudáveis. Dessa forma, cuidar da saúde dos alunos é fundamental para o cumprimento dos ODM relativos à saúde e à educação – alcançar a educação primária universal (ODM 2), a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres (ODM 3), o combate ao HIV/Aids, à malária e a outras doenças (ODM 6)³⁶ – e dos objetivos de EPT, assim como dos novos objetivos de desenvolvimento que estão surgindo para o período pós-2015.

O relatório da Consulta Global Temática sobre a Saúde³⁷ – uma de uma série de consultas temáticas que irá apoiar a agenda pós-2015 – destaca a necessidade de se concentrar de forma mais ampla em boa saúde e bem-estar, em vez de apenas na prevenção e no tratamento da doença. O relatório destaca, ainda, a importância do combate às desigualdades de gênero e outras, à discriminação e às violações dos direitos humanos:

A educação é um fator determinante da saúde. O desenvolvimento na primeira infância é um viabilizador crítico de saúde, observando-se que as experiências da primeira infância têm um impacto duradouro sobre a saúde física e mental dos indivíduos. A saúde tem um papel importante no desenvolvimento cognitivo nos anos pré-escolares, desde o nascimento até os 5 anos de idade. Melhorar o acesso à nutrição e aos cuidados de saúde para crianças dos estratos socioeconômicos mais baixos melhora a frequência e o desempenho escolar. A educação das meninas é um elemento crucial para melhorar a saúde das mulheres e das crianças. Igualmente, as mulheres que são empoderadas por meio da educação e de boa saúde em geral optam por ter menos filhos e são capazes de investir mais na saúde e na educação de seus filhos, criando, assim, um ciclo positivo de crescimento e desenvolvimento. As escolas podem também incentivar a adoção precoce de comportamentos saudáveis, incluindo abster-se do uso do tabaco, aumentar a atividade física, evitar álcool e incentivar hábitos alimentares saudáveis. A educação em sexualidade tem um impacto benéfico sobre a saúde sexual e reprodutiva.³⁸

Há um crescente corpo de evidências que mostra que a boa saúde pode afetar positivamente os resultados educacionais, com aumento de matrículas, redução do absenteísmo e da evasão e melhoria do desempenho cognitivo. Por outro lado, a falta de saúde tem um efeito negativo sobre

³⁶ UNITED NATIONS. *Millennium Development Goals Report*. New York, 2010.

³⁷ THE WORLD WE WANT. Task Team for the Global Thematic Consultation on Health in the Post-2015 Development Agenda. *Health in the post-2015 agenda. Report of the Global Thematic Consultation on Health, April, 2013*: Consultation Document. The World We Want. 2013. Disponível em: <<http://www.worldwewant2015.org/health>>. Acesso em: 21 out. 2013.

³⁸ Idem.

a frequência escolar e o desempenho acadêmico. Por exemplo, a anemia por deficiência de ferro reduz os resultados das avaliações das crianças,³⁹ e crianças desnutridas são mais propensas a começar a escola tardiamente e a abandoná-la cedo.⁴⁰

A relação entre o desempenho escolar de meninas e a saúde das crianças também é amplamente reconhecida, e a escolaridade materna tem um efeito estatisticamente significativo sobre a condição de saúde da criança, mesmo após o controle de outros fatores.^{41,42,43} O RMG de EPT 2011 destacou uma pesquisa que indica que cada ano adicional de escolaridade materna pode reduzir o risco de morte da criança entre 7% e 9%.⁴⁴

A educação é fundamental para permitir que as pessoas façam escolhas saudáveis. Há muito material escrito para defender a educação como uma “vacina social” contra doenças e o HIV, e que níveis mais elevados de escolaridade têm benefícios claros em termos de prevenção de novas infecções pelo HIV, ao promover o acesso ao tratamento e o combate ao estigma e à discriminação. A própria educação, mesmo na ausência de educação específica em HIV, é uma importante medida de proteção contra a epidemia.⁴⁵ Consequentemente, os esforços globais para alcançar os objetivos de EPT continuarão a ter um impacto significativo sobre o HIV.

A educação também é fundamental para o desenvolvimento dos valores, das atitudes e das habilidades necessárias para fazer escolhas informadas e adotar comportamentos saudáveis, bem como para se aprender a viver com o HIV em comunidades e sociedades afetadas. Mais especificamente, o conhecimento e as habilidades para a vida na área da saúde são essenciais para o acesso e a utilização de métodos de prevenção e tratamento e de serviços do HIV.

³⁹ WORLD BANK. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. Washington, DC: World Bank Directions in Development, 2006.

⁴⁰ ALDERMAN, H.; HODDINOTT, J.; KINSEY, B. Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxford Economic Papers*, v. 58, n. 3, p. 450-474, 2006.

⁴¹ CLELAND, J.; VAN GINNEKEN, J. K. Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, v. 27, n. 12, p. 1357-1368, 1988.

⁴² GLEWWE, P. Why does mother's schooling raise child health in developing countries? Evidence from Morocco. *Journal of Human Resources*, v. 34, n. 1, p. 124-59, 1999.

⁴³ SANDIFORD, P. J.; CASSEL, M.; SANCHEZ, G. The impact of women's literacy on child health and its interaction with access to health services. *Population Studies*, v. 49, p. 5-17, 1995.

⁴⁴ UNESCO. *The Hidden Crisis: armed conflict and education*; EFA global monitoring report Paris, 2011.

⁴⁵ KELLY, M. J. *The Potential Contribution of Schooling in Rolling Back HIV and AIDS*. Johannesburg: Commonwealth Youth Development, University of South Africa, 2006.

O setor de educação tem demonstrado que pode permitir aos jovens a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de atitudes e a construção de habilidades para a prevenção do HIV. A educação em HIV nas escolas pode, ainda, aumentar o conhecimento e desenvolver as atitudes e as habilidades necessárias para reduzir o comportamento de risco. O impacto da educação em HIV no conhecimento foi confirmado por numerosos estudos.⁴⁶ Por exemplo, uma revisão de 23 estudos sobre a África Subsaariana concluiu que aulas na escola, conduzidas por adultos e baseadas no currículo escolar, podem melhorar o conhecimento sobre o que os jovens precisam fazer para reduzir seu risco em relação ao HIV.⁴⁷ Melhorar o conhecimento⁴⁸ constitui uma base fundamental para a mudança do comportamento.^{49,50} Embora isso por si só não seja suficiente para a mudança de comportamento, é um elemento crítico que depende da contribuição do setor de educação.

Como observa um autor,

É claro que, embora o conhecimento adequado sobre métodos de prevenção e transmissão do HIV não se traduzam necessariamente em comportamentos sexuais seguros, algum conhecimento de métodos de prevenção e transmissão do HIV entre os jovens está associado a comportamentos sexuais seguros. Afinal, o conhecimento de comportamentos de proteção é um pré-requisito para a adoção de um comportamento sexual seguro. Os jovens devem aprender os fatos antes de se tornarem sexualmente ativos e as informações precisam ser regularmente reforçadas e reconstruídas.⁵¹

A educação sobre o HIV na escola, quando devidamente implementada, também pode ajudar a desenvolver as habilidades necessárias para comportamentos saudáveis e as atitudes positivas importantes para a redução do es-

⁴⁶ WORLD BANK. *Education and HIV/AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS*. Washington, DC, 2008. (Prevention activities in the education sector, 2).

⁴⁷ MAVEDZENGE, S. N.; DOYLE, A. M.; ROSS, D. A. HIV prevention in young people in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *The Journal of Adolescent Health*, v. 49, n. 6, p. 568-586, 2011.

⁴⁸ Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001466/146621e.pdf>>.

⁴⁹ AL-IRYANI, B. et al. Evaluation of a school-based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents. *BMC Public Health*, v. 11, n. 279, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/279>>.

⁵⁰ A contribuição do conhecimento para a mudança comportamental é descrita em um modelo lógico desenvolvido por Kirby e colegas. O modelo visa a exercer um impacto suficientemente forte sobre o que conhecemos como “fatores de risco e proteção” para alcançar a mudança desejada nos comportamentos sexuais de risco. KIRBY, D. *UNESCO Regional Workshop on Sexuality Education, Zambia*. Paris, 2012. Apresentação de exemplos de fatores de risco e proteção que podem afetar diferentes comportamentos sexuais entre os jovens. Apresentação não publicada.

⁵¹ LETAMO, G. Does correct knowledge about HIV and AIDS lead to safer sexual behaviour? The case of young people in Botswana. *African Population Studies*, v. 25, n.1, p. 44-62, 2011.

tigma e da discriminação relacionados ao HIV.⁵² Comportamentos saudáveis estabelecidos nos mais jovens podem ter efeitos benéficos de longa duração sobre a saúde e o bem-estar.

Além disso, a educação em HIV pode ser um ponto de entrada para abordar outros riscos à saúde. As habilidades cognitivas, psicossociais, de enfrentamento emocional e autogestão – que são a base da educação em HIV – também podem ser usadas para combater outros riscos à saúde, como a violência e o uso de drogas, bem como para promover um estilo de vida saudável. Integrar a educação em HIV à educação em sexualidade e ambas, por sua vez, à educação para a saúde baseada em habilidades e em uma abordagem holística do setor de educação para a saúde na escola pode, portanto, ter benefícios de saúde mais amplos, que vão além da prevenção do HIV. Desse modo, uma abordagem mais abrangente para tratar a questão da saúde dos alunos é uma forma mais eficaz de utilizar os limitados recursos do que intervenções separadas para lidar com questões de saúde específicas de maneira isolada.⁵³

Teorias que embasam a educação em HIV

A teoria que dá suporte à educação em HIV também evoluiu ao longo do tempo. As abordagens iniciais descritas anteriormente – em particular aquelas que enfatizaram os fatos e o medo e aquelas que adotaram uma abordagem moralista – se baseavam em uma visão do aluno como “receptor” de informações. Muitas teorias que sustentaram a educação em HIV vieram de modelos de mudança de comportamento que se baseavam nesse ponto de vista, a partir do princípio que se um aluno compreende X ele vai fazer Y. O X, nesse caso, pode se referir a um código moral ou a fatos científicos sobre o HIV. O correspondente Y é uma ação ou comportamento, tal como se abster de sexo ou usar preservativo. As teorias e os modelos de educação em HIV mais utilizados foram construídas sobre o pressuposto de que o conhecimento levaria à adoção de comportamentos seguros. Por exemplo, a teoria da ação racional⁵⁴ “opera sob a premissa de que a intenção de uma pessoa é uma função de dois determinantes básicos, que são a atitude em relação ao comportamento e ‘normas subjetivas’ ou influências

⁵² CLARKE, D. J. The first 25 years of HIV: some key lessons for the education sector in responding to HIV and AIDS. *Commonwealth Education Partnerships*, 2008. Disponível em: <<http://www.cedol.org/wp-content/uploads/2012/02/88-92-2008.pdf>>.

⁵³ UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey: Progression, Regression or Stagnation?* Paris: UNESCO, 2013.

⁵⁴ *Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

sociais”⁵⁵ A teoria do comportamento planejado⁵⁶ ampliou a teoria da ação racional, adicionando uma dimensão de medida ou nível da capacidade percebida de agir. A teoria da aprendizagem social ou teoria cognitiva social⁵⁷ reconhece as influências sociais sobre a aprendizagem, mas sua ligação com o comportamento nem sempre é clara. O modelo de crenças em saúde foi construído com base na teoria da aprendizagem social, que traz aspectos da crença pessoal para questionar as barreiras e a eficácia do comportamento.⁵⁸ O modelo de estágios de mudança⁵⁹ reconhece o processo complexo que um indivíduo vivencia entre pensar a mudança, fazê-la e mantê-la. Da mesma forma, o modelo de redução do risco da aids⁶⁰

*usa construções originadas no modelo de crenças em saúde, da teoria cognitiva social e a difusão da teoria da inovação. O modelo identifica três etapas envolvidas na redução do risco de transmissão do HIV, incluindo a rotulagem do comportamento, o compromisso com a mudança e a realização da ação.*⁶¹

No entanto, alguns têm argumentado que teorias e modelos que esperam uma mudança de comportamento são fundamentalmente falhos. Argumenta-se que os conhecimentos, as habilidades e a intenção de fazer escolhas saudáveis dos alunos são apenas parte das condições necessárias para reduzir o risco de infecção do HIV.⁶² Os jovens vivem em situações complexas, com muitas influências sobre seu comportamento, que estão além de seu controle individual, como fatores políticos, econômicos

55 OYEKALE, A. S.; OYEKALE, T. O. Application of health belief model for promoting behaviour change among Nigerian single youth. *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, v. 14, n. 2, p. 63-75, 2010. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/25766358>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

56 AJZEN, I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: KUHL, J.; BECKMANN, J. (Eds.). *Action Control: From Cognition to Behavior*. Berlin: Springer, 1985.

57 BANDURA, A. Social learning through imitation. In: JONES, M. R. (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1962.

58 ROSENSTOCK, I.; STRECHER, V.; BECKER, M. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Behaviour*, v. 15, n. 2, p. 175-183, 1988.

59 DICLEMENTE, C.; PROCHASKA, J. Self-change and therapy change of smoking behaviour: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviours*, v. 7, n. 2, p. 133-142, 1982.

60 CATANIA, J. et al. Methodological problems in AIDS behavioural research: influences in measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. *Psychological Bulletin*, v. 108, n. 3, p. 339-362, 1990.

61 OYEKALE; OYEKALE, 2010, op. cit.

62 NDEBELE, M.; KASESE-HARA, M.; GREYLING, M. Application of the information, motivation and behavioural skills model for targeting HIV risk behaviour amongst adolescent learners in South Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, v. 9, supl. 1, p. S37-S47, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744903>>.

e culturais.⁶³ As teorias e os modelos resultam de um entendimento individualista do comportamento humano, que nem sempre se aplica, por exemplo, nas sociedades em que a identidade está associada a estruturas de grupo, como família ou cidade.⁶⁴ Esse tema do indivíduo racional, ou “agente neoliberal”, é reforçado pelas abordagens biomédicas à prevenção do HIV, que afirmam que o indivíduo pode ser aconselhado e testado e que “o que funciona” pode ser replicado.⁶⁵ Tal abordagem é um pano de fundo recorrente na educação em HIV, juntamente com a busca enganosa por uma intervenção que possa ser transmitida aos alunos com a confiança de que leve a certo tipo de ação ou mudança de comportamento. Isso não é possível. A educação pode proporcionar aos jovens a capacidade de desenvolver e manter comportamentos saudáveis, mas se eles serão realizados depende de fatores mais amplos que influenciam a ação, como normas culturais, sociais e de gênero, bem como o acesso aos serviços.

Essa visão é apoiada por uma revisão de programas de habilidades para a vida, que incluiu o HIV, realizada em 2008. Os autores descobriram que é

*irrealista pensar que as intervenções baseadas em habilidades de curto prazo levam os jovens a pensar com clareza e a ficar seguros, considerando todas as barreiras que enfrentam no acesso a informação, preservativos e contracepção, bem como em superar o estigma social associado ao sexo e aos relacionamentos.*⁶⁶

As habilidades de um indivíduo são apenas uma parte da equação; as estruturas que afetam sua capacidade de aplicar essas habilidades também merecem atenção.⁶⁷ Esse aspecto não se restringe à educação, mas tem sido observado em todo o espectro de atividades de prevenção do HIV, em um chamado para uma abordagem ecológica que S. Kippax chamou de *saúde pública social*. Ela argumenta que a “prevenção eficaz implica em desenvolver a capacidade da comunidade e exige que a saúde pública aborde as pessoas não apenas como indivíduos, mas também como membros conectados de grupos, redes e coletivos que interagem juntos (falam, negociam, fazem

⁶³ LETAMO, 2011, op. cit., p. 44-62.

⁶⁴ BOLER, T.; AGGLETON, P. *Life Skills-Based Education for HIV Prevention: A Critical Analysis*. London: Save the Children e ActionAid International, 2005. (UN Working Group on Education and HIV/AIDS: Policy and Research Issue, 3). Disponível em: <<http://www.aidsconsortium.org.uk/Education/educationworkinggroup.html>>.

⁶⁵ KIPPAX, S. Effective HIV prevention: the indispensable role of social science. *Journal of the International AIDS Society*, v. 15, n. 17357, 2012. Disponível em: <<http://www.jiasociety.org/content/15/2/17357>>; Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7448/IAS.15.2.17357>>.

⁶⁶ YANKAH, E.; AGGLETON, P. Effects and effectiveness of life skills education for HIV prevention in young people. *AIDS Education and Prevention*, v. 20, n. 6, p. 465-485, 2008.

⁶⁷ BOLER; AGGLETON, 2005, op. cit.

sexo, usam drogas etc.)”.⁶⁸ Alguns se referem a isso como a quarta geração da gestão do HIV, com a mobilização da comunidade como agente de mudança e “atenção [...] deslocada para cima, para o [...] poderoso, e não para baixo, para o marginalizado”.⁶⁹

Temos aprendido que há pontos fortes sobre os quais se pode construir o caminho. O setor de educação tem mostrado que pode ajudar os jovens a adquirir conhecimentos e também desenvolver atitudes e habilidades para a prevenção.^{70,71} E, conforme apontado anteriormente, o conhecimento correto de métodos sobre a transmissão e a prevenção do HIV não se traduz necessariamente em comportamentos seguros, mas é um pré-requisito. Esses achados, que podem igualmente ser aplicados ao uso inseguro de drogas, são reforçados por outros pesquisadores que afirmam que a melhoria dos conhecimentos e das habilidades é parte essencial da mudança de comportamento.⁷² Assim, o papel da educação na resposta ao HIV é central.

Perspectivas em progresso

Em muitos contextos, a educação em HIV tomou o caminho de intervenções de curto prazo, desconectadas do currículo, como uma abordagem mais integrada que faz parte da educação em sexualidade e de habilidades para a vida. No entanto, nos casos em que o contexto epidemiológico não gerou mudanças no currículo e prevaleceram visões conservadoras sobre educação em sexualidade, o HIV se manteve fora do currículo formal. Em contextos de epidemias concentradas, o HIV permanece uma prioridade baixa para o setor de educação, no entanto, as experiências de países com carga da doença generalizada e hiperendêmicas nos ensinaram que a integração do HIV à educação em sexualidade e a habilidades para a vida mais amplas ajuda a preparar os alunos para lidar com os desafios da própria vida, como a redução do risco de infecção por HIV e a como a redução do estigma e da discriminação.

No âmbito da educação formal, iniciativas precoces de educação em HIV utilizaram uma série de abordagens, embora a maioria tenha se caracterizado por

⁶⁸ KIPPAX, 2012, op. cit., p. 1.

⁶⁹ CAMPBELL, C.; CORNISH, F. Towards a 'fourth generation' of approaches to HIV/ AIDS management: creating contexts for effective community mobilization. *AIDS Care*, v. 22, p. 1569-1579, 2010.

⁷⁰ ESPADA, J. P. et al. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Education and Prevention*, v. 24, n. 6, p. 500-513, 2012.

⁷¹ HABERLAND, N.; ROGOW, D. Comprehensive Sexuality Education. In: EXPERT GROUP MEETING ON ADOLESCENT SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, Feb. 4-6, 2013.

⁷² AL-IRYANI et al., 2011, op. cit.

ensinar sobre HIV e aids como uma ciência, um tópico de saúde ou mesmo uma questão moral, com forte ênfase na última abordagem, com mensagens sobre pecado e abstinência. Algumas campanhas de educação pública espelhadas nessas abordagens foram fortemente apoiadas no medo.⁷³ Nos casos em que o HIV foi ensinado como um tópico científico, muitas vezes houve pouca ou nenhuma consideração da sexualidade, do comportamento sexual ou de aspectos sensíveis do tema.⁷⁴ Nos casos em que a ênfase foi a abstinência, esse foco muitas vezes embasou a agenda promovida nos primeiros anos pelo PEPFAR e por algumas igrejas.⁷⁵ Somente depois que provas conclusivas de danos foram apresentadas aos formuladores de políticas dos Estados Unidos, em 2009, a pressão política por um foco na abstinência nas políticas desse país foi reduzida.⁷⁶ Em alguns países, o setor de educação teve uma abordagem diferente, ao usar programas de educação em HIV informados por noções de direitos para capacitar os alunos a proteger sua saúde. Exemplos são a iniciativa sul-africana *Today's Choices* e o Programa *My Future is my Choice*, da Namíbia.⁷⁷

A educação em HIV teve pontos de entrada diferentes no setor de educação, dependendo da região e do lugar, assim como onde autoridades educativas julgaram que seria apropriado colocá-la no currículo. Na África Subsaariana, por exemplo, a educação em habilidades para a vida, ou variações dela, tornou-se o quadro dominante, com habilidades para a vida ensinadas como tópico independente ou de maneira integrada a outros assuntos. Da mesma forma, no Caribe, a educação em habilidades para a vida, disponibilizada por meio de HFLE, tem sido a principal abordagem usada em toda a região.

A ênfase crescente na ação “Conheça sua epidemia, conheça sua resposta”, que destacou as diferenças na epidemia na África Subsaariana e em outras regiões, levou a uma reavaliação da resposta do setor de educação e da educação em HIV em outras partes do mundo, assim como buscou assegurar que era relevante para a epidemia e para o país em questão.⁷⁸

⁷³ SIGMA RESEARCH/TERRENCE HIGGINS TRUST. *The role of fear in HIV education*. 2010. Disponível em: <<http://www.sigmaresearch.org.uk/files/MiC-briefing-1-Fear.pdf>>.

⁷⁴ BOLER, T. *The Sound of Silence: difficulties in communicating on HIV/AIDS in schools. Experiences from India and Kenya*. London: ActionAid, 2003. Disponível em: <http://www.ibe.unesco.org/uploads/media/HIV_AIDS_187_06.pdf>.

⁷⁵ Ver HUMAN RIGHTS WATCH. *The less they know, the better*. 2005. Disponível em: <<http://www.hrw.org/reports/2005/03/29/less-they-know-better>>.

⁷⁶ NEW YORK TIMES. *End to the abstinence only fantasy*. 2009. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2009/12/20/opinion/20sun2.html?_r=0>.

⁷⁷ MIEDEMA, E. A. J.; MAXWELL, C.; AGGLETON, P. Education about HIV/AIDS: theoretical underpinnings for a practical response. *Health Education Research*, v. 26, n. 3, p. 516-525, 2011.

⁷⁸ UNESCO. *Response to the Report of the Commission on AIDS in Asia*. Bangkok: UNESCO, 2008. Disponível em: <http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/hiv_aids/Documents/Inhouse_docs/Discussion_paper_IV/UNESCO_response.pdf>.

Essa abordagem^{79,80,81} buscava entender o cenário epidemiológico, como os modos de transmissão do HIV e os principais determinantes da epidemia; as condições comportamentais e sociais que afetam a capacidade do indivíduo para acessar e utilizar as informações e os serviços relacionados ao HIV, incluindo o ambiente legal e político; os recursos disponíveis e os custos de intervenções; e a combinação de intervenções necessárias para alcançar o efeito desejado.

Assim, por exemplo, o relatório apresentado pela Comissão da Ásia em 2008⁸² mudou a resposta na região, direcionando-a para que se concentrasse na dinâmica da epidemia. O relatório reconheceu que a epidemia na Ásia foi de natureza diferente daquela ocorrida na África Subsaariana, com a transmissão do HIV, inclusive entre os jovens, ocorrendo em grande parte por meio de relações sexuais sem proteção entre homens, sexo pago desprotegido e uso inseguro de drogas injetáveis. Em alguns países da região, como Camboja, Índia, Laos, Nepal, Filipinas e Papua-Nova Guiné, crianças, adolescentes e jovens em maior risco foram identificados como grupos-alvo específicos para o setor de educação, refletindo uma melhor compreensão da situação epidemiológica nos últimos anos, incluindo os modos de transmissão e as necessidades específicas de jovens de populações-chave.

Na Europa Oriental e na Ásia Central, epidemias concentradas nas mesmas populações também se tornaram cada vez mais o foco das ações, embora em alguns países da região a discussão nas escolas sobre sexo entre homens e uso de drogas continue a ser um desafio. O reconhecimento crescente da necessidade de que as respostas nacionais refletissem as prioridades epidêmicas também levou a debates sobre o papel da educação em lugares onde a prevalência do HIV foi baixa e outras IST e a gravidez não planejada foram uma preocupação mais imediata para os jovens e as comunidades.

A crescente disponibilidade de tratamento também influenciou a educação em HIV. Como o HIV tornou-se uma doença crônica tratável, a educação desempenhou um papel no ensino sobre o tratamento, pois obter as informações era tão importante quanto obter os medicamentos – uma

⁷⁹ WILSON D.; HALPERIN, D. T. Know your epidemic, know your response: a useful approach, if we get it right. *The Lancet*, v. 372, n. 9637, p. 423-426, 2008.

⁸⁰ UNAIDS. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: towards universal access*. Genebra, UNAIDS, 2007.

⁸¹ LAZARUS, J. et al. Know your epidemic, know your response: targeting HIV in Asia. *AIDS*, v. 24, p. S95-S99, 2010.

⁸² COMMISSION ON AIDS IN ASIA. *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*; report of the Commission on AIDS in Asia. New Delhi: Oxford University Press, 2008. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080326_report_commission_aids_en.pdf>.

questão destacada por ativistas na 14ª Conferência Internacional sobre Aids, em Barcelona, em 2002, e desde então.⁸³

Mais recentemente, a educação em HIV tem sido marcada por uma mudança: deixa-se de considerar o HIV em isolamento para situá-lo em um contexto de saúde na escola e na educação em sexualidade geral. Um evento significativo que teve grande influência sobre a resposta do setor de educação foi uma reunião de ministros da Saúde e da Educação na América Latina, que coincidiu com a Conferência Internacional sobre Aids no México, em 2008. Sob a liderança do governo mexicano e com forte apoio do UNAIDS e dos copatrocinadores – incluindo UNESCO, UNFPA, OMS e UNICEF –, os ministros assumiram o compromisso político de colocar a educação em sexualidade no centro das atividades do setor.⁸⁴ O compromisso destacou a necessidade da educação em sexualidade estar relacionada aos resultados de saúde e aos direitos fundamentais, bem como de ser um componente essencial em todos os currículos da educação formal. A forma como a educação em sexualidade seria definida e disponibilizada foi deixada em aberto; a questão central era garantir que as crianças e os jovens recebessem educação sobre sexualidade, HIV e relacionamentos, baseada em evidências e apropriada para a idade.

Essa necessidade não se limita à América Latina. Era evidente em outras regiões que a educação em HIV não abordava questões fundamentais, como comportamento sexual, sexo seguro, contracepção e relações de gênero e poder.⁸⁵ No entanto, a mudança na América Latina impulsionou as políticas, o trabalho técnico e os programas das agências da ONU e da sociedade civil, o que reorientou as respostas do ensino formal ao HIV e reforçou a importância de atender às necessidades de educação e saúde dos jovens de forma integrada, inclusive por meio de ligações entre as escolas e os serviços de saúde. Reconheceu-se que houve um problema na forma como as ações para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens foram tipicamente geridas: o setor de saúde costumava disponibilizar produtos e serviços e o setor de educação fornecia informações e habilidades, mas os dois setores raramente estiveram coordenados.

⁸³ UNESCO; WHO. *HIV and AIDS Treatment Education Consultation Report*. Paris, 2006. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146120e.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

⁸⁴ UNAIDS. First Meeting of Ministers of Health And Education to Stop HIV And STIs in Latin America and the Caribbean. *Ministerial Declaration: prevention through education*. UNAIDS, 2008. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/2008o801_ministerdeclaration_en.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

⁸⁵ Ver UNESCO; UNFPA. *Sexuality Education*, 2012, op. cit.

Embora os setores de educação e saúde colaborem em programas de saúde na escola – orientados por iniciativas como Escolas Promotoras de Saúde e Escolas Amigas da Criança –, a iniciativa mexicana destacou a necessidade de as áreas de saúde e educação trabalharem em conjunto no que diz respeito à saúde sexual. Salientou, ainda, que a educação e os serviços relacionados à sexualidade precisam ser vistos como parte de um contínuo no qual os programas de educação escolar estejam ligados e apoiados pelo acesso a serviços de boa qualidade, assim como ao suprimento de produtos confiáveis e acessíveis. A experiência de países como a Estônia⁸⁶ tem demonstrado o valor da articulação entre a educação em sexualidade nas escolas e os serviços de saúde.

Se na América Latina houve uma tradição de programas de educação em sexualidade apoiados pelo Estado nas escolas públicas,⁸⁷ um desafio crítico na aceitação dessa abordagem em outras regiões foi a ausência de uma orientação global que fosse capaz de fornecer evidências convincentes em apoio à educação em sexualidade. Embora as políticas e os programas de saúde sexual e reprodutiva para os jovens estejam bem estabelecidos na África, na Ásia e em outras partes do mundo em desenvolvimento, muitos formuladores de políticas de educação não haviam se convencido de que a educação em sexualidade era uma questão a ser abordada em sala de aula (ver também Capítulos 2 e 4).

Em 2008, a UNESCO realizou uma revisão sistemática para subsidiar o desenvolvimento da Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade,⁸⁸ com base em estudos⁸⁹ e no trabalho de organizações voltadas para os direitos dos jovens à educação, à saúde e a outros serviços.⁹⁰ Todos os programas incluídos na revisão foram concebidos para reduzir a gravidez indesejada ou IST, incluindo o HIV. A avaliação concluiu que “a educação em

⁸⁶ UNESCO. *School-Based Sexuality Education Programme: a cost and cost-effectiveness analysis in six countries; executive summary*. Paris, 2011.

⁸⁷ UNFPA. Country Support Team for Latin America and the Caribbean. *Background, Current Situation and Challenges of Sexuality Education in Latin America and the Caribbean*. México, 2005. Disponível em: <https://www.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/antecedentes_educacion_eng.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

⁸⁸ UNESCO. *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>>.

⁸⁹ SIECUS. *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: kindergarten through 12th grade*. 3.ed. New York, 2004. Disponível em: <http://www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

⁹⁰ IPPF. *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)*. London: IPPF, 2006. Disponível em: <http://ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

sexualidade raramente, ou nunca, leva à iniciação sexual precoce. A educação em sexualidade pode levar a um comportamento sexual mais tardio e mais responsável”.⁹¹ A revisão também revelou que quase todos os programas aumentaram o conhecimento sobre diferentes aspectos da sexualidade, o risco de gravidez, o HIV e outras IST. Alguns programas também tiveram benefícios adicionais. Por exemplo, mais de um terço dos jovens atrasou o início da vida sexual e uma proporção semelhante diminuiu a frequência das relações sexuais e o número de parceiros, além de aumentar o uso de preservativos.

Essa orientação internacional, lançada em 2009,⁹² destinava-se a fornecer informação clara para tomadores de decisão das áreas de educação e saúde sobre por que a educação em sexualidade era necessária e o que era preciso para uma abordagem abrangente. A publicação não prescreve o que cada plano de aula deve conter, mas oferece um conjunto de padrões específicos por idade e estimula a adaptação para uso regional e nacional. Desde a publicação desse documento internacional, vários países adotaram a educação em sexualidade nos currículos formais e têm expandido sua cobertura nas escolas.⁹³

Adicionalmente, tem havido maior foco em como a educação em sexualidade é ministrada⁹⁴ e em questões como o gênero, as relações de poder⁹⁵ e a diversidade sexual. Além disso, existe um crescente reconhecimento da necessidade da educação em sexualidade, tanto no setor de educação formal como informal, para atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos jovens que vivem com o HIV.⁹⁶ Isso reflete tanto no número significativo de jovens que vivem com HIV quanto na elevada proporção de novas infecções que ocorrem entre aqueles com idade entre 15-24 anos. Além disso, graças a melhorias no tratamento e cuidados, muitas crianças que foram infectadas no período perinatal estão agora chegando à adolescência e ao início da vida adulta. Como todos os jovens, aqueles que vivem com o HIV precisam de informações e habilidades para ajudá-los a fazer escolhas saudáveis, seguras sobre sexo, relacionamentos, planejamento

⁹¹ UNESCO. *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade*, 2010, op. cit.

⁹² Idem.

⁹³ UNESCO. *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*. Bangkok, 2012. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>>.

⁹⁴ IPPF. *Exploring New Territories. Dialogues from a Consultative Meeting on Comprehensive Sexuality Education Hosted by IPPF on 5 and 6 March 2012, London*. London, 2012. Disponível em: <<http://ippf.org/resource/Exploring-new-territories-dialoguescomprehensive-sexuality-education>>. Acesso em: 17 out. 2013.

⁹⁵ THE POPULATION COUNCIL, INC.; IPPF. *It's All One Curriculum*. New York, The Population Council, Inc., 2009. Disponível em: <http://www.ippfwhr.org/en/allonecurriculum_en>. Acesso em: 17 out. 2013.

⁹⁶ UNESCO; GNP+, 2012, op. cit.

familiar e outros aspectos da saúde reprodutiva.⁹⁷ Assim, os jovens vivendo com o HIV têm necessidades de saúde sexual e reprodutiva específicas e a orientação tem sido desenvolvida para garantir que a educação em sexualidade seja relevante para eles.⁹⁸

Transformações no contexto global

Desde o início, a resposta global ao HIV tem sido caracterizada por debates sobre os respectivos méritos de uma abordagem puramente biomédica contra uma abordagem multissetorial. A resposta inicial foi centrada no setor de saúde, liderada pelo Programa Global de Aids, da OMS e no âmbito dos países pelos programas nacionais de controle de aids em ministérios da Saúde. O Programa Global de Aids contou com forte liderança, mas focou em uma resposta biomédica e não teve financiamento suficiente, assim, não conseguiu mobilizar os níveis da ONU e o apoio internacional necessários.⁹⁹

Na ausência de tratamento, no âmbito nacional o setor de saúde lutou para lidar com a epidemia. As respostas nacionais concentraram-se em campanhas de sensibilização e de prevenção para o público em geral, bem como na distribuição de preservativos, em aconselhamento e em testes. Os esforços para incentivar as pessoas a procurar aconselhamento e testagem, onde disponíveis, foram minados por preocupações sobre a confidencialidade (em função do estigma associado ao HIV) e sobre a importância de se saber o estado com relação ao HIV sem a esperança de um tratamento eficaz.

A natureza da transmissão do HIV, sua prevalência entre os jovens adultos, o impacto da epidemia nas famílias e nas comunidades, bem como a negação, o medo e discriminação associados à aids tornaram cada vez mais claro que todos os setores da sociedade precisavam ser envolvidos. No entanto, muitos ministérios de Saúde não tinham o mandato nem a capacidade para liderar ou engajar outros ministérios e atores não estatais nas respostas nacionais.

⁹⁷ IPPF. *Happy, Healthy and Hot: a young person's guide to their rights, sexuality and living with HIV*. London, 2010.

⁹⁸ UNESCO; GNP+, 2012, op. cit.

⁹⁹ SMITH, J.; WHITESIDE, A. The history of AIDS exceptionalism. *Journal of the International AIDS Society*, v. 13, n. 47, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1758-2652/13/47>>. Acesso em: 17 out. 2013.

Nos países mais afetados, a sociedade civil e as organizações baseadas na fé começaram a tomar medidas tanto para prevenir a propagação do HIV – ao educar as comunidades, por exemplo – como também para atenuar o impacto da aids – ao fornecer cuidados e apoio para as pessoas infectadas e para as crianças órfãs e vulneráveis. Grande parte dessa mobilização precedeu o reconhecimento global ou nacional da necessidade de ação em toda uma gama de setores e em todos os níveis da sociedade.

Em 1995, o UNAIDS foi criado para coordenar uma resposta multisetorial. Ao todo, o UNAIDS tinha dez copatrocinadores da ONU, em 2004, e 11, em 2012, com a adição da ONU Mulheres.

Quadro 1: Copatrocinadores do UNAIDS

OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
ONU Mulheres	Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres
BM	Banco Mundial
PMA	Programa Mundial de Alimentos
OMS	Organização Mundial da Saúde

No âmbito nacional, a criação do UNAIDS resultou no estabelecimento de conselhos ou comissões nacionais de aids, em alguns casos sob coordenação do ministério da Saúde do país e, em outros, como estruturas separadas; além disso, foi importante para o desenvolvimento de planos nacionais multissetoriais. Isso representou uma mudança significativa: passou-se de uma resposta médica para uma resposta que reconhecia as dimensões dos direitos sociais, econômicos e humanos da epidemia. A *advocacy* desempenhou um papel crítico nesse processo, em particular na defesa dos direitos humanos das pessoas com maior risco de infecção pelo HIV – homens

que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Essas populações-chave já eram marginalizadas e estigmatizadas na maioria das sociedades, mesmo antes de ter sido reconhecida sua vulnerabilidade ao HIV.

Em 2000, as respostas ao HIV foram incluídas nos ODM. Em 2001, na UNGASS, 189 nações acordaram que o HIV/Aids era uma questão de desenvolvimento internacional e nacional da mais alta prioridade. A partir de então, o financiamento internacional para HIV aumentou dramaticamente, muitas vezes excedendo os orçamentos nacionais para a saúde. A arquitetura da ajuda também evoluiu rapidamente com a criação do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária (Fundo Global), em 2002, um dos principais mecanismos de financiamento, logo seguido por um compromisso de US\$ 15 bilhões do governo dos Estados Unidos para o PEPFAR. Em muitos países, esse rápido aumento de recursos resultou no desenvolvimento de programas verticais para a aids, construídos fora do sistema de saúde, o que reflete o caráter urgente da resposta.

Mais financiamento foi disponibilizado para outros setores além da saúde, incluindo os setores de educação e a sociedade civil. Por exemplo, em 2000 o Banco Mundial lançou o MAP para reforçar as estratégias nacionais e as respostas multisectoriais ao HIV por meio do apoio a ministérios e à sociedade civil e com a priorização da epidemia. A transição para uma resposta multisectorial trouxe um aumento expressivo no número de partes interessadas envolvidas na resposta nacional. Em 2004, para promover a coordenação de esforços e uma utilização mais eficaz e eficiente dos recursos, copatrocinadores do UNAIDS e outras importantes organizações internacionais, governos nacionais e doadores acordaram três princípios fundamentais:

- um Marco de Ação HIV/Aids, que fornece a base para coordenar o trabalho de todos os parceiros;
- uma Autoridade Nacional de Coordenação do HIV/Aids, com base ampla e mandato multisectorial; e
- um sistema de M&A HIV/Aids em âmbito de países para garantir uma coordenação eficaz das respostas nacionais ao HIV e à aids.

Essa tendência a uma resposta multisectorial mais ampla continuou no novo milênio e resultou no surgimento de respostas do setor de educação em muitos países.

Ao mesmo tempo, ativistas em todo o mundo – muitos deles vivendo com HIV – foram fundamentais na defesa do desenvolvimento de medicamentos

para tratar o HIV. O tratamento se tornou disponível inicialmente apenas nos países de alta renda, e ativistas voltaram suas atenções para exigir o acesso universal a medicamentos. Essas iniciativas, juntamente com o financiamento do Fundo Global e o PEPFAR, resultaram em um aumento expressivo no número de pessoas vivendo com HIV que receberam tratamento.

Quadro 2: Educação e principais eventos relacionados ao HIV

1984	Uganda começa promover mudanças de comportamento sexual em resposta ao HIV.
1986	O Relatório sobre Aids do Médico chefe dos Estados Unidos (The US Surgeon General's Report on AIDS) destaca a necessidade de educação e do uso do preservativo. <i>(O Surgeon General é o chefe operacional do Corpo Comissariado de Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e, assim, o porta-voz de lideranças em questões de saúde pública no governo federal desse país. Mais informações disponíveis em: <http://www.surgeongeneral.gov/about/index.html>).</i>
1987	A aids se torna a primeira doença já debatida no plenário da Assembleia Geral da ONU. A Assembleia designa a OMS para liderar o esforço contra a aids no âmbito mundial e o Programa Global de Aids é lançado. O Congresso dos Estados Unidos adota a Emenda Helms, que proíbe o uso de fundos federais para produzir materiais informativos sobre a aids que “promovam ou incentivem, direta ou indiretamente, atividades homossexuais”.
1988	A OMS lança o Dia Mundial da Aids.
1990	A Conferência Mundial sobre Educação, em Jomtien, estabelece a EPT como um objetivo, e destaca a relação entre saúde e educação.
1993	A cooperação da UNESCO com a OMS leva à implementação de projetos-piloto de educação escolar sobre aids em diversas regiões, bem como ao desenvolvimento de um pacote de recursos para os planejadores de currículos, adaptado a diferentes contextos socioculturais e traduzido em mais de dez línguas.
1995	A HAART é disponibilizada. Em dois anos, as taxas de mortalidade por aids retrocedem no mundo desenvolvido. A Education International, uma organização que reúne sindicatos de professores, aprova uma resolução sobre saúde escolar e prevenção do HIV em seu Primeiro Congresso Mundial em Harare, Zimbábue.
1996	A UNESCO se une a outras quatro organizações das Nações Unidas e ao Banco Mundial para formar um programa conjunto e copatrocinado sobre HIV/Aids, – o UNAIDS (que passa a incluir 11 organizações em 2013). Despesa anual global relativa à aids em países de renda baixa e média é US\$ 300 milhões. ¹⁰⁰
2000	São adotados os ODM. Reverter a propagação do HIV/Aids, da malária e da tuberculose (ODM 6); alcançar a educação primária universal (ODM 2); e promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres (ODM 3) são três dos oito objetivos fundamentais. O Marco de Ação de Dakar é aprovado no Fórum Mundial de Educação. O documento registra o comprometimento de trabalhar em parceria para alcançar os objetivos e as metas de EPT, incluindo “implementar urgentemente programas e ações educacionais para combater a pandemia do HIV/Aids”. É lançada a parceria Concentração de Recursos em Saúde Escolar Eficaz.

¹⁰⁰ UNAIDS. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva, 2006.

2001	<p>Na UNGASS, os líderes mundiais definem metas de longo prazo sobre o HIV/Aids.</p> <p>A OMC anuncia o Acordo de Doha, que permite aos países em desenvolvimento comprar ou fabricar medicamentos genéricos para atender a crises de saúde pública, tais como HIV/Aids.</p> <p>Óbitos de adultos e crianças por aids atingem cerca de 1,9 milhões.</p>
2002	<p>A UNESCO estabelece câmaras de avaliação sobre o impacto do HIV/Aids na Educação (por meio do IIEP) e um Currículo para Educação Preventiva em HIV/Aids (por meio do IBE, publicado somente em inglês: “Curriculum for HIV/AIDS Preventive Education”).</p> <p>Criação da ETIA no UNAIDS.</p> <p>O Fundo Global é estabelecido para impulsionar a resposta a aids, tuberculose e malária.</p> <p>São aprovados os primeiros testes rápidos de HIV, que permitem a realização de exames fora do laboratório e uma utilização mais ampla.</p>
2003	<p>A OMS lança a campanha “3 por 5” para ampliar o acesso ao tratamento da aids.</p> <p>É lançado o PEPFAR, uma iniciativa de US\$ 15 bilhões para combater o HIV/Aids, a tuberculose e a malária, principalmente nos países mais atingidos.</p>
2004	<p>Os Três Princípios Fundamentais são acordados entre as partes interessadas para acelerar e melhorar as respostas nacionais.</p> <p>É lançada a EDUCAIDS, a Iniciativa Global do UNAIDS sobre Educação em HIV/Aids.</p>
2008	<p>Um relatório da Comissão sobre a Aids na Ásia exige uma reorientação das respostas da ação “Conheça sua epidemia, conheça sua resposta”.</p> <p>No México, os ministros da Saúde e da Educação assumem um compromisso político de trabalhar em conjunto para colocar a educação em sexualidade no centro da resposta.</p> <p>Estima-se que US\$ 14,2 bilhões estejam disponíveis para HIV e aids em países de renda baixa e média (57% do montante vindo de fontes internacionais).¹⁰¹</p>
2010-2011	<p>Os resultados do estudo iPrEx mostram uma redução na aquisição de HIV entre homens que fazem sexo com homens que tomam a profilaxia pré-exposição. Resultados do estudo HPTN 052 mostram que o início precoce do tratamento antirretroviral reduz o risco de transmissão do HIV em 96% entre casais sorodiscordantes.</p> <p>Testes mostram a eficácia do tratamento, mas isso pode afetar a alocação futura de recursos e as necessidades educacionais.</p> <p>Estima-se que US\$ 16,8 bilhões estejam disponíveis para HIV e aids em países de renda baixa e média (49% do montante vindo de fontes internacionais).¹⁰²</p>
2012	<p>Lançamento da GEFI, que destaca que a educação de qualidade, incluindo a educação em HIV, é fundamental para melhores resultados de saúde, para progressos na equidade de gênero e para oportunidades econômicas e de desenvolvimento sustentável.</p> <p>O Painel de Alto Nível sobre a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 coloca a educação e a saúde no centro da agenda de desenvolvimento.</p>
2013	<p>A LMTF propõe sete campos de aprendizagem e recomendações que englobam o que cada criança precisa aprender.</p> <p>Ministros da Educação e da Saúde no leste e no sul da África se comprometem a trabalhar em conjunto para melhorar a educação sexual, bem como serviços de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.</p>

¹⁰¹ UNAIDS. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva, 2012.

¹⁰² Idem.

Mudanças na resposta do setor de educação para o HIV

Como afirmado anteriormente, a resposta inicial do setor de educação refletia a crise de saúde pública sem precedentes gerada pela epidemia do HIV. Algo precisava ser feito para prevenir novas infecções, e as escolas foram identificadas, logo no início, como locais oportunos para se atingir potencialmente um grande número de jovens,¹⁰³ embora alguns considerassem que o HIV era uma questão de saúde e resistissem à ideia de uma educação em HIV baseada na escola.¹⁰⁴

A necessidade de uma resposta sistemática do setor de educação ao HIV foi destaque em várias arenas internacionais e regionais, especialmente na África, onde o impacto da epidemia sobre o setor foi o mais grave. As respostas incluíram o Congresso Internacional sobre HIV/Aids e IST na África, realizado em Lusaka, em 1999, e o Fórum Mundial de Educação de 2000, em Dakar. Como a resposta global ao HIV começou a adotar uma abordagem multissetorial, houve um aumento do foco em planejamento, financiamento e gestão da resposta do setor de educação à epidemia. Nos países mais afetados, o impacto geral sobre os sistemas de ensino (em termos de mortalidade e morbidade de professores, do grande e crescente número de crianças órfãs e vulneráveis devido à epidemia, do impacto sobre a matrícula, do desenvolvimento, dos resultados e da qualidade educacional) veio à tona e o IIEP iniciou uma série de publicações com foco nessas questões.^{105,106,107}

¹⁰³ KIRBY, D. *Sex Education: access and impact on sexual behaviour of young people*. New York: United Nations Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, 2011.

¹⁰⁴ MUKOMA, W. et al. Process evaluation of a school-based HIV/AIDS intervention in South Africa, *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 37, Suppl. 2, p. 37-47, 2009. Disponível em: <http://sjp.sagepub.com/content/37/2_suppl/37>.

¹⁰⁵ Ver, por exemplo, KELLY, M. *Planning for education in the context of HIV/AIDS*. Paris: UNESCO, 2000. (Fundamentals of Educational Planning, 66). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001224/122405e.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹⁰⁶ Ver, por exemplo, KELLY, M.; BAIN, B. *Education and HIV/AIDS in the Caribbean*. Paris: UNESCO, 2003.

¹⁰⁷ Ver, por exemplo, CLARKE, D. J. *Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV*. Paris: IIEP, 2008. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>>.

Quadro 3: Evolução do papel da UNESCO na resposta do setor de educação

Entre 1988 e 1991, a UNESCO colaborou com o Programa Global de Aids da OMS em um projeto de educação sobre a aids nas escolas, que incluiu a criação de uma central sobre aids na sede da UNESCO. Em meados da década de 1990, a UNESCO juntou-se a outras quatro agências da ONU e ao Banco Mundial como copatrocinador para o estabelecimento do UNAIDS.¹⁰⁸ Após a criação do UNAIDS, as ações da UNESCO se ampliaram e envolveram todos os seus programas setoriais, incluindo educação, cultura, comunicações e ciências naturais, sociais e humanas.

A educação preventiva sobre drogas e o HIV foi adotada pela Organização em sua estrutura de planejamento mais elevada, com um enfoque regional nas áreas de América Latina e Caribe e dos Estados Árabes. Na África, a formação de professores e o desenvolvimento curricular foram os pontos de entrada prioritários. Ao mesmo tempo, os programas culturais e de mídia foram apoiados como veículos para a educação preventiva e para o trabalho com a juventude e também com meninas e mulheres.

Além disso, o IIEP lançou uma iniciativa para medir o impacto da epidemia sobre o setor e apoiar os países na administração de suas respostas. Pouco depois, em 2002, a UNESCO estabeleceu uma central global de sistematização de informações sobre o HIV e a educação (ver <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org>) e assumiu a liderança da ETIA sobre o HIV e a educação. Em 2004, o trabalho da UNESCO sobre HIV foi consolidado no âmbito da EDUCAIDS, uma iniciativa do UNAIDS apoiada e liderada mundialmente pela UNESCO.

A Estratégia da UNESCO para o HIV/Aids 2011-2015 estabelece que o trabalho da UNESCO sobre o HIV e a aids se concentra em três prioridades:

- construir, nos países, capacidades para respostas educacionais eficazes e sustentáveis ao HIV;
- fortalecer a educação integral em HIV e em sexualidade; e
- promover a igualdade de gênero e proteger os direitos humanos.

Várias outras iniciativas foram criadas para apoiar e fortalecer a resposta do setor de educação. Entre elas, estão as iniciativas da ETIA, criada em 2002 para reunir os copatrocinadores do UNAIDS – incluindo a UNESCO, as agências doadoras e os atores da sociedade civil – a atuantes na área de educação e HIV. A ETIA trabalhou com a força-tarefa móvel para investigar o impacto do HIV e da aids educação. A força-tarefa móvel é uma rede de apoio técnico destinada a ajudar os ministérios da Educação de países africanos e seus parceiros a desenvolver a política do HIV em todo o setor, bem como a estabelecer planos para gerenciar e mitigar o impacto da epidemia nos sistemas educacionais. Outro exemplo foi a iniciativa *Accelerate*, criada em 2002 pela ETIA para apoiar os países da África Subsaariana e “acelerar suas respostas do setor de educação”, por meio da criação de programas com forte participação local, capazes de acessar financiamento e meios de implementação adequados em todos os níveis do setor. Como parte do *Accelerate*, foram estabelecidas redes de

¹⁰⁸ Ver UNESCO. *UNESCO's Strategy for Responding to HIV and AIDS*. Paris, 2007. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001499/149998e.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

pontos focais de HIV e aids em ministérios da educação para compartilhar boas práticas e políticas.

Posteriormente, a UNESCO liderou a EDUCAIDS, que busca apoiar respostas abrangentes do setor de educação ao HIV e, especificamente, utilizar a educação para ajudar a prevenir a propagação do HIV e a proteger as funções essenciais do sistema de educação dos efeitos da epidemia. Foram publicados vários resumos técnicos da EDUCAIDS relacionados a educação de qualidade; conteúdo, currículo e material pedagógico; formação e apoio a educadores; políticas, gestão e sistemas; abordagens e pontos de entrada e guias práticos¹⁰⁹ para apoiar o processo de implementação da resposta ao HIV no setor de educação em âmbito nacional e local. Sindicatos de professores também se envolveram cada vez mais e, em 2006, a *Education International*, a OMS e o *Education Development Center, Inc.* lançaram o Programa EFAIDS, que combinou os esforços dos sindicatos de professores na defesa de EPT e seu compromisso com a educação em HIV nas escolas. O programa esteve ativo em quase 50 países e capacitou cerca de 200.000 professores em como manter a si e a seus alunos saudáveis, além de ter apoiado o exercício de sua profissão.

No entanto, em paralelo a esses desenvolvimentos, o setor de educação passava por uma transformação dramática, especialmente em regiões como o ESA. A FTI da EPT foi criada em 2002 para apoiar os países de renda baixa a alcançarem os ODM e os objetivos de EPT. Entre 2002 e 2013, a FTI (posteriormente, a Parceria Global para a Educação) canalizou mais de US\$ 1,6 bilhão para a educação.¹¹⁰ Na reunião de dezembro de 2007 do Grupo de Alto Nível para a EPT, ministros, altos funcionários de agências multilaterais e bilaterais e organizações da sociedade civil reafirmaram seu compromisso financeiro com a promessa de que “nenhum país seriamente comprometido com a EPT será frustrado em seus esforços devido à falta de recursos”.¹¹¹ O Grupo de Trabalho EPT FTI da ETIA do UNAIDS analisou em que medida os planos do setor de educação dos países endossados da FTI tratavam o HIV e a aids, e apoiou parceiros da FTI a integrarem o HIV em planos setoriais de educação.

O advento da educação primária universal gratuita pela primeira vez em países como Quênia, Uganda, Tanzânia e Malawi trouxe grande afluxo de novos ingressantes nos sistemas de ensino. Esse foi um desenvolvimento

¹⁰⁹ UNESCO. *Practical Guidelines for Supporting EDUCAIDS Implementation*. Paris, 2012.

¹¹⁰ Disponível em: <<http://www.globalpartnership.org/finance-and-funding/global-partnership-foreducation-fund/indicative-allocations/>>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹¹¹ UNESCO. *Communiqué from the Seventh Meeting of the High-Level Group on Education for All in Dakar, Senegal*. Paris, 2007.

positivo para as muitas crianças que haviam sido excluídas da educação, mas aumentou a pressão sobre os sistemas de educação já sobrecarregados e com poucos recursos, uma vez que trouxeram a necessidade de um grande número de novas escolas e professores.

Consequentemente, o setor de educação tem um papel crucial a desempenhar no alcance da educação em HIV nas escolas,¹¹² assim como professores e outros profissionais; o setor de educação demorou a responder, mesmo nos países mais afetados.¹¹³ Por exemplo, em 2004 foi realizada uma pesquisa global sobre educação conduzida pela ETIA para o UNAIDS sobre a resposta do setor de educação e as respostas ao HIV. A pesquisa constatou que apenas 32% dos ministérios da Educação haviam adotado uma política setorial para o HIV.¹¹⁴ Além das mudanças mais amplas que afetam o setor, isso também reflete a natureza dos sistemas de ensino, que são grandes, complexos e lentos para se adaptarem a mudanças.

Em muitos países, as organizações da sociedade civil assumiram a liderança sobre o HIV na educação, sendo pioneiras no uso da educação não formal e abordagens comunitárias em populações e comunidades mais atingidas pela epidemia, bem como na implementação de intervenções nas escolas por meio de atividades extracurriculares.^{115,116} Essas iniciativas estavam bem avançadas em relação ao setor formal e estabeleceram a base inicial para muito do que se seguiu.¹¹⁷ Programas existentes, tais como *REFLECT*,¹¹⁸ uma metodologia participativa de educação de adultos, também assumiram a questão do HIV e da aids; enquanto outros, como o *Stepping Stones*,¹¹⁹ conectaram o HIV e a aids a questões de sexualidade, gênero e poder. Em 2004, o Banco Mundial identificou 13 programas de formação voltados para crianças e jovens em sete países da África Subsaariana. A maioria era de pequena es-

112 UNAIDS IATT ON EDUCATION. *A Strategic Approach: HIV and AIDS and Education*. Paris, 2003, 2009.

113 WORLD BANK. *Accelerating the Education Sector Response to HIV: five years of experience from Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, 2009.

114 UNAIDS IATT ON EDUCATION. *Education Sector Global HIV and AIDS Readiness Survey 2004: policy implications for education and development*. Paris, 2004.

115 Ver FERNANDEZ et al. HIV prevention programs of nongovernmental organizations in Latin America and the Caribbean. *Pan Am Journal of Public Health*, v. 17, n. 3, p.154-162, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

116 SIGMA RESEARCH/TERENCE HIGGINS TRUST, 2010, op. cit.

117 AGGLETON, D. et al. Educating about HIV: prevention, impact mitigation and care. *AIDS*, v. 26, n. 10, p. 1215-1222, 2012.

118 Disponível em: <<http://www.reflect-action.org/>>. Acesso em: 17 out. 2013.

119 WELBOURN, Alice. *Stepping Stones: a training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills*. London: ActionAid, 1995.

cala e implementada em contextos não formais ou concentrada na produção e na divulgação de material de informação, educação e comunicação. Poucos foram conduzidos por ministérios da Educação e nenhum se tornou parte do currículo.¹²⁰ Houve também um crescente interesse no papel dos próprios jovens na educação em HIV, especificamente com a utilização de abordagens de educação por pares; o que, novamente, foi iniciado por organizações da sociedade civil.

Tentativas de criação de unidades dedicadas ao HIV dentro dos ministérios melhoraram o perfil da resposta, mas nem sempre se tratou da necessidade de integrar o HIV no âmbito das políticas e da gestão. Isso começou a mudar a partir de 2000, quando os ministérios da Educação em vários países desenvolveram políticas setoriais que definiram os papéis e as responsabilidades de um conjunto de atores e aplicaram uma abordagem mais abrangente, que incluía também a prevenção, a mitigação, questões de trabalho e de gestão do impacto da epidemia no setor.¹²¹

Quadro 4: Condições necessárias para uma resposta eficaz do setor de educação ao HIV

“O objetivo da educação primária é que todos os alunos, independentemente da condição econômica, do estado de saúde ou do sexo, tenham acesso à educação de qualidade, em um ambiente seguro e que recebam educação em HIV adequada à idade, cientificamente correta e adaptada ao contexto, que os auxilie na aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências para adotar comportamentos saudáveis. A educação deve ser baseada em direitos, sensível a gênero e baseada em habilidades para a vida. Ela deve ser disponibilizada por um professor adequadamente treinado, competente em métodos interativos e pedagogia participativa e que esteja confortável falando sobre o HIV e tópicos como a sexualidade de forma construtiva para os alunos. Esse professor deve ter conhecimentos, habilidades e acesso a serviços para viver, ele próprio, de maneira saudável. Juntamente com todos os funcionários da educação, ele deve estar protegido para fazer o seu trabalho, independentemente de sua condição em relação ao HIV. O professor deve estar equipado com um currículo e materiais de apoio, além de ter o apoio da administração e a proteção de uma política. Finalmente, os pais e a comunidade devem estar envolvidos para apoiar e reforçar esse aprendizado. Coletivamente, essas são as condições necessárias e suficientes para uma resposta do setor de educação ao HIV que promova o desenvolvimento saudável ao longo da vida e a cidadania global.

Muitas condições necessárias para uma resposta eficaz do setor de educação ao HIV e à aids têm caminhado no sentido positivo desde 2004. Quase todos os países têm uma política sobre o HIV no setor de educação; há cada vez mais espaço no currículo para ensinar a respeito do HIV; mais professores foram treinados para ensinar o assunto, há mais unidades EMIS implantadas, e há um aumento de políticas e serviços de proteção para alunos e professores.

Fonte: UNAIDS IATT ON EDUCATION. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey: Progression, Regression or Stagnation?* Paris: UNESCO, 2013.

¹²⁰ WORLD BANK. *Education and HIV/AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS*. Washington, DC, 2004. (Prevention activities in the education sector, 1).

¹²¹ Por exemplo, a política do setor de educação da Namíbia. Disponível em: <http://www.hamu-nam.net/Downloads/Documents/Toc_policy.pdf>.

A criação da ETIA, mencionada anteriormente, marcou o início de um esforço concertado em âmbito mundial entre copatrocinadores do UNAIDS, doadores bilaterais e organizações da sociedade civil para acelerar a educação integral e as respostas do setor ao HIV. Os doadores incentivaram os governos, em particular na África, a desenvolver políticas do setor, envolver-se na resposta nacional e planejar a mitigação dos impactos da epidemia.¹²² Foram estabelecidas políticas setoriais em vários países fortemente afetados, incluindo África do Sul, Namíbia, Quênia, Zâmbia e Uganda.¹²³

No entanto, ao passo que foram fornecidos recursos significativos para apoiar os países a ampliar o acesso à educação, em especial a educação primária universal, duas avaliações de planos setoriais de educação, em 2004¹²⁴ e em 2008,¹²⁵ descobriram que esses planos não abordaram o HIV de forma adequada e que havia limitada evidência de que os países utilizavam esses recursos adicionais para apoiar a resposta do setor de educação. Na avaliação de 2008, apenas três dos oito planos setoriais analisados de países endossados pela FTI incluíam uma resposta ao HIV abrangente e o custeio detalhado das atividades do HIV.¹²⁶ Os autores concluíram que o processo de avaliação e aprovação da FTI devia aplicar, ainda, uma metodologia consistente para apoiar o desenvolvimento de respostas de educação baseadas em evidências sobre o HIV, apesar de existirem referências específicas ao HIV e à aids nas orientações para avaliação do componente de educação primária dos planos do setor de educação.¹²⁷ Os três países que desenvolveram planos setoriais mais abrangentes tinham recebido assistência técnica direta por meio de outras fontes.

Na maior parte dos países, a resposta inicial dos ministérios da Educação também se concentrou em programas baseados no currículo: uma das primeiras atividades da ETIA¹²⁸ e do UNAIDS¹²⁹ foi disponibilizar recomendações e orientações práticas para a integração de educação em HIV nas escolas. No entanto, o desafio de oferecer suporte aos professores e às escolas para a oferta de uma resposta baseada em currículo foi enorme, uma vez que a apropriação

¹²² A força-tarefa móvel sobre aids foi uma iniciativa que forneceu apoio técnico a 12 países no ESA, com vistas a engajar os departamentos de planejamento dos ministérios.

¹²³ Ver exemplo disponível em: <http://www.hamunam.net/Downloads/Documents/Contents_policy.pdf>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹²⁴ CLARKE, D.; BUNDY, D. *The EFA Fast Track Initiative: Responding to the Challenge of HIV and AIDS to the Education Sector*. Washington, DC: DFID, World Bank, 2004.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ FTI. *Guidelines for Appraisal of the Primary Education Sector Plan*. Washington, DC, EFA-FTI Secretariat, 2006. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001802/180206E.pdf>>.

¹²⁸ UNAIDS IATT ON EDUCATION. *A Strategic Approach*, 2009, op. cit.

¹²⁹ UNAIDS. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention Towards Universal Access*, 2007, op. cit.

pelos ministérios da Educação era baixa e os esforços frequentemente dependiam de fundos de doadores.¹³⁰ As exigências adicionais sobre os professores para que oferecessem educação sobre o HIV e assumissem um papel mais amplo no cuidado e no apoio aos alunos também foram, muitas vezes, subestimadas, especialmente onde os professores já lutavam com um currículo sobrecarregado, turmas grandes, bem como formação, supervisão e apoio inadequados.

Em alguns casos, os professores – em especial aqueles que viviam com o HIV – assumiram a liderança, ao destacar suas necessidades e desafiar a negação e o estigma.¹³¹ Em diversas ocasiões, professoras estiveram à frente dessas iniciativas, refletindo a dinâmica de gênero do HIV e indicando, para as pessoas que, naquela época, estivessem dispostas a fazer o teste, a divulgação do estado positivo e a busca por tratamento como formas de conscientizar e mobilizar apoio.¹³²

A resposta atual do setor de educação

As informações sobre o estado atual da resposta do setor de educação são incompletas por causa, principalmente, das limitações de monitoramento e avaliação (ver Capítulo 2 a seguir para uma discussão sobre este tema). No entanto, têm sido realizadas pesquisas, como a GPS 2011-2012, da ETIA,^{133,134} que teve como objetivo mensurar o progresso e as tendências nas respostas do setor educacional ao HIV, desde o Levantamento sobre a Prontidão Global (*Global Readiness Survey*) de 2004¹³⁵, para fornecer uma análise comparativa das situações em 2004 e em 2011-2012.¹³⁶

¹³⁰ CLARKE, D. J. *Heroes and Villains*, 2008, op. cit.

¹³¹ Organizações como KENEPOTE no Quênia, T'LIPO em Malawi e uma série de outras que representam professores positivos têm surgido no ESA. Ver UNESCO. *Supporting HIV Positive Teachers in East and Southern Africa*: technical consultation report. Paris, 2007. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001536/153603e.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹³² ACTIONAID. *TIWOLOKE: HIV and AIDS in the education workplace in Malawi*. Johannesburg, 2009. Disponível em: <<http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/TIWOLOKE.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹³³ Conduzido em 39 países, incluindo 17 países com epidemia generalizada de HIV e 16 países com epidemia concentrada.

¹³⁴ UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*, 2013, op. cit.

¹³⁵ Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001446/144625e.pdf>>.

¹³⁶ Tanto a pesquisa de 2004 quanto a de 2011-2012 dependeram de informações subjetivas de funcionários dos ministérios da Educação e da sociedade civil, portanto as informações são limitadas por sua subjetividade e pela capacidade dos entrevistados de prestar informações sobre a implementação, particularmente em sistemas de educação descentralizados, submonitorados e sub-reportados. Embora isso represente uma limitação significativa em alguns países, a participação de 30 países nas duas pesquisas garante uma análise rica das tendências.

A GPS revisou o estado atual da resposta do setor de educação em quatro áreas principais:

- Ambiente propício e integração do HIV no setor de educação, incluindo a *advocacy* política de formuladores de políticas nas áreas de educação, desenvolvimento e implementação de políticas; sistemas de informação sobre a gestão da educação; estruturas de gestão do setor de educação nacional dedicadas ao HIV; e avaliação de em que medida a resposta ao HIV está integrada aos procedimentos de planejamento e gestão da educação em âmbito nacional.
- Recursos humanos, incluindo políticas sobre o HIV no local de trabalho, sistemas de referência e análise da oferta e demanda dos professores.
- Currículo e ensino, incluindo o conteúdo e a cobertura de programas genéricos de habilidades para a vida, formação e orientação de professores, orientação para pais e para as comunidades, bem como educação em HIV na educação superior.
- Crianças órfãs e vulneráveis, incluindo cobertura do programa, alimentação escolar, isenções de taxas escolares, além de atenção a jovens fora da escola.

As principais conclusões estão descritas a seguir.

O ambiente político melhorou, mas a implementação está atrasada. A GPS¹³⁷ constatou um aumento substancial no desenvolvimento de políticas. Em 2004, apenas dez dos 30 ministérios da Educação envolvidos na pesquisa tinham uma política específica para o HIV. No período 2011-2012, esse índice havia aumentado para 19 dos 30 países, com mais cinco políticas em desenvolvimento.

Além disso, entre 2011-2012, em apenas dois países com epidemia generalizada não estava em vigor ou sendo desenvolvida uma política relacionada à questão; mas ambos relataram que o HIV estava integrado à agenda nacional do setor de educação.

O alto nível de comprometimento atual com o desenvolvimento de políticas nos países mais afetados representa uma melhoria dramática desde 2004 e deve-se, em parte, à adaptação das políticas regionais feitas pelos países para acelerar o processo. No entanto, os países com epidemia concentrada estão atrasados. Em 2011-2012, apenas 44% desses países já tinham e 12% relataram que estavam desenvolvendo política na área.

¹³⁷ A pesquisa 2011-2012 cobriu 39 países, entre os quais 30 já haviam participado da pesquisa de 2004. A menos que especificamente mencionado, os números referem-se à coorte de 39 países.

Os resultados da GPS mostram que, embora o contexto tenha melhorado significativamente, a implementação de políticas continua a ser um desafio. Mais da metade dos 22 países com uma política em vigor relatou taxa de execução inferior a 50%, e apenas cinco dos 12 países com epidemias generalizadas e políticas em curso relataram taxa de execução superior a 75%.

Os resultados para a implementação de planos de ação do setor de educação para o HIV são semelhantes. Dos 22 países que reportaram ter um plano de ação, mais da metade relatou taxas de execução inferiores a 50%; por sua vez, apenas três países relataram taxa de implementação acima de 75%.

A baixa taxa de execução dos planos de ação muitas vezes se deve à falta de financiamento. Apenas três dos 22 países com um plano de ação relataram que seus planos contavam com financiamento entre 76% e 100%. Mais da metade dos 22 países relatou uma taxa de financiamento de 50% ou menos. Esses resultados apoiam outra pesquisa que mostra que apenas 3% dos orçamentos nacionais de HIV são gastos em prevenção para jovens na escola, e apenas 1% para a prevenção de jovens fora da escola.¹³⁸ Sem financiamento adequado para execução, políticas e planos de ação apresentam valor limitado.

Quadro 5: EDUCAIDS

O que é a EDUCAIDS?

A EDUCAIDS, Iniciativa Global sobre Educação em HIV/Aids, é uma iniciativa do UNAIDS dirigida pela UNESCO, que visa a encorajar e apoiar os países a mobilizar o setor de educação para projetar e implementar respostas eficazes ao HIV e à aids. É, assim, uma abordagem para orientar as ações planejadas e realizadas nas parcerias.

Embora a EDUCAIDS seja liderada pela UNESCO, seu sucesso depende muito da colaboração efetiva de várias partes interessadas, como governos e autoridades nacionais na área de aids, organizações da sociedade civil, sindicatos de professores, redes de pessoas vivendo com o HIV e agências bilaterais e multilaterais, incluindo outras agências e programas da ONU.

Quais são os objetivos da EDUCAIDS?

A EDUCAIDS tem dois objetivos principais: por meio da educação, prevenir a propagação do HIV e proteger as funções centrais dos sistemas de educação dos piores efeitos da epidemia. Para tanto, promove, fortalece e apoia, em âmbito nacional, o aumento de respostas eficazes do setor de educação ao HIV e à aids. A EDUCAIDS reúne as diferentes dimensões de respostas eficazes do setor de educação ao HIV e à aids – por exemplo, educação de qualidade em HIV e aids, materiais de aprendizagem, políticas de trabalho, programas de formação de professores sobre o HIV etc. – e considera os impactos e os desafios do HIV e da aids em relação a todo o sistema de ensino. Foi concebida como uma abordagem de resposta de emergência e, posteriormente, transformada em uma abordagem de educação em sexualidade para lidar com o HIV.

Fonte: Disponível em: <<http://www.unesco.org/aids>>.

¹³⁸ AMICO, P. et al. Pattern and levels of spending allocated to HIV prevention programs in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, v. 12, n. 221, 2012.

Embora o desenvolvimento e a implementação de políticas e planos tenham aumentado no período entre os dois levantamentos, o número de países com estrutura dedicada de resposta – incluindo comitês ou unidades – diminuiu durante o mesmo período. Em 2004, de 71 países, 72% relataram ter uma unidade de gestão dedicada e 7% relataram estar em processo de desenvolvimento desse tipo de unidade. Até 2011-2012, apenas 54% dos 39 países pesquisados tinham estruturas dedicadas. Apenas 14 entre os 17 países com epidemia generalizada e seis dos 16 países com epidemia concentrada relataram ter unidades de gestão dedicadas em 2011-2012. Esse declínio pode ser resultado de uma série de fatores, incluindo a transição da abordagem do “excepcional” ou “modo de crise” para a normalização e uma transição para respostas mais sustentáveis, integradas em todo o setor de educação. O fato de que 29 dos 39 países (74%) tenham relatado que sua resposta ao HIV está integrada à gestão da educação e nos processos de planejamento em âmbito nacional sugere que esse pode ser o caso. No entanto, embora a aparente mudança para a integração seja um desenvolvimento positivo, há pouco consenso sobre a definição de integração, e o grau de implementação não é efetivamente conhecido.

A GPS encontrou outras evidências de um compromisso político maior e de sistemas mais fortes, incluindo um aumento de declarações públicas sobre HIV por ministros da Educação, além do crescimento do número de EMIS em funcionamento de 19, na amostra de 30 países em 2004, para 29 nos mesmos 30 países em 2011-2012. No entanto, apenas 13 desses países confirmaram que seus EMIS foram revisados ou alterados para incluir indicadores relacionados ao HIV.

Quadro 6: Respostas aos NCPI do UNAIDS

As respostas dos países aos NCPI do UNAIDS, em 2005, 2007 e 2010, confirmam que houve progresso. Entre 2005 e 2010, dos países que relataram estar classificados como tendo epidemia de HIV generalizada, concentrada ou baixa (75 países em 2005, 103 em 2007 e 107 em 2010):

- a porcentagem de países com o setor de educação incluído em uma estratégia multissetorial para o HIV aumentou de 80% para 95,3%; aqueles com orçamento específico para atividades contra o HIV no setor de educação aumentaram de 0% para 72,9%; e aqueles que abordam o ambiente escolar passaram de 0% para 94,4%;
- a porcentagem de países que têm uma política ou uma estratégia de promoção da educação em saúde sexual e reprodutiva dos jovens relacionada ao HIV aumentou de 81,3% para 96,3%; e o número de países com uma estratégia de educação em HIV para jovens fora da escola aumentou de 0% para 80,4%; e
- a porcentagem de países que relatam que o HIV faz parte do currículo na educação primária aumentou de 50,7% para 75,7%; na educação secundária, de 65,3% para 92,5%; e, em instituições e faculdades de formação de professores, passou de 0% para 84,1%.

Atualmente, mais países relatam a oferta de educação em HIV: sua inclusão no currículo, seja por meio de habilidades para a vida ou de outros temas, é essencial para garantir que ela seja levada a sério e efetivamente realizada.

Em 2011-2012, 31 dos 39 países pesquisados (79%) indicaram que ofereceram habilidades genéricas para a vida nos níveis de ensino primário, um ligeiro aumento a partir de 2004. Um número maior relatou a provisão de educação de práticas para a vida na educação secundária: 35 países (90%) disponibilizaram habilidades para a vida no primeiro nível da educação secundária, e 32 (82%) no segundo nível. A maioria, dos países relatou que havia materiais de apoio para educação de habilidades para a vida e sobre o HIV.

Esses dados se refletem em uma avaliação de habilidades para a vida realizada pelo UNICEF em 2012,¹³⁹ que concluiu que a cobertura tem aumentado à medida que a educação para a vida se integra ao sistema nacional de ensino e aos currículos. Em uma análise recente¹⁴⁰ sobre o estado da educação em sexualidade e em HIV no ESA, constatou-se que 12 dos 13 países relataram ter tornado o HIV e as habilidades relacionadas para a vida parte obrigatória do currículo; em oito deles de forma passível de serem examinados.

Quadro 7: Educação em habilidades para a vida

“A educação em habilidades para a vida é um importante veículo para preparar os jovens para a negociação e a mediação de desafios e riscos em suas vidas e para permitir a participação produtiva na sociedade. O UNICEF é um defensor da educação em habilidades para a vida (*life skills education* – LSE), e tem sido fonte de apoio para programas de educação desse tipo de habilidades em muitos países. O Escritório de Avaliação do UNICEF encomendou uma avaliação global para analisar relevância, cobertura, eficiência, eficácia e sustentabilidade de iniciativas nessa área. A avaliação constatou que os programas de educação em LSE são relevantes quando introduzidos nos países como parte das respostas nacionais às prioridades identificadas e, portanto, estreitamente alinhados às políticas e aos planos nacionais e setoriais. Há evidências que demonstram que programas de educação em LSE desenvolvem conhecimentos, habilidades e atitudes em áreas temáticas de risco, bem como habilidades psicossociais gerais. Contudo, a não ser nos exames tradicionais em que a aquisição de conhecimento tende a dominar, não há esforços proporcionais em monitoramento e avaliação sistemáticos no nível do sistema ou do aluno individual. Além disso, há evidências da influência das normas sociais (tanto de apoio quanto de constrangimento) sobre o desenho, a implementação e os resultados da educação de habilidades para a vida em todos os níveis, no entanto, poucas intervenções empreenderam análises detalhadas das normas sociais no sentido de compreender seu impacto, reconhecê-las expressamente e encontrar maneiras apropriadas de lidar com elas”.

Fonte: UNICEF. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York, 2012.

O termo “habilidades para a vida”, usado neste livro, refere-se a um pilar do trabalho conduzido pelos parceiros do FRESH, incluindo UNESCO, UNICEF, Banco Mundial, OMS e organizações da sociedade civil na educação em saúde baseada em habilidades. Concentra-se em habilidades de comunicação e interpessoais, habilidades de tomada de decisão e pensamento crítico, e habilidades de enfrentamento e autogestão. Alguns aspectos relacionados e importantes para as habilidades para a vida são o letramento, habilidades

¹³⁹ UNICEF. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York, 2012.

¹⁴⁰ Ver UNESCO; UNFPA. *Sexuality Education*, 2012, op. cit.

básicas em matemática (*numeracy*) e outras habilidades aplicadas desenvolvidas por meio de TVET, que são vitais para a redução da pobreza, a recuperação econômica e o desenvolvimento sustentável.

Da mesma forma, em 2012, os relatórios dos países para o GARPR, analisado mais profundamente no Capítulo 2, revelam que todos os 21 países do ESA possuem uma política ou estratégia para promover a educação em HIV baseada em habilidades de vida para os jovens, e também que essas estratégias incluem elementos de saúde sexual e reprodutiva sensíveis ao gênero e apropriada para a idade. O apoio da UNESCO nessas regiões está bastante direcionado ao fortalecimento do desenvolvimento curricular, à formação de professores e à *advocacy* para apoiar a intensificação da educação em sexualidade.

Contudo, continua a haver diferenças no grau de implementação e há uma diferença significativa entre os padrões de qualidade no desenho e na execução. Prioridades concorrentes, falta de professores, currículos sobrecarregados, material de ensino limitado e foco em temas tradicionais de avaliação levam a uma situação em que o tema “habilidades para a vida” é, muitas vezes, o primeiro a ser cortado.

Os professores precisam ter atribuição clara, apoio e habilidades para ensinar com sucesso sobre o HIV e outros assuntos “sensíveis”. Para isso, a formação de professores é fundamental. A GPS revelou que o número de países que fornecem orientação para os professores aumentou desde 2004, quando apenas 16 em 30 países relataram fornecer tal orientação. Em 2011–2012, os países relataram níveis relativamente altos de formação em serviço e níveis ligeiramente mais baixos de treinamento pré-serviço.¹⁴¹ Essa forma de desenvolvimento profissional é positiva, mas, ao mesmo tempo, é preciso reconhecer o contexto e as condições de serviço mais amplas dos professores, que podem ajudar ou dificultar a implementação das habilidades recém-adquiridas – como apoio administrativo, remuneração adequada e oportuna, cargas de trabalho gerenciáveis, entre outros. Orientação para pais e outros membros da comunidade também é essencial para ampliar a aceitação e o mandato dos professores. A GPS revelou que o número de países que fornece orientação para os pais aumentou de oito em cada 30 (27%) em 2004, para 18 em 30 (60%) em 2011–2012.

Os dados da GPS mostram que há considerável variação na forma como os países tratam o HIV e as questões de recursos humanos. Países com

¹⁴¹ Na coorte de 39 países em 2011–2012, o número de países que reportaram ter formação inicial de professores na educação primária em habilidades para a vida genéricas e em HIV foi de 29/39 (74%) e 24/39 (62%), respectivamente. Na educação secundária, os números foram 31/39 (79%) para habilidades para a vida genéricas e 28/39 (72%) para a educação em HIV. Para a formação em serviço, esses números aumentaram, respectivamente, para 32/39 (82%) e 31/39 (79%) no nível primário, e 34/39 (87%) e 33/39 (85%) no nível secundário.

epidemias generalizadas tendem a ter uma abordagem mais abrangente. No entanto, poucos países tinham analisado o impacto da epidemia sobre a oferta e a procura de recursos humanos no setor de educação, com poucas melhorias desde 2004. Em 2011-2012, apenas 26% dos países pesquisados relataram ter realizado esse tipo de análise.

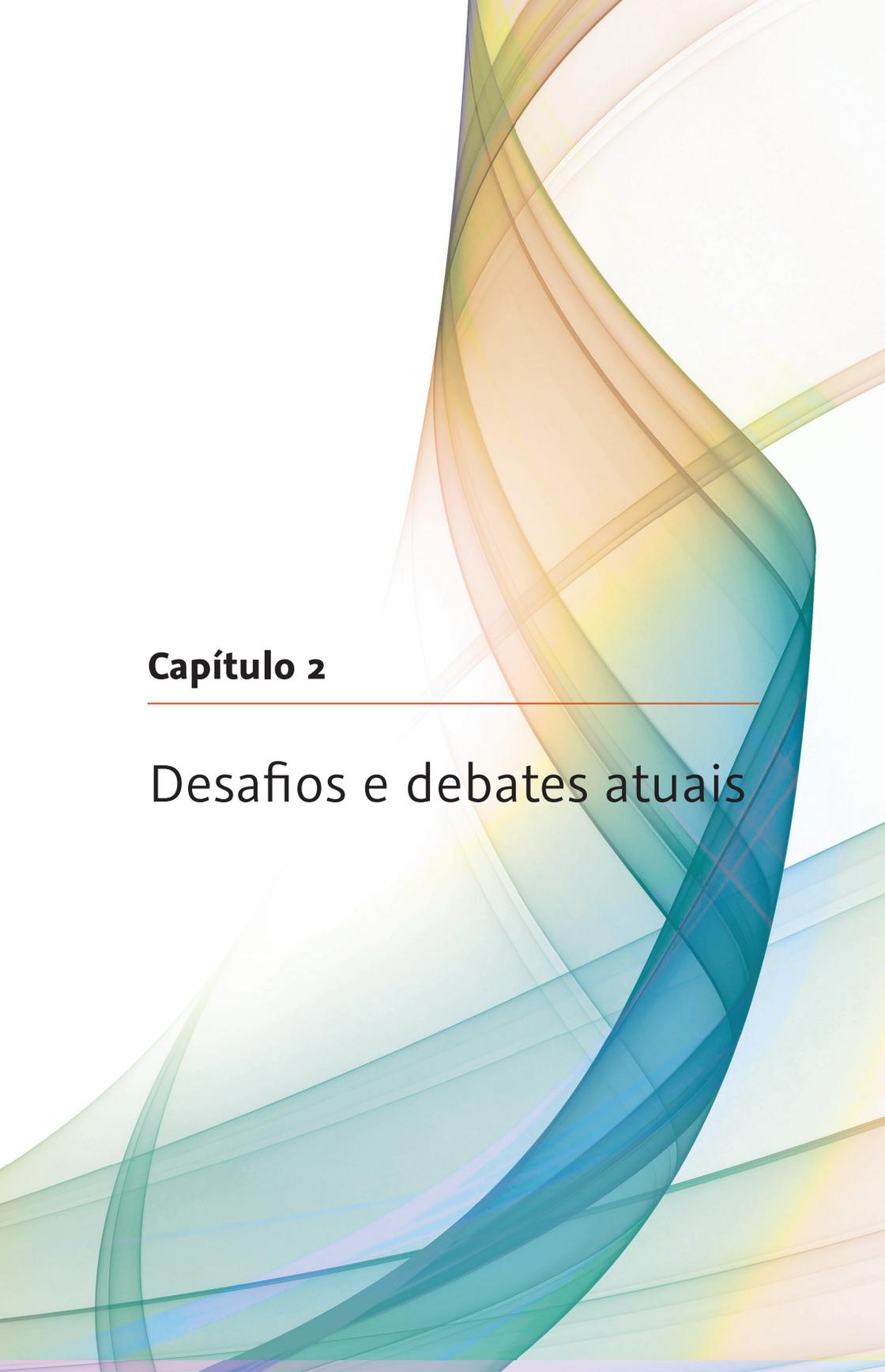
As melhorias nos marcos de políticas têm sido evidentes. As políticas de não discriminação e de confidencialidade estavam disponíveis na maioria dos países, e o número de países com políticas estabelecidas para locais de trabalho dobrou, embora a partir de uma linha de base muito baixa. Assim como acontece com outros aspectos da resposta, a implementação da política é um desafio: a proporção de países que efetivamente aplicam programas de sensibilização e prevenção para o pessoal do setor aumentou de 33%, em 2004, para apenas 50%, em 2011-2012. A oferta de preservativos e de sistemas de encaminhamento estava disponível para os trabalhadores em apenas 50% dos países em 2011-2012.

Houve progressos no alcance das necessidades de crianças e jovens vulneráveis. O levantamento de 2011-2012 constatou que 94% dos países com epidemia generalizada tinham programas para atender às necessidades dos órfãos e das crianças em situação vulnerável. Dos 39 países, 95% relataram que disponibilizam educação para essas crianças sem custos, 77% relataram ter um programa de alimentação escolar e 65% relataram que os professores receberam treinamento no atendimento de alunos infectados pelo HIV. No entanto, esse apoio não está necessariamente disponível em toda escola ou região e alguns programas de alimentação escolar, por exemplo, estão sujeitos à disponibilidade mensal de recursos. Além disso, a proporção de crianças alcançada é desconhecida.

Finalmente, muitos países pesquisados relataram esforços para alcançar jovens fora da escola: 15 dos 17 países com epidemia generalizada informaram alguma ação para atingir esse grupo. No entanto, isso ocorreu apenas em pouco mais da metade dos países com epidemia concentrada.

Resumo

Este capítulo descreveu as formas como a resposta ao HIV evoluiu, passando de uma resposta emergencial a uma crise de saúde pública, caracterizada por programas isolados, para uma resposta integrada no contexto mais amplo de saúde escolar, tal como a educação em habilidades para a vida e a educação em sexualidade. Tem havido um aumento no suporte sistêmico para a educação moderna em HIV por meio de políticas e formação; mas, como apresentado no próximo capítulo, ainda há debates sobre os papéis, as abordagens e os desafios relativos a sua implementação.



Capítulo 2

Desafios e debates atuais

Qualidade e implementação deficientes

Ainda há desafios consideráveis. Um deles é preservar os esforços ao longo do tempo para garantir que as novas gerações de crianças e adolescentes recebam educação em HIV. Outro é melhorar os níveis de conhecimento entre os jovens, inaceitavelmente baixos nos dias atuais. Baixos níveis de conhecimento refletem deficiências na qualidade e na oferta de educação em HIV e na implementação de educação em sexualidade em escala, inclusive em países com epidemias de nível baixo e concentradas, em todos os níveis do sistema de educação. Isso se deve, em parte, aos desafios subjacentes do setor, como ministérios de Educação ineficientes e com poucos recursos e também pela natureza controvertida da educação em sexualidade. O financiamento inadequado para a educação em sexualidade também reflete debates mais amplos sobre o desafio de medir o seu impacto e as expectativas de seus resultados.

Baixos níveis de conhecimento sobre o HIV entre os jovens

Depois de três décadas da epidemia, ainda que as taxas de infecção tenham diminuído em vários países e um grande número de jovens tenha recebido educação em HIV, os níveis de conhecimento entre os alunos permanecem inaceitavelmente baixos. Em 2012, em países de renda baixa e média, apenas 24% das mulheres jovens e 36% dos homens jovens responderam corretamente às cinco perguntas sobre prevenção e transmissão do HIV incluídas no indicador internacional sobre conhecimentos sobre o HIV entre a juventude com idades entre 15 e 24 anos.¹⁴²

¹⁴² UNAIDS. *Global Report*, 2012, op. cit.

Quadro 8: A resposta do setor de educação no Caribe

Há um alto nível de comprometimento com a resposta do setor de educação ao HIV no Caribe, e os esforços para fortalecê-la têm sido apoiados pela EduCan, rede criada em 2006 com o aval dos ministros de Educação e as autoridades nacionais de aids do Caribe. Uma pesquisa rápida, conduzida pela EduCan em 2008, em Anguilla, Antígua, Bahamas, Barbados, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, e Trindade e Tobago constatou que havia um ambiente político favorável para a resposta do setor ao HIV. Os ministérios da Educação em dez dos 13 países dispunham de estrutura local para gerenciar e integrar suas respostas, bem como de uma política nacional de educação gratuita para reduzir as barreiras para órfãos e crianças vulneráveis. Dos 13 países, 12 tinham uma estratégia nacional de HIV, seis tinham uma estratégia de HIV do setor de educação e nove tinham planos de ação do setor de educação para o HIV.

Em todos os 13 países, o setor de educação proporciona educação em sexualidade baseada em habilidades, incluindo a prevenção do HIV, para alunos e funcionários das escolas, principalmente no âmbito da Educação em Saúde e para a Vida Familiar. As escolas usam a abordagem curricular e de educação por pares para fornecer educação em LSE. Além disso, todos os países informaram que os professores eram treinados para ensinar sobre a prevenção ao HIV, embora esse treinamento fosse oferecido em serviço e não previamente. Os ministérios da Educação em nove dos 13 países tinham políticas ou regulamentos relativos ao local de trabalho que garantiam um ambiente inclusivo para os afetados pelo HIV.

Fonte: EDUCAN et al. *Strengthening the Education Sector Response to School Health, Nutrition and HIV/AIDS in the Caribbean Region: A Rapid Survey of 13 Countries*. Christ church: EduCan, 2009.

Na África, o Teste de Conhecimento sobre o HIV-Aids (HAKT) de 2007, encomendado pelos 15 ministérios de Educação associados ao SACMEQ, foi administrado para cerca de 60.000 alunos do sexto ano com idades em torno de 13,5 anos e seus professores, em mais de 2.500 escolas dos países. Constatou-se que apenas 36% dos alunos alcançaram o nível de conhecimento “mínimo” e apenas 7% deles chegaram ao nível “desejável”. Além disso, esses valores médios escondem diferenças significativas entre países. A proporção de alunos com níveis mínimos de conhecimento variou de 70% a 7%, e a proporção com níveis de conhecimento desejáveis de 24% a 2%. A proporção que atingiu níveis mínimos de conhecimento ficou abaixo da média de 36% em sete dos 15 países, e a proporção que alcançou níveis desejáveis de conhecimento ficou abaixo da média de 7% em nove dos 15 países.¹⁴³

Em outras regiões, como Ásia-Pacífico, persistem altos níveis de ignorância sobre o HIV e sobre o sexo em geral.¹⁴⁴ Por exemplo, uma recente avaliação do Programa de Educação de Jovens da Índia – implementado desde 2005 e que atinge cerca de 400 mil alunos anualmente – descobriu que há uma margem significativa para a “melhoria dos níveis de conhecimento entre os alunos sobre questões relacionadas à transmissão e à prevenção do HIV”.¹⁴⁵

¹⁴³ SACMEQ. *How successful are HIV/AIDS prevention education programmes?* 2010. (SACMEQ Policy Issues Series, 3).

¹⁴⁴ COMMISSION ON AIDS IN ASIA. *Redefining AIDS in Asia*, 2008, op. cit.

¹⁴⁵ SAMBODHI RESEARCH AND COMMUNICATIONS PVT Ltd. *Concurrent Evaluation of The Adolescence Education Programme (2010-2011) Report*. New Delhi: UNFPA, 2012.

No Vietnã, apenas 30,5% das mulheres jovens com idades entre 15 e 24 anos têm conhecimento abrangente sobre o HIV.¹⁴⁶ Em um estudo recente na China, apenas 43% dos jovens relataram saber como usar um preservativo corretamente.¹⁴⁷ O foco nas populações-chave pode estar contribuindo para negligenciar as necessidades mais amplas de acesso à informação e aos direitos dos adolescentes sobre sexo, sexualidade e saúde reprodutiva.¹⁴⁸

Os dados apresentados sugerem que os níveis de conhecimento também são relativamente baixos no Caribe. Dos seis países da região que informaram sobre o conhecimento dos jovens sobre a transmissão do HIV no Relatório de 2010 da UNGASS, apenas Cuba, Jamaica e Trinidad e Tobago relataram níveis de conhecimento acima de 50%. Cinco países relataram conhecimento do HIV entre os jovens que usam drogas injetáveis, homens jovens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo jovens. Os níveis de conhecimento variaram de 5% entre jovens profissionais do sexo no Haiti a 65% entre homens jovens que fazem sexo com homens em Cuba.

Na maioria dos países da Europa Oriental e da Ásia Central, os jovens sabem como prevenir a transmissão sexual do HIV, mas poucos têm conhecimento abrangente. Dos 14 países para os quais existem dados disponíveis, apenas a Bielorrússia relata um nível relativamente elevado de conhecimento abrangente sobre o HIV entre os jovens (62,7%); em outros países, a proporção de jovens com idades entre 15 e 24 anos que têm conhecimento correto sobre o HIV não passa de 40%.¹⁴⁹ Ao mesmo tempo, a idade de iniciação sexual é baixa em uma proporção significativa de jovens e a proporção que relata ter feito sexo antes de 15 anos tem aumentado em alguns países.^{150,151}

¹⁴⁶ VIETNAM ADMINISTRATION OF HIV/AIDS CONTROL. *UNGASS Country Progress Report: Vietnam*. Ha Noi, 2010. Disponível em: <http://www.aidsdatahub.org/en/component/docman/doc_download/244-ungass-country-progressreport-vietnam-unknown-author-2010>.

¹⁴⁷ UNAIDS; CHAMP. *AIDS-Related Knowledge, Attitudes, Behavior and Practices: A Survey of 6 Chinese Cities*. Beijing: UNAIDS, China AIDS Media Partnership (CHAMP) partners, 2008. Disponível em: <http://www.aidsdatahub.org/en/reference-materials/hiv-prevention/doc_download/652-unaids-gbc-century-jinqin-marketing-research-et-al-2008-aids-relatedknowledge-attitudesbehavior-and-practices-a-survey-of-6-chinese-cities>.

¹⁴⁸ CLARKE, D. J. *Sexuality Education in Asia: Are We Delivering? An Assessment from a Rights-Based Perspective*. Bangkok: PLAN International, 2012. Disponível em: <<http://plan-international.org/files/Asia/publications/sexualityeducation>>.

¹⁴⁹ Relatórios de progresso dos países submetidos ao UNAIDS. Disponíveis em: <<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/>>.

¹⁵⁰ Idem.

¹⁵¹ WHO. *Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)*. International Report from the 2009/2010. Geneva, 2010. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/socialdeterminants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-inschool-aged-children-hbsc-study>>. Acesso em: 17 out. 2013.

Apesar de ser significativa a transmissão do HIV através de injeções em algumas regiões, há pouca informação disponível sobre o conhecimento dos jovens em relação a esse modo de transmissão, tampouco são coletados dados sobre essa questão por meio da GARPR (ver, ao final deste capítulo, informações sobre esse sistema de relatoria).

Deficiência da educação em HIV e sexualidade no currículo

As experiências da última década têm gerado uma crescente base de evidências sobre a educação em HIV e em sexualidade. Em termos gerais, programas bem-sucedidos se caracterizam por uma abordagem abrangente¹⁵² e pela aprendizagem participativa centrada no aluno, em substituição a uma abordagem pedagógica mais tradicional, centrada no professor.¹⁵³ Uma educação em sexualidade traz uma visão ampla da sexualidade e, assim, inclui temas de direitos humanos, igualdade de gênero, sexo seguro e contracepção, bem como considera a sexualidade uma área de potencial humano. Seu objetivo é ajudar as crianças e os jovens a compreender sua sexualidade e a desenvolver relações responsáveis e plenas em cada fase de suas vidas, além de desenvolver as habilidades para que se protejam de possíveis riscos.¹⁵⁴

Essa abordagem abrangente é diferente de abordagens tradicionais de educação em sexualidade, que tendem a se concentrar nos riscos do sexo – como o HIV, outras IST e a gravidez indesejada – e ignorar os direitos e aspectos de igualdade. Muitas vezes, tais abordagens tradicionais deixam de proporcionar a crianças e jovens as informações e as habilidades de que precisam, ou deixam de estimulá-los a refletir acerca das realidades de sua vida. Em contraste com as táticas de intimidação e outras abordagens contundentes para a prevenção de doenças utilizadas nos estágios iniciais da resposta, a educação em sexualidade pode ajudar os alunos a desenvolver atitudes e habilidades saudáveis em relação ao sexo e aos relacionamentos.¹⁵⁵

¹⁵² UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*, 2009, 2v., op. cit.

¹⁵³ OLLIS, D.; HARRISON, L.; RICHARDSON, A. *Building Capacity in Sexuality Education: The Northern Bay College Experience: Report of the First Phase of the Sexuality Education and Community Support (SECS) Project*. Melbourne: Deakin University, 2012. Disponível em: <<http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30046609/ollis-buildingcapacity-2012.pdf>>.

¹⁵⁴ WHO. Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education, BZgA. *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy-Makers, Educational and Health Authorities and Specialists*. Cologne: BZgA, 2010. p. 5.

¹⁵⁵ MICHIELSEN, K. et al. Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial. *BMC Public Health*, Vol. 12, n. 729, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com>>.

Os baixos níveis de conhecimento refletem inadequações no âmbito da educação em HIV e em sexualidade. As conclusões da pesquisa GPS mostram que os currículos educacionais e o material didático em HIV e sexualidade nem sempre são abrangentes. Por exemplo, uma recente análise de programas escolares de prevenção do HIV na China mostrou que os programas tendem a priorizar uma “abordagem de abstinência”, com foco na “autodisciplina” e na “moralidade sexual”, além de incentivar o atraso do início da vida sexual.¹⁵⁶

Uma avaliação dos currículos de dez entre os países mais afetados do ESA¹⁵⁷ destaca uma série de deficiências:

- As referências à sexualidade tendem a ser negativas e baseadas no medo.
- Faltaram outros aspectos fundamentais do sexo e da saúde sexual, incluindo informações sobre reprodução, IST, aborto e onde acessar preservativos e serviços de saúde sexual.
- A maioria dos currículos abordava a experiência da puberdade estritamente como um processo biológico, sem reconhecer o ambiente social (por exemplo, aumento no assédio, monitoramento parental), o que também pode gerar confusão e sentimentos difíceis em meninas púberes.
- A maioria dos currículos não deu atenção suficiente ao empoderamento dos jovens, à construção de agência ou ao ensino de habilidades de *advocacy*.
- A maioria dos currículos não abordou os direitos sexuais e nenhum deles tratou a diversidade sexual de forma adequada.

Além disso, seja por padrão anterior ou projeto delineado, muitos currículos mantiveram o foco na abstinência e não estavam preparados para reconhecer que um número significativo de adolescentes e jovens são sexualmente ativos ou que podem optar por ser sexualmente ativos antes do casamento. A avaliação constatou, por exemplo, que a maioria dos currículos não continha informações básicas suficientes sobre contracepção e preservativos masculinos e femininos, embora esse conhecimento seja um fator essencial para a prevenção.

Em 2010, sete países do Leste Europeu e da Ásia Central – Azerbaijão, Bielorrússia, Cazaquistão, Quirguistão, Federação Russa, Ucrânia e Uzbequistão – relataram que entre 58% e 100% das escolas forneciam educação em HIV baseada em habilidades para a vida. No entanto, isso não se traduziu em elevados níveis

¹⁵⁶ LI, Y. *Adolescent Sexuality Education*. Shandong: People's Publishing House, 2006 apud UNESCO. *Levers of Success: Case Studies of National Sexuality Education Programmes*. Paris, 2010. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001884/188495e.pdf>>.

¹⁵⁷ Ver UNESCO; UNFPA. *Sexuality Education*, 2012, op. cit.

de conscientização dos alunos. Por exemplo, na Ucrânia, embora a educação em HIV fosse parte do currículo em todas as escolas desde 2001, apenas 40% dos jovens entre 15 e 24 anos tinha conhecimento amplo em 2011. Os níveis de conhecimento estavam abaixo de 40% no Cazaquistão, no Quirguistão, na Moldávia e na Federação Russa, e atingiram apenas 12,5% no Uzbequistão. Os resultados de aprendizagem deficiente nessa região são atribuídos a uma combinação de fatores, incluindo o ensino irregular e inconsistente, número insuficiente de aulas, instrução didática centrada no professor e a tendência a evitar questões “sensíveis”.^{158,159} O tempo alocado para a educação em HIV e a educação para a saúde sexual e reprodutiva em disciplinas obrigatórias, como biologia ou habilidades para a vida, era geralmente insuficiente para que os alunos desenvolvessem conhecimento profundo e as habilidades necessárias para uma vida segura e saudável. As instituições educacionais recebiam, muitas vezes, recursos materiais de maneira inadequada e não tinham o ambiente adequado para apoiar abordagens interativas de ensino e aprendizagem.

A maior parte da educação baseada na escola não aborda a sexualidade, o comportamento sexual ou os direitos reprodutivos e sexuais, embora existam algumas exceções. No Caribe, por exemplo, o currículo da Educação em Saúde e para a Vida Familiar aborda sexualidade e saúde sexual. No entanto, a diversidade de gênero, em particular a questão das pessoas transgênero, é frequentemente ignorada. Na Sérvia, a diversidade de gênero é apresentada como uma “anomalia”,^{160,161} em aulas para alunos da nona série, por exemplo. Guias para professores sobre a educação em sexualidade publicados na Bielorrússia em 2008-2010 definiam homossexualidade e bissexualidade como um desvio psicosssexual.¹⁶² Em 2013, a Federação Russa aprovou uma lei que impõe uma multa a qualquer cidadão ou organização que compartilhe

¹⁵⁸ As informações sobre países da região sudeste da Europa e o Turcomenistão foram extraídas principalmente de um relatório preliminar não publicado: POWELL, A. G.; DIETRICH, L. *Assessment of Youth SRH Education and Healthy Lifestyle Promotion in Eight Countries of EECA*: comissionado pelo Escritório Regional do UNFPA para Europa Oriental e Ásia Central em 2012-2013.

¹⁵⁹ As informações sobre países da Europa Oriental e da Ásia Central foram extraídas principalmente de um relatório elaborado por GLAZIRINA, L.; YEPOYAN, T. *Prevention Education in EECA Countries*, que resultou de uma avaliação situacional comissionada pelo Escritório da UNESCO em Moscou em 2010-2011. O relatório foi publicado (em russo) durante a Conferência Regional de Educação para Prevenção realizada em Almaty, em maio de 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Moscow/pdf/MP1-ED/2011/Almaty_2011_Prevention_Education_Conference_Digest.pdf>.

¹⁶⁰ PRIMARY School Curricula in Bosnia and Herzegovina: a thematic review of the national subject. 2009. (Rascunho). Disponível em: <<http://www.docstoc.com/docs/135357593/Thematic-Review-of-Revised-Curricula-in-Bosnia-and-Herzegovina>>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹⁶¹ SHURKO, T. N. D. *‘Other’ sexual orientations in Belarus school?* Disponível em: <http://gender-route.org/articles/sex_gender_practice/inye_seksual_nosti_v_belorusskoj_shkole/>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹⁶² Idem.

informações com menores de idade (menores de 18 anos) que discuta “relações sexuais não tradicionais” e possa levar a “compreensão distorcida” de que relações gays e lésbicas são “socialmente equivalentes” a relações heterossexuais. Além disso, a educação em HIV também tende a se concentrar na transmissão sexual e o papel desempenhado pelo uso de drogas injetáveis na transmissão do HIV é deixado de lado em muitas áreas do mundo.

Outra deficiência dos currículos atuais de educação em sexualidade e em saúde reprodutiva, incluindo a educação em HIV, é que, muitas vezes, elas se concentram exclusivamente na prevenção à custa de reconhecer e responder às necessidades e aos direitos de saúde sexual e reprodutiva específicos de homens e mulheres jovens que vivem com o HIV. Essas pessoas enfrentam estigma e discriminação continuamente, desde *bullying*, xingamentos e práticas de constrangimento, até a negação de acesso à educação (quando a oferta de educação é condicionada à revelação do estado de HIV). Além disso, devido à vinculação generalizada e inextricável entre HIV e culpa, os alunos HIV positivos carregam, além da carga física da infecção, o fardo do autoestigma. Para ser eficaz, a educação em sexualidade abrangente tem de ser inclusiva e não estigmatizante, ou seja, precisa lidar com o assédio moral sexual e o assédio baseado em gênero, promover a igualdade de gênero, bem como levar em consideração a existência, as necessidades e os direitos (direitos à educação, à privacidade, à experiência de relacionamentos românticos e vida sexual) de todos os jovens que vivem com o HIV.¹⁶³

Também se tem debatido se a educação em HIV e em sexualidade deve ser uma matéria independente, com professores especializados, ou uma matéria integrada ao currículo. Independentemente da abordagem adotada, essa educação só pode ser fornecida quando se aloca tempo para tal. Um estudo de professores canadenses sobre a educação em HIV^{164,165} destacou as dificuldades ligadas ao tempo e ao espaço alocados no currículo para a educação em HIV e em sexualidade, em particular, porque não era uma disciplina independente, mas integrada a outras. Os professores sentiram que não houve tempo suficiente e que não tinham nem a formação nem os recursos para garantir a qualidade do ensino. Uma revisão do UNICEF sobre a educação em saúde e para a vida familiar em quatro países do Caribe identificou desafios semelhantes para implementação curricular. Apesar do entusiasmo, os professores expressaram preocupações sobre o tempo disponível para completar as lições e que tinham problemas em agendar tempo de aula,

¹⁶³ UNESCO; GNP+, 2012, op. cit.

¹⁶⁴ COBBLER, M. A. Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 19. Montreal, 2012. *Abstract*, 2012a. (Conference: abstract, THAD0305). Disponível em: <<http://www.iasociety.org/Abstracts/A200745306.aspx>>.

¹⁶⁵ COBBLER, M. A. *Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal*. 2012b. Thesis (Doctorate in Education) – Concordia University, Montreal. Disponível em: <http://spectrum.library.concordia.ca/974048/1/Cobbler_MA_S2012.pdf>.

dadas outras prioridades e horários escolares. Além disso, muitos professores tinham pouca experiência em sala de aula para usar estratégias pedagógicas interativas que são parte integrante do currículo HFLE.¹⁶⁶

Quadro 9: Integração do HIV ao currículo

Muitos países da região Ásia-Pacífico relatam ter integrado o HIV em seu currículo (dependendo do país, a terminologia pode ser educação para a saúde reprodutiva, educação para adolescência, educação para a vida familiar, educação em habilidades para a vida ou educação em sexualidade). Entre 28 países, 12 relataram lidar com o HIV na educação primária,¹⁶⁷ e dois indicaram sua intenção de fazê-lo no futuro próximo; além disso, 22 de 28¹⁶⁸ relataram abordar o HIV no currículo da educação secundária. Apesar de informações sobre a integração no currículo do nível superior serem escassas, pouco menos de dois terços dos países relatam ter incluído conteúdo de HIV em treinamento de professores.¹⁶⁹

No Leste Europeu e na Ásia Central, por exemplo, apesar de diferenças significativas na abordagem, no conteúdo e na escala da educação em saúde e sexualidade baseada em habilidades para a vida, todos os países integraram a prevenção do HIV em disciplinas obrigatórias ou opcionais. A implementação, no entanto, varia, com a proporção de escolas que relataram oferecer educação em HIV em 2009, com variações de 16,5%, na Bulgária, a 100% no Azerbaijão e no Uzbequistão.

Em países da região sul da África, uma política de infusão e integração foi adotada pelos ministérios da Educação, em um esforço para integrar o assunto e mantê-lo na agenda da aprendizagem. Considere esta definição, apresentada em um currículo de Botswana:

“Infusão: significa a incorporação das questões de HIV e aids no conteúdo de outras matérias que combinam bem com o tema. Esse método permite que o HIV seja distribuído por tantos assuntos quanto possível, de maneira a fornecer aos alunos encontros frequentes com os temas abordados. Portanto, a infusão permite que o HIV faça parte de todos os aspectos do currículo, como programas e materiais didáticos. Como a infusão não requer forte afinidade entre as disciplinas, como é o caso da integração, essa abordagem resulta em menção fácil dos conceitos a serem infundidos.

Integração: implica na combinação de duas ou mais disciplinas para formar uma única, por exemplo, ciências e estudos sociais integrados. Também pode assumir outra forma e incorporar um assunto menor ou um veículo em um tópico relacionado comum ou forte. Há temas que podem servir para vários objetivos do HIV, por exemplo, ciências naturais, educação moral e economia doméstica são conhecidos como os principais temas veiculadores. As disciplinas que permitem que menos questões sejam incorporadas são conhecidas como veiculadores menores. Embora a integração não seja tão difundida no currículo quanto a infusão, ela é muito útil na educação em HIV, na medida em que permite ao professor garantir que as questões sobre o HIV sejam abordadas no momento em aparecem nos objetivos de ensino, especialmente porque elas se tornam passíveis de serem examinadas”.¹⁶⁷

¹⁶⁶ UNICEF. *Strengthening Health and Family Life Education in the Region: The Implementation, Monitoring and Evaluation of HFLE in Four CARICOM Countries*. Barbados, 2009.

¹⁶⁷ Conforme apresentado nos relatórios UNGASS dos países ou relatórios dos países sobre o Índice Composto de Políticas Nacionais (2010). Países incluem Butão, Camboja, Fiji, Indonésia, República Democrática do Laos, Malásia, Myanmar, Papua-Nova Guiné, Cingapura, Tailândia, Timor-Leste e Vietnã.

¹⁶⁸ Idem. Países incluem Afeganistão, Bangladesh, Butão, Camboja, China, Fiji, Índia, Indonésia, República Democrática do Laos, Malásia, Maldivas, Mongólia, Mianmar, Nepal, Papua-Nova Guiné, Filipinas, Samoa, Singapura, Sri Lanka, Tailândia, Timor-Leste e Vietnã. As Ilhas Salomão identificaram isso como previsto para os próximos anos.

¹⁶⁹ Ibid. Países incluem Bangladesh, Camboja, China, Fiji, Índia, Indonésia, Irã, República Democrática do Laos, Malásia, Maldivas, Mongólia, Mianmar, Nepal, Papua-Nova Guiné, Filipinas, Sri Lanka, Tailândia, Timor-Leste e Vietnã.

¹⁷⁰ SEELETSO, L. et al. *Living, Skills for Life: Botswana's Window of Hope: Senior Secondary School Teacher's Guide*. Gaborone: Ministry of Education in Botswana, 2005.

Limitações do ambiente de sala de aula e dos métodos de ensino

O tamanho das turmas faz uma grande diferença para as estratégias que os professores podem utilizar no contexto de sala de aula. Em muitos países em desenvolvimento, sobretudo na África, onde as taxas de matrícula têm aumentado rapidamente nos últimos anos, as turmas são muito numerosas. Em algumas escolas, os professores podem ter turmas com 100 ou mais alunos. Além disso, as aulas incluem, muitas vezes, alunos de diferentes idades, especialmente em lugares onde há muitas crianças fora da idade ou repetentes matriculadas na escola. Turmas grandes e com alunos de diferentes idades são menos favoráveis ao uso de métodos participativos e centrados no aluno, que permitam que as crianças e os jovens explorem atitudes e desenvolvam habilidades. Em grandes grupos, é difícil garantir plena e igual participação de todos os alunos ou, ainda, tratar de uma ampla gama de capacidades e necessidades.

Manter a disciplina e, simultaneamente, criar espaço para a discussão segura e aberta de questões sensíveis quando as turmas são grandes é um desafio até mesmo para os melhores professores. Os professores precisam de habilidades em gestão de sala de aula e formas de se relacionar com seus alunos que promovam o desenvolvimento saudável. Isso significa examinar as fontes de autoridade, poder e hierarquia na sala de aula, bem como criar espaço para o diálogo seguro e aberto, ao mesmo tempo em que se é capaz de manter a disciplina.¹⁷¹ Ideias novas e promissoras sobre a formação de professores estão surgindo. Um exemplo é o uso de técnicas de pesquisa-ação para explorar a dinâmica de gênero tanto na escola quanto no processo educacional.¹⁷²

A educação em HIV também foi implementada com base em diferentes abordagens pedagógicas. De um lado está a visão do aluno como um receptor passivo de conhecimento oferecido por meio de seu professor. Inicialmente, a educação em HIV baseou-se nesse ponto de vista e os fatos foram passados aos alunos na crença de que essa informação poderia ser traduzida em ação. Sabemos que tal abordagem é muito simplista e está distante da vida dos alunos. Em outro espectro, encontra-se a ideia de que a aprendizagem é muito mais complexa do que uma transferência hierárquica de informações. Os alunos não recebem novas informações como uma lousa em branco; ao

¹⁷¹ HELLEVE, A. et al. Can any teacher teach sexuality and HIV/Aids? Perspectives of South African life orientation teachers. *Sex Education*, v. 11, n. 1, p. 13-26, 2011.

¹⁷² WOOD, L. Every teacher is a researcher!: creating indigenous epistemologies and practices for HIV prevention through values-based action research. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, v. 9, Sup 1, p. S19-S27, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744910>>.

contrário, eles trazem a própria experiência do problema, e a informação precisa ser internalizada e contextualizada para ser útil.

Aqueles que adotam o último ponto de vista argumentam que, embora a abordagem do recipiente possa funcionar em determinadas disciplinas, como matemática, é menos eficaz para questões mais específicas, como o HIV e sexualidade, nas quais os alunos precisam ser participantes ativos de sua aprendizagem, de modo que possam traduzir a informação para comportamentos saudáveis em seu contexto de vida.

Professores mal preparados e com pouco suporte

A experiência tem mostrado que a educação eficaz sobre o HIV e a sexualidade depende de educadores capazes e motivados, que recebam formação de qualidade, bem como gerenciamento, supervisão e suporte contínuos.¹⁷³⁻¹⁷⁴ Mesmo o melhor currículo terá pouco impacto sem professores qualificados que possam conduzir discussões abertas, honestas e sem julgamento; que ajudem os alunos a compreender o risco em seu contexto; e que sejam capazes de empregar abordagens participativas. Assume-se, muitas vezes, que os professores são profissionais que estão prontos para ensinar, mas, na prática, percebe-se que eles podem não ter o conhecimento do assunto ou as habilidades necessárias de ensino participativo e interativo para oferecer educação bem-sucedida em HIV.

Na última década, o número de professores formados aumentou bastante, como mostram as informações da GPS – apresentada no capítulo anterior. O programa EFAIDS treinou 200 mil professores por meio de um sistema em cascata em quase 50 países da África, da Ásia, da América Latina e do Caribe. Uma avaliação independente concluiu que

*com base nos dados da avaliação, não parece haver dúvida de que os professores que receberam formação por meio do programa aumentaram seu conhecimento e sua compreensão sobre o HIV e a aids. Em muitos países onde o programa atua, há pouca formação disponível para os professores nesse tópico específico.*¹⁷⁵

¹⁷³ GALLANT, M.; MATICKA-TYNDALE, E. School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science and Medicine*, v. 58, n. 7, p. 1337-1351, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603003319>>.

¹⁷⁴ KIRBY, D.; OBASI, A.; LARIS, B. The effectiveness of sex education interventions in schools in developing countries. In: ROSS, D. et al. *Preventing HIV in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. Geneva: WHO, Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, 2006. p. 103-150. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹⁷⁵ HARLAAR, M. et al. *EFAIDS Programme Review*. Utrecht: Education International, EyeOpener Works and Outbox Consultancy, 2011. p. 10.

Considerou também que “por terem sido envolvidos no programa, os professores desenvolveram competências de ensino (metodologias, ferramentas e competências pedagógicas) não apenas no que diz respeito ao HIV, mas também de uma forma que pode ser aplicada em variada gama de matérias”.¹⁷⁶ Além disso, “os professores atestaram ter mais autoconfiança e autoestima quando se trata de abordar o tema do HIV. Os professores formados sentiram-se mais à vontade para discutir questões relacionadas ao vírus e outros temas sensíveis associados a tabus, dentro e fora da classe.”¹⁷⁷ A avaliação também observou que os treinamentos tiveram consequências positivas, pois o

*aumento da autoestima e do orgulho também reflete em uma mudança positiva de atitude dos professores formados com relação à própria profissão. Em muitos países estudados, a profissão de professor não é considerada uma carreira forte, nem em termos de status nem de remuneração. O programa reconheceu seu profissionalismo e a valiosa contribuição que eles podem oferecer com base em suas habilidades e sua posição.*¹⁷⁸

No entanto, embora esses números e efeitos sejam impressionantes, o programa se baseou no modelo cascata de formação para atingir professores em todo o país, e há preocupações sobre a qualidade da formação nos níveis mais baixos da cascata.¹⁷⁹ Elementos-chave desse processo são a falta de recursos e o fato de que a educação de habilidades para a vida tem sido, muitas vezes, impulsionada pelo financiador e pode não ser parte do currículo geral.¹⁸⁰

De acordo com um relatório de 2012 do UNICEF,¹⁸¹ há forte demanda por formação complementar e apoio aos professores, mas há evidência limitada sobre abordagens para o envolvimento dos professores e o desenvolvimento profissional que respondam de maneira eficaz às demandas específicas da disponibilização da educação de habilidades para a vida além dos conteúdos do conhecimento. A implementação eficaz é comumente vista como dependente da introdução de metodologias participativas no ensino e na aprendizagem, mas existem desafios significativos para a implementação de tais metodologias no contexto de sistemas com recursos limitados e cujos modos didáticos de ensino são mais tradicionais.

¹⁷⁶ Idem. p. 11.

¹⁷⁷ Idem, *ibid.*

¹⁷⁸ Idem, p. 12.

¹⁷⁹ ONYANGO, 2009, *op. cit.*

¹⁸⁰ DUFLO, E. et al. Education and HIV/AIDS prevention, evidence from a randomized evaluation in Western Kenya. Background paper to the 2007 World Development Report. Washington, DC: World Bank, 2006. (World Bank policy research working paper, 4024. WPS4024). Disponível em: <<http://econ.worldbank.org>>.

¹⁸¹ UNICEF, 2012, *op. cit.*

Os resultados da GPS destacam que faltam aos professores pré-formação e formação em serviço adequadas sobre a educação em HIV e em sexualidade. Resultados similares foram encontrados em outras revisões. Por exemplo, na Guiana, uma avaliação da formação de professores pré-serviço e em serviço em HFLE revelou que o tempo destinado para esse tema durante a formação era insuficiente e que os professores precisavam receber mais treinamento na aplicação de atividades interativas e participativas.¹⁸²

No Leste Europeu e na Ásia Central, os esforços até agora têm focado principalmente na formação em serviço para disponibilizar a educação em HIV e em habilidades para a vida, em alguns casos (por exemplo, Azerbaijão, Bielorrússia e Federação Russa) em escala significativa, principalmente com o apoio de doadores internacionais e agências da ONU. Isso está começando a mudar lentamente, já que uma série de países, como Armênia, Moldávia e Ucrânia, começam a integrar o HIV e a saúde sexual e reprodutiva na formação pré-serviço em instituições selecionadas de formação de professores. Entretanto, como a educação em sexualidade, saúde e habilidades para a vida não se tornaram disciplinas obrigatórias, é difícil decidir quais professores treinar para ministrar cursos que as escolas podem optar por oferecer ou não. Ao mesmo tempo, a formação em serviço de professores de disciplinas obrigatórias, como biologia ou educação cívica, revelou-se inadequada, com muitos professores ainda se sentindo desconfortáveis com a discussão de questões sensíveis e incapazes de aplicar métodos participativos de educação em saúde e habilidades para a vida.

As novas tecnologias oferecem potencial. Por exemplo, muitos institutos de formação de professores no Cazaquistão e no Quirguistão usam um *e-course* interativo,¹⁸³ desenvolvido com o apoio da UNESCO, para sensibilizar os professores estagiários sobre o HIV. No Caribe, UNICEF, UNESCO e Caricom têm desenvolvido uma certificação profissional à distância, com abordagens de instrução para a HFLE, emitida pela *University of the West Indies Campus Open*. Além disso, um trabalho pioneiro a respeito da teoria do discurso sobre professores e o HIV foi realizado na África do Sul, na Faculdade de Educação da *University of the Western Cape*. No entanto, o estudo SACMEQ de 2007 constatou uma diferença significativa entre o conhecimento dos professores e os conhecimentos dos alunos, o que sugere que a falta de informação não é a única barreira para o ensino eficaz sobre o HIV e sexualidade. Uma

¹⁸² UNESCO; IBE. *Assessment of the Pre- and In-service Teacher Training on Health and Family Life Education in Guyana*: final report. Paris: UNESCO, IBE, 2009.

¹⁸³ REPUBLICAN TEACHER ADVANCED TRAINING INSTITUTE. *Building Knowledge about HIV and AIDS: An Interactive E-course*. Almaty, Kazakhstan: UNESCO, 2011. Disponível em: <<http://www.unesco.kz/new/ru/unesco/worldwide/cluster/kazakhstan/news/2630/>>. Acesso em: 17 out. 2013.

avaliação recente do UNICEF destacou que a atual formação dos professores não trata adequadamente de elementos importantes, como suas habilidades e suas atitudes psicossociais, e que eles, muitas vezes, percebem não ter um mandato para ensinar sobre o HIV e a sexualidade.¹⁸⁴

Evidências de estudos realizados entre 2000 e 2008 a respeito do ensino sobre o HIV e sexualidade em sala de aula também concluíram que muitos professores não foram capazes de oferecer educação em HIV e sexualidade com sucesso devido à falta de habilidades ou à falta de um ambiente adequado.¹⁸⁵ Por exemplo, um estudo realizado em Moçambique constatou que os professores dos anos iniciais da educação primária não tinham as habilidades para falar sobre questões sensíveis da sexualidade. Havia também desafios na educação secundária, na qual os alunos eram mais experientes do que as crianças mais jovens e frequentemente faziam perguntas difíceis. Os professores mais jovens achavam, muitas vezes, mais fácil falar abertamente sobre HIV e sexualidade. O mesmo estudo descobriu que o apoio dos colegas e da diretoria contribuiu para o interesse dos professores em ensinar sobre o HIV, enquanto a falta de apoio teve um impacto negativo sobre o ensino.¹⁸⁶

Os professores são vistos com frequência como transmissores neutros de informação,¹⁸⁷ mas, na realidade, trazem suas experiências de vida, atitudes e valores para o processo. A prática de “ensino seletivo”, em que os professores evitam conteúdos com os quais se sentem desconfortáveis, tem sido amplamente relatada.¹⁸⁸ O interesse dos professores em se comunicar sobre o HIV também é afetado por preocupações de que as crianças venham a iniciar cedo a vida sexual ou se tornem promíscuas, ou, ainda, que pais ou líderes religiosos não aprovem a educação em sexualidade. Como um professor comentou: “Nós vamos ser acusados de provocar desgraça”.¹⁸⁹ Professores levantaram questões semelhantes em outros estudos e em outros países.¹⁹⁰ Como observado por Kelly, nos países do ESA, os professores

¹⁸⁴ UNICEF, 2012, op. cit.

¹⁸⁵ CLARKE, D. J. *Heroes and Villains*, 2008, op. cit.

¹⁸⁶ VISSER, M. *The Impact of Individual Differences on the Willingness of Teachers in Mozambique to Communicate about HIV/AIDS in Schools and Communities*. 2004. Tese (Doutorado) – Florida State University, Tallahassee. Disponível em: <<http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/TeachersHIVMVisserFinalVersion.pdf>>.

¹⁸⁷ BHANA, D. They've got all the knowledge: HIV education, gender, and sexuality in South African primary schools. *British Journal of Sociology of Education*, v. 30, n. 2, p. 165-177, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/01425690802700222>>.

¹⁸⁸ SCOTT, J. *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. New Haven: Yale University Press, 1985.

¹⁸⁹ VISSER, 2004, op. cit.

¹⁹⁰ COBBLER, 2012b, op. cit.

questionam seu papel nesse tipo de ensino. Eles têm “preocupações de ansiedade” e “preocupações de resistência”. As primeiras referem-se a temores de violar tabus, ofender os pais, serem acusados de incentivar a promiscuidade e práticas morais libertinas nos jovens, ou de que o uso do seu ensino nessa área seja considerado uma forma de abordagem sexual pessoal. Preocupações de resistência referem-se a dúvidas de que a educação em sexualidade, a formação de atitudes sexuais adequadas e a transmissão de orientações comportamentais muito específicas realmente pertencem a seu trabalho como professores, quando toda a sua formação e orientação foram direcionadas, essencialmente, para a área acadêmica.¹⁹¹

Além do ensino seletivo, os professores encontraram outras maneiras de evitar questões difíceis ou desafiadoras. Uma revisão de educação em HIV em países do ESA¹⁹² constatou que os professores optam, muitas vezes, por se concentrar em conhecimento em vez de habilidades, além de utilizar livros didáticos em vez de envolver os alunos em abordagens participativas. Da mesma forma, um estudo no Togo mostrou que os professores das escolas primárias ensinam sobre a transmissão sexual do HIV, mas não ensinam sobre sexo. Os professores comentaram que deixam o tratamento desses temas para especialistas de organizações externas e observaram os benefícios do envolvimento dessas organizações nas escolas.¹⁹³

Estudos recentes mostram que esses desafios persistem. Por exemplo, um estudo realizado na Tanzânia constatou que os professores não conseguiram discutir sexualidade, sexo, uso de preservativos e planejamento familiar.¹⁹⁴ Os professores da Tanzânia tinham medo de que falar de sexualidade pudesse incentivar a atividade sexual e sentiram que as questões a serem discutidas – como homossexualidade, masturbação, preservativos e prazer sexual – eram contrárias às normas, à cultura e à religião da comunidade. Os autores comentaram que os profissionais do ensino são parte da sociedade e não são, portanto, imunes à influência de suas normas, sua cultura e sua religião sobre as

¹⁹¹ KELLY, M. J. Standing education on its head: aspects of schooling in a world with HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education*, v. 3, p. 28-38, 2000. Disponível em: <<http://www.tc.columbia.edu/cice/Issues/03.01/31kelly.pdf>>.

¹⁹² TIENDREBEOGO, G.; MEIJER, S.; ENGELBERG, G. *Life Skills and HIV Education Curricula in Africa: Methods and Evaluations*. Washington, DC: USAID, 2003. (USAID Documento Técnico N. 119). Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT985.pdf>.

¹⁹³ AKPAKA, O.; EKUE-D'ALMEIDA, S. *L'Impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Togo: l'éducation dans le contexte du VIH et du sida*. Paris: IIEP, 2007.

¹⁹⁴ MATUNGWA, D. J. et al. Rethinking the 'Teacher' in School-Based, Teachers-Led Sexuality Education Programmes in Rural and Urban Tanzania. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 19. Washington, DC, 22-25 Jul. 2012. *Abstract No. THAD0306*, 2012. Disponível em: <<http://www.iasociety.org/Abstracts/A200747331.aspx>>. Acesso em: 17 out. 2013.

atitudes em relação à sexualidade dos jovens. Um estudo realizado na América Latina, em 2010, envolvendo cinco países, destacou a necessidade de fortalecer o pré-serviço e o treinamento em serviço, para dar aos professores a oportunidade de considerarem as próprias atitudes, bem como os desafios da falta de tempo no currículo e de recursos limitados.¹⁹⁵ Evidências do Caribe também sugerem que os professores passam por dificuldades para ensinar sobre tópicos sensíveis.¹⁹⁶

Um estudo com professores canadenses descobriu que eles evitam usar as expressões “HIV” e “aids” diretamente e usam palavras como “ele” ou “essa situação” em substituição, o que sugere que não estão à vontade para discutir o tema.^{197;198} Além disso, os professores não foram capazes de abordar questões relacionadas a etnia, pobreza e orientação sexual. O autor concluiu que os professores precisavam de mais informação e formação, assim como materiais de suporte ao ensino mais adequados e acesso a recursos humanos externos. Eles também precisavam de mais tempo para discutir questões sensíveis, bem como se envolver em autorreflexão e avaliação crítica de valores.

Embora a educação seja um ponto de partida, os professores também devem continuar a reconhecer seu desconforto quando são introduzidos temas tabu, como o HIV/Aids, e sua insegurança em como tratar a própria desinformação e os preconceitos [...] Os professores que decidem discutir HIV/Aids em sua sala de aula devem, primeiramente, autoavaliar e reconhecer seu modelo pedagógico. Eles devem fazer uma avaliação crítica daquilo que desejam que seus alunos aprendam e de que responsabilidade esperam ter quando transmitirem essa informação. Derek [um professor entrevistado] estava certo de que era tímido para discutir sexualidade e tinha de ser cauteloso. Justamente por isso, uma avaliação completa sobre os próprios valores com relação à sexualidade e, como extensão, uma avaliação completa sobre sexualidade de todos os professores poderia auxiliá-los quando falassem sobre HIV/Aids. A ignorância tem sido um fator dominante que coíbe as pessoas de ganhar consciência sobre o HIV/Aids. Uma vez que os professores reconheçam sua falta de compreensão e abandonem sua preocupação sobre a forma como seus alunos irão percebê-los, eles estarão mais preparados para discutir o HIV/Aids crítica e extensivamente.¹⁹⁹

¹⁹⁵ CORONA, E.; ARANGO, M. *Teacher Training on Sexuality Education in Latin America and the Caribbean: case studies in five countries*. Santiago: UNESCO, Demysex, 2010.

¹⁹⁶ PLUMMER, D. HIV in Caribbean schools: the role of HIV education in the second most severely affected region in the world. In: MORRISSEY, M. et al. (Eds.). *Challenging HIV/AIDS: a new role for education*. Kingston: UNESCO, Ian Randle Publishers, 2010.

¹⁹⁷ COBBLER, 2012a, op. cit.

¹⁹⁸ COBBLER, 2012b, op. cit.

¹⁹⁹ COBBLER, 2012a, op. cit.

Desafios culturais e de gênero

Outra pesquisa destacou a influência da cultura, da etnia e da religião no ensino sobre o HIV. Por exemplo, um estudo de escolas multiculturais e multirreligiosas de refugiados no Quênia^{200,201} estabeleceu seu foco em gênero, crenças e práticas multiculturais e multirreligiosas, e em como esses aspectos afetam o ensino e a aprendizagem sobre o HIV. Concluiu-se que os professores não têm as habilidades necessárias para lidar com turmas multiculturais. Por exemplo, enquanto meninas cristãs de Turkana e Uganda eram participantes ativas em atividades de educação em HIV, meninas muçulmanas da Somália e da Etiópia permaneciam quietas. Elas eram reservadas e tímidas porque, de acordo com sua cultura e religião, essa era uma forma de mostrar respeito aos professores e alunos do sexo masculino. No entanto, os professores cristãos no Quênia interpretaram mal esse comportamento, considerando-o rude e desconfortável. Em alguns casos, como resultado, os professores evitam o ensino sobre HIV e sexualidade. Como um professor comentou: “quando você entra e tenta conversar sobre questões de HIV/Aids e sexualidade, ficam olhando para baixo, sussurrando, cobrindo seus rostos e isso para mim é muito engraçado. É muito chato e desconfortável ensinar essas meninas”.^{202,203}

O mesmo estudo enfatizou também a influência do gênero sobre a disponibilização de educação em HIV e sexualidade, em especial o impacto dos papéis de gênero culturalmente influenciados, que foram adotados por ambos, professores e alunos, na interação em sala de aula. Por exemplo, os alunos reagiram de forma diferente dependendo do sexo do professor e vice-versa. Meninas e meninos também reagiram de forma diferente para o conteúdo das aulas, com meninos preferindo o conteúdo sexual, ao passo que meninas preferiam conteúdo sobre o amor e o cuidado com as pessoas que vivem com o HIV. Em alguns casos, a participação dos alunos do sexo masculino na preparação de materiais de educação em HIV resultou no desenvolvimento de materiais preconceituosos com relação a gênero, que perpetuam o patriarcado e a dominação masculina. Durante as aulas sobre

²⁰⁰ OCHIENG, R. M. Gender and HIV/AIDS education in the multi-cultural context of schools in Kakuma refugee camp in Kenya. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 19. Washington, DC, 22-25 Jul. 2012. *Abstract no. THAD0304*. 2012a. Disponível em: <<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=12&abstractId=200744697>>.

²⁰¹ OCHIENG, R. M. Gender and HIV/AIDS education in the multi-cultural context of schools in Kakuma refugee camp and its host community in Kenya. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 19. Washington, DC, 22-25 Jul. 2012. *PowerPoint presentation*. Kenya: Kenyatta University, 2012b.

²⁰² OCHIENG, 2012a, op. cit.

²⁰³ OCHIENG, 2012b, op. cit.

o HIV, muitas meninas acharam o comportamento dos meninos intimidante e, portanto, não gostavam de turmas mistas para a educação em HIV.

Além disso, professores do sexo masculino e feminino foram percebidos de forma diferente, dependendo da sua idade. Enquanto professores e professoras mais velhas foram culturalmente considerados como “pais” e, portanto, respeitados, professoras jovens eram vistas como “pares inseguros da mesma idade” e professores jovens como tendo uma “agenda sexual” subliminar. A maioria das meninas refugiadas tinha sofrido assédio sexual e não confiava nos homens, incluindo professores do sexo masculino. As professoras foram consideradas fofoqueiras e, portanto, não eram de confiança.

O estudo destaca a importância de se considerar a cultura, a religião e o gênero de professores e alunos no planejamento da oferta de educação em HIV, assim como a necessidade de educação em sexualidade e em HIV ser realizada por professores que estejam devidamente treinados. Outros estudos observaram que, para as intervenções de educação em HIV serem sustentáveis e eficazes, os professores precisam compreender e posicionar-se no contexto em que vivem, como condição para facilitar abordagens centradas no aluno e que explorem questões da vida, tais como identidade, ansiedade e saúde.²⁰⁴ Por exemplo, eles precisam explorar as próprias construções de gênero como um primeiro passo para a criação de mais práticas de ensino sensíveis ao gênero.

²⁰⁴ BHANA, 2009, op. cit.

Ponto de vista: Ensinar sobre o HIV nas escolas – o elo perdido?

Esta contribuição foi fornecida por Padmini Iyer, Peter Aggleton e David Clarke. Dada a importância central dos professores para a educação eficaz em HIV, eles discutem o que se sabe sobre a formação de professores para a educação em HIV e questões-chave que necessitam de revisão e pesquisa.

Introdução

Até o momento, muitos trabalhos internacionais em educação e HIV têm focado ou em questões de sistemas – por exemplo, avaliar e criar sistemas de ensino, treinamento para formuladores de políticas e pessoal de departamentos de educação – ou em materiais curriculares.^{205,206,207} No entanto, é cada vez mais reconhecida a necessidade de priorizar a educação em HIV para os professores, tanto formação inicial quanto desenvolvimento profissional contínuo.^{208,209,210,211,212,213}

A ausência de formação de boa qualidade que sensibilize os professores para as questões a serem abordadas como parte da educação em HIV e que lhes forneça também competências para ensinar o assunto para os alunos constitui uma barreira significativa para a execução eficaz de educação em HIV em

²⁰⁵ UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey: progression, regression or stagnation?* Paris: UNESCO, 2013.

²⁰⁶ JAMES-TRAORE, T. A. et al. *Teacher Training: essential for school-based reproductive health and HIV/AIDS education: focus on Sub-Saharan Africa*; YouthNet Program. Arlington, VA: Family Health International, 2004. (Youth issues paper, 3).

²⁰⁷ KELLY, M. J. Teacher formation and development in the context of HIV/AIDS. In: MTT. *Educational Planning and Management in a World with AIDS*. Paris: IIEP, International Institute for Educational Planning and Mobile Task Team on the Impact of HIV/AIDS on Education, 2009.

²⁰⁸ STEINHART, K. et al. International networking for sexuality education: a politically sensitive subject. *Sex Education*, 2013.

²⁰⁹ WOOD, 2012, op. cit.

²¹⁰ WEILER, J. M.; WEILER, C. J. M. Addressing HIV/AIDS education: a look at teacher preparedness in Ghana. *Journal of International Social Studies*, v. 2, n. 1, p. 14-25, 2012.

²¹¹ POHAN, M. N. et al. HIV/AIDS prevention through a life-skills school based program in Bandung, West Java, Indonesia: evidence of empowerment and partnership in education. *Procedia Social and Behavioural Sciences*, v. 15, p. 526-530, 2011.

²¹² LOHMANN, T. et al. Knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS among school teachers in Belize. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 13, p. e228-e235, 2009.

²¹³ CLARKE, D. J. *Heroes and Villains*, 2008, op. cit.

muitos países.^{214,215,216,217,218} A situação é mais complexa porque a educação em HIV engloba pelo menos três componentes diferentes, ainda que relacionados: educação para a prevenção do HIV, educação para o tratamento e educação para atenuar os efeitos sociais negativos da epidemia.²¹⁹

Entre os desafios e os obstáculos a serem enfrentados, relatam-se tabus socioculturais relacionadas à discussão do HIV e questões relacionadas com o sexo e o consequente constrangimento ou relutância dos professores em implementar a educação em HIV.^{220,221,222,223,224,225,226,227} Crenças políticas e religiosas dos professores podem acarretar a exclusão de material relacionado ao HIV do currículo.^{228,229,230} A falta de conhecimento dos professores pode levar, ainda, ao compartilhamento de informações incorretas com os alunos.^{231,232}

²¹⁴ UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality*, 2009, v. 1, op. cit.

²¹⁵ UNESCO. *Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools*. Paris: UNESCO, 2007. (Elaborado para a primeira reunião do grupo consultivo UNESCO's Global Advisory Group meeting, 13-14 December 2007).

²¹⁶ ROSS, D. A.; DICK, B.; FERGUSON, J. (Eds.). *Preventing HIV/AIDS in Young People: a systematic review of evidence from developing countries*. Geneva: OMS, 2006. (WHO Technical Report Series, 938).

²¹⁷ SMITH, G. et al. HIV/AIDS school-based education in selected Asia-Pacific countries. *Sex Education*, v. 3, n. 1, p. 3-21, 2003.

²¹⁸ SCHENKER, I. New challenges for school AIDS education within an evolving pandemic. *Prospects*, v. 31, n. 3, p. 415-434, 2001.

²¹⁹ AGGLETON et al., 2012, op. cit.

²²⁰ UNESCO. *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*, 2012, op. cit.

²²¹ KIBOMBO, R. et al. *Adults' Perceptions of Adolescents' Sexual and Reproductive Health: Qualitative Evidence from Uganda*. New York: Guttmacher Institute, 2008. (Occasional Report. 35).

²²² POJHAREL, S.; KULCZYCKI, A.; SHAKYA, S. School-based sex education in Western Nepal: uncomfortable for both teachers and students. *Reproductive Health Matters*, v. 14, n. 28, p. 156-161, 2006.

²²³ ALLEN, L. *Sexual Subjects: young people, sexuality and education*. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2005.

²²⁴ SMITH et al., 2003, op. cit.

²²⁵ BOLER, 2003, op. cit.

²²⁶ KEHILY, M. J. Sexing the subject: teachers, pedagogies and sex education. *Sex Education*, v. 2, n. 3, p. 215-230, 2002.

²²⁷ KINSMAN, J. et al. Evaluation of a comprehensive school-based AIDS education programme in rural Masaka, Uganda. *Health Education Research*, v. 16, n. 1, p. 65-100, 2001.

²²⁸ NATH, A. HIV and Indian youth – a review of the literature (1980-2008). *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, v. 6, n. 1, p. 2-8, 2009.

²²⁹ LAL, S. S. et al. Knowledge and attitude of college students in Kerala towards HIV/AIDS, sexually transmitted diseases and sexuality. *The National Medical Journal of India*, v. 13, n. 5, p. 231-236, 2000.

²³⁰ CHAMSANIT, V. Country study of Thailand. ARROW, *Taking Up the Cairo Challenge: country studies in Asia-Pacific*, p. 47-78. Kuala Lumpur, ARROW, 1999.

²³¹ IYER, P.; AGGLETON, P. 'Virginity is a Virtue: Prevent Early Sex' – teacher perceptions of sex education in a Ugandan secondary school. *British Journal of Sociology of Education*, 2013.

²³² JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

Embora se tenha reconhecido a importância da melhoria da formação de professores para a educação em HIV (tanto formação inicial quanto o desenvolvimento profissional contínuo), há poucas pesquisas sobre questões como qual tipo de educação e de formação de professores funciona melhor, quanto tempo os programas de formação devem durar, como envolver a comunidade nessas formas de educação e que formas de educação são implementadas nas salas de aula.^{233,234,235}

O que sabemos sobre a formação dos professores?

É amplamente aceito que os professores não podem simplesmente ser contratados como “acadêmicos ou divulgadores de conhecimento” para a educação em HIV.^{236,237,238,239,240} Saber o que ensinar é apenas um elemento que prepara um professor para lidar com o HIV na sala de aula; um contexto político favorável, vontade e confiança dos professores para realizar esse trabalho também são fundamentais.²⁴¹

Além do foco no domínio cognitivo (por exemplo, conhecer maneiras de evitar contrair o vírus), há, também, necessidade de enfatizar os aspectos afetivos da educação (por exemplo, ao examinar os valores pessoais) e mudar comportamentos (por exemplo, tomar boas decisões).²⁴² Ao fornecer aos educadores iniciantes oportunidades de examinar as próprias atitudes em relação a sexualidade e comportamentos, entender o conteúdo que estão ensinando e ganhar confiança em discutir assuntos delicados e controversos, os professores podem ser “transformados em [...] agentes de mudanças sociais positivas, comprometidos, responsáveis e eficazes”.^{243,244,245,246}

²³³ AGGLETON, P.; YANKAH, E.; CREWE, M. Education and HIV/AIDS: 30 years on. *AIDS Education and Prevention*, v. 23, n. 6, p. 495-507, 2011.

²³⁴ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²³⁵ CLARKE, D. J. *Heroes and Villains*, 2008, op. cit.

²³⁶ WEILER; WEILER, 2012, op. cit.

²³⁷ KELLY, 2009, op. cit.

²³⁸ ONYANGO, 2009, op. cit.

²³⁹ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁴⁰ WOOD, L. Not only a teacher, but an ambassador: facilitating HIV/AIDS educators to take action. *African Journal of AIDS Research*, v. 8, n. 1, p. 81-92, 2009.

²⁴¹ WEILER; WEILER, 2012, op. cit.

²⁴² Idem.

²⁴³ KELLY, 2009, op. cit.

²⁴⁴ ONYANGO, 2009, op. cit.

²⁴⁵ Idem.

²⁴⁶ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

A utilização de metodologias de ensino participativo, centradas no aluno para a educação em HIV – tanto para professores quanto para alunos – é recomendada por muitos pesquisadores e profissionais. No entanto, simplesmente “dizer aos professores aspectos gerais sobre as estratégias que podem ser usadas em sala de aula, sem exemplos e modelos, normalmente não leva a uma compreensão profunda”.²⁴⁷ Métodos participativos alternativos para ensinar sobre o HIV podem ser o foco para a criação de um ambiente de diálogo aberto e seguro e, ao mesmo tempo, para envolver de forma adequada comportamento cultural, de gênero e idade.²⁴⁸ O uso de um jogo de simulação em educação em HIV com os professores ainda em pré-serviço na África do Sul oferece um exemplo desse tipo de abordagem: as conclusões sugerem que essa nova pedagogia experimental foi particularmente eficaz à luz da ingenuidade relativa dos professores em treinamento quanto à intersecção de questões biológicas, socioculturais e econômicas na transmissão do HIV.²⁴⁹ Na Jamaica, verificou-se que os professores formados por meio de métodos experimentais de ensino, exercícios participativos, dramatizações e artes cênicas estiveram mais propensos a usar esses mesmos métodos em suas salas de aula do que aqueles que foram treinados com pedagogia mais tradicional.²⁵⁰ Da mesma maneira, constatou-se que a formação inicial de professores em torno de métodos participativos melhorou os conhecimentos relacionados ao HIV dos professores no Camboja.²⁵¹

Tanto programas pré-serviço quanto em serviço são necessários para preparar os professores de forma adequada para o seu papel na educação em HIV. Tem-se observado que uma configuração pré-serviço “oferece oportunidade para que os futuros professores explorem as próprias crenças e preocupações” relativas à educação em HIV; além disso, pode ser também um processo de baixo custo para iniciar tais programas.^{252,253} Embora os programas de formação de professores pré-serviço sejam geralmente realizados em faculdades de formação de professores ou nos departamentos de educação das universidades, a formação em serviço para quem já está ensinando é, muitas vezes, patrocinada por organizações internacionais ou ONGs locais, frequentemente apoiadas pelo governo e ligadas ao ministério da Educação nacional.²⁵⁴ Quando utilizadas de forma isolada, as duas abordagens

²⁴⁷ ONYANGO, 2009, op. cit.

²⁴⁸ WEILER; WEILER, 2012, op. cit.

²⁴⁹ PETERSEN, N.; DE BEER, J.; DUNBAR-KRIGE, H. Use of a simulation game for HIV/AIDS education with pre-service teachers. *African Journal of AIDS Research*, v. 10, n. 1, p. 73-81, 2011.

²⁵⁰ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁵¹ CLARKE, D. J. *Heroes and Villains*, 2008, op. cit.

²⁵² JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁵³ UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*, 2013, op. cit.

²⁵⁴ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

têm fraquezas potenciais. Componentes de educação em HIV em programas de formação pré-serviço muitas vezes não são de fato implementados, ao passo que programas de educação continuada podem ter sucesso limitado em atingir um número significativo de professores ou mesmo no desenvolvimento da compreensão e de práticas de ensino de que necessitam.^{255,256,257}

Programas de formação pré-serviço e em serviço podem ser reforçados com a participação ativa dos professores em seu desenvolvimento e sua implementação. Por exemplo, constatou-se que o envolvimento de professores no planejamento e na implementação para melhorar o desenho de uma intervenção para educação em HIV no oeste de Java, na Indonésia, aumentou sua motivação.²⁵⁸ Ensino e pesquisa empíricos, baseados em ação e específicos para o contexto sobre aspectos da educação em HIV, têm sido empregados de maneira notável na África do Sul e no Quênia, com o objetivo de romper o silêncio, reduzir o estigma e preparar os professores para apoiar alunos e colegas infectados e afetados pela epidemia. Formação por meio de pesquisa-ação permite aos professores que examinem as próprias experiências e atitudes, os incentiva a criar hipóteses e testar as próprias sugestões, assim como a interagir com seus colegas em um diálogo reflexivo sobre o ensino eficaz acerca do HIV.^{259,260} Essa abordagem é consistente com a preparação de professores para que se tornem “aprendizes ao longo da vida, capazes de aprender com a própria prática, mantendo o diálogo reflexivo com outros professores, especialistas e pesquisadores da área”.²⁶¹

O que sabemos sobre as barreiras para um trabalho eficaz?

Vários obstáculos impedem a implementação da formação de professores para a educação eficaz sobre o HIV. Fatores socioculturais, por exemplo, tabus culturais relacionados ao HIV, particularmente sexo e drogas, podem implicar em que a educação em HIV seja negligenciada nas escolas, apesar da disponibilidade de programas de educação e de formação de professores. A sensibilidade política de discutir questões controversas na sala de aula coloca professores e alunos em risco de sentirem-se desconfortáveis ou mesmo de ofender pais e gestores (por exemplo, em países da América Latina²⁶² e da África Subsaariana²⁶³). As crenças religiosas dos professores desempenham um papel considerável na

²⁵⁵ UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*, 2013, op. cit.

²⁵⁶ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁵⁷ KELLY, 2009, op. cit.

²⁵⁸ POHAN et al., 2011, op. cit.

²⁵⁹ WOOD, 2012, op. cit.

²⁶⁰ ONYANGO, 2009, op. cit.

²⁶¹ Idem.

²⁶² STEINHART et al., 2013, op. cit.

²⁶³ WEILER; WEILER, 2012, op. cit.

determinação dos temas que estão dispostos a discutir. A sensibilidade de discutir drogas e sexo em uma sociedade muçulmana tem sido citada como um obstáculo para os professores executarem a educação em HIV na Indonésia.²⁶⁴ No entanto, tem-se mostrado que crenças evangélico-cristãs de professores têm sido responsáveis por um foco “somente em abstinência” em Uganda.²⁶⁵

Foram observados vários outros desafios para a formação de professores na escala necessária para a efetiva implementação nacional com 100% de cobertura. Em muitos países da Ásia e do Pacífico, o escopo, a qualidade e o foco da formação inicial de professores nas áreas de educação em HIV frequentemente não conseguem preparar os professores de forma adequada para os desafios que enfrentam nas escolas, o que, por sua vez, pode significar que o constrangimento e as ansiedades dos professores continuam sem solução. Mais uma vez, isso leva a que o assunto não seja ensinado de maneira alguma.^{266,267}

A falta de recursos disponíveis também é uma barreira para a implementação de treinamento e de formação efetivos de professores para a educação em HIV. No Timor-Leste, a alocação limitada de orçamento para a resposta do setor de educação ao HIV levou a uma falta de recursos disponíveis para a formação pré-serviço, incluindo tempo e materiais.²⁶⁸ Enquanto isso, o modelo de formação em cascata em serviço para professores, amplamente adotado em países como Filipinas²⁶⁹ e Tailândia,²⁷⁰ tem sido criticado por seu sucesso limitado na mudança de práticas e de comportamentos de professores por meio de uma única oficina inicial, e da dependência posterior de que um pequeno grupo de professores entenda e transmita novas informações aos colegas.²⁷¹ Problemas semelhantes foram encontrados no Quênia, onde o Ministério da Educação teve como objetivo preparar os professores para a educação em HIV por meio de um curso de formação em modelo cascata, com duração de uma semana. Não é novidade que essa abordagem frequentemente não conseguiu resolver as ansiedades e as preocupações dos professores, tampouco prepará-los adequadamente para a execução da educação em HIV.²⁷²

²⁶⁴ POHAN et al., 2011, op. cit.

²⁶⁵ IYER; AGGLETON, 2013, op. cit.

²⁶⁶ UNESCO. *Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools*, 2007, op. cit.

²⁶⁷ ROSS; DICK; FERGUSON, 2006, op. cit.

²⁶⁸ UNESCO. *A Situation-Response Analysis of the Education Sector's Response to HIV, Drugs and Sexual Health in Timor Leste*. Jakarta: UNESCO, 2012.

²⁶⁹ SCHWILLE, J.; DEMBELE, M. *Global Perspectives on Teacher Learning: improving policy and practice*. Paris: IIEP, UNESCO, 2007. (Fundamentals of Educational Planning series, 84). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001502/150261e.pdf>>.

²⁷⁰ SMITH et al., 2003, op. cit.

²⁷¹ SCHWILLE; DEMBELE, 2007, op. cit.

²⁷² ONYANGO, 2009, op. cit.

O que sabemos sobre os fatores que contribuem para o sucesso?

A duração e a cobertura da capacitação oferecida parecem ter um impacto considerável sobre a eficácia dos professores. A correlação entre a duração da formação e o conteúdo de educação em HIV ensinado aos alunos tem sido observada em países da África Subsaariana.²⁷³ Treinamentos de curto prazo ou cursos de formação únicos podem ser insuficientes para influenciar a confiança e a competência do professor a médio e longo prazo; assim, parece improvável que as alterações exigidas nas atitudes e nos comportamentos dos professores venham a acontecer em um curto período de tempo.^{274,275} Espera-se que os professores que recebam formação inicial em um ambiente pré-serviço e por meio de cursos de acompanhamento em serviço e venham a se beneficiar mais.²⁷⁶ Exemplos de abordagens bem-sucedidas de longo prazo incluem professores trabalhando em equipes, a obtenção de observação periódica para *feedback* construtivo e participação em cursos de reciclagem que possam reforçar novas habilidades e conhecimentos, além de ajudar os professores a lidar com questões e preocupações.²⁷⁷ Tailândia, México, Jamaica, Zâmbia e Quênia são alguns países que adotaram essa abordagem para apoiar os professores após treinamento pré-serviço.^{278,279,280}

Vários programas de formação pré-serviço e em serviço para a educação em HIV tiveram problemas porque os próprios docentes não tinham uma compreensão teórica e prática da epidemia e de suas implicações.²⁸¹ A prioridade na implementação de tais programas deve ser, portanto, desenvolver competências e conhecimento adequados – incluindo habilidades de pesquisa – entre os trabalhadores da educação nas universidades e nas instituições de formação de professores.^{282,283,284}

Além da estrutura dos próprios programas de formação de professores, uma coordenação eficaz parece ser essencial para a formação bem-sucedida de pro-

²⁷³ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁷⁴ Idem.

²⁷⁵ ONYANGO, 2009, op. cit.

²⁷⁶ KELLY, 2009, op. cit.

²⁷⁷ ONYANGO, 2009, op. cit.

²⁷⁸ BIRDTISTLE, I.; VINCE-WHITMAN, C. *Reproductive Health Programs for Young Adults: School-Based Programs*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 1997.

²⁷⁹ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁸⁰ ONYANGO, 2009, op. cit.

²⁸¹ KELLY, 2009, op. cit.

²⁸² Idem.

²⁸³ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁸⁴ CLARKE, D. J. *Heroes and Villains*, 2008, op. cit.

fessores para a educação em HIV. A formação de professores não deve ser vista isolada da comunidade em geral. As experiências de Uganda e do Malawi têm mostrado que o envolvimento de líderes locais e pais na formação pré-serviço e em serviço pode servir para sensibilizar as comunidades sobre o HIV e reduzir a oposição ao ensino sobre a epidemia na escola.²⁸⁵ O apoio da administração da escola, particularmente da direção, também é essencial para conferir legitimidade à educação em HIV, facilitar que professores e a comunidade se sintam mais confortáveis e garantir que o conteúdo seja realmente coberto.^{286,287,288}

Parcerias e apoio além do ambiente escolar também são necessários para garantir o sucesso dos programas de formação de professores. Em particular, o apoio dos ministérios é essencial para assegurar a liderança e o compromisso com a sustentabilidade, de modo a garantir que a informação seja consistente em todos os programas e maximizar recursos limitados.²⁸⁹ A experiência recente de educação em sexualidade e em HIV em seis países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Paraguai, Peru e Uruguai) chamou a atenção para as vantagens da harmonização das políticas públicas, do fortalecimento dos laços entre os setores de saúde e educação e da ênfase colocada na formação de professores e alunos.²⁹⁰ Gerar vontade política na comunidade educacional tem facilitado o desenvolvimento de capacidades para os professores, o desenvolvimento de diretrizes operacionais e a elaboração de diretrizes pedagógicas, todos fatores que facilitaram a implementação da educação sustentável em HIV e sexualidade nesses países.²⁹¹

Que questões precisam ser revisadas e pesquisadas?

Parece haver algum consenso sobre as melhores práticas na formação de professores para implementar a educação em HIV. Uma combinação de formação pré-serviço e apoio em serviço para professores, implementados por instrutores que sejam bem treinados, e programas que envolvam ativamente os professores, aumentem seus conhecimentos sobre as questões do HIV e os incentive a examinar e contestar as próprias atitudes e crenças são aspectos favoráveis à implementação de uma educação em HIV de boa qualidade nas escolas. No entanto, ainda há poucas pesquisas que examinam como tais programas são implementados na realidade e qual é seu impacto sobre as práticas de sala de aula.

²⁸⁵ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁸⁶ OBARE, F.; BIRUNGI, H. Policy scripts and students' realities regarding sexuality education in secondary schools in Kenya. *Sex Education*, 2013.

²⁸⁷ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁸⁸ UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*, 2009, v. 1, op. cit.

²⁸⁹ JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁹⁰ STEINHART et al., 2013, op. cit.

²⁹¹ Idem.

Persiste o debate quanto à possibilidade de formação para educação em HIV ser oferecida como um elemento de currículo separado ou integrado nos aspectos mais gerais do currículo de formação dos professores.^{292,293} Uma revisão de programas de habilidades para a vida na África Subsaariana realizada pelo UNICEF descobriu que associar a educação em HIV ao contexto do desenvolvimento de competências pessoais e de saúde (dimensões em que tais assuntos existem e são ensinados) pode funcionar melhor do que integrar o material a outros temas, sob o risco de se perder.²⁹⁴ No entanto, essa revisão de 1999 reportou achados anteriores a esse ano. Portanto, há necessidade urgente de rever a questão no contexto recente da “fadiga da aids” nas escolas, especialmente em contextos em que o impacto da epidemia tem sido maior.²⁹⁵

É necessária maior atenção à educação e à formação de professores para o ensino sobre o HIV, incluindo foco em abordagens e modelos que sejam efetivos em termos de custo e tenham melhor desempenho.²⁹⁶ Trabalhos recentes sobre educação em sexualidade e sobre o HIV na América Latina sugerem que, depois do Acordo de Harmonização Regional, de 2007, e da Declaração do México, de 2008, houve notável ênfase em formação e programas de educação para sensibilização de professores.²⁹⁷ Entretanto, nessa região e em todo o mundo, os dados mais desagregados (por exemplo, sexo e idade, formação de professores da educação primária *versus* educação secundária, ambientes rurais e urbanos) precisam fornecer mais detalhes sobre formação e treinamento eficazes de professores.

É importante obter mais informações sobre como a formação para a educação em HIV é incorporada em reformas mais amplas da formação de professores, e como os professores são selecionados para treinamento e implementação da educação em HIV. Em geral, há necessidade de mais pesquisas que examinem o que realmente se passa nas salas de aula, a fim de compreender e resolver potenciais desconexões entre intenções de políticas, práticas de formação de professores e as realidades das salas de aula.

²⁹² JAMES-TRAORE et al., 2004, op. cit.

²⁹³ KELLY, 2009, op. cit.

²⁹⁴ SENDEROWITZ, J.; KIRBY, D. *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programs*. Arlington, VA: Family Health International/YouthNet, 2006.

²⁹⁵ ZISSER, A.; FRANCIS, D. Youth have a new attitude on AIDS: but are they talking about it? *African Journal of AIDS Research*, v. 5, n. 2, p. 189-196, 2006.

²⁹⁶ UNESCO. *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*, 2012, op. cit.

²⁹⁷ STEINHART et al., 2013, op. cit.

Educação em sexualidade em países com epidemias de nível baixo e epidemias concentradas

Os baixos níveis de conhecimento também refletem o fato de que relativamente poucos países têm implementado a educação em sexualidade em escala nacional.²⁹⁸ Entre esses, incluem-se, por exemplo, Nigéria²⁹⁹ e Índia,³⁰⁰ sendo que ambos estão aumentando a cobertura de programas com foco na sexualidade, na saúde e na educação, embora muitos alunos ainda não sejam atingidos. Na América Latina e Caribe, onde a IPPF realizou avaliações sobre o estado da educação em sexualidade e lançou recentemente um banco de dados de informações relacionadas,³⁰¹ houve um progresso razoável. Por exemplo, na Colômbia o governo está implementando uma abordagem inovadora para educação em sexualidade e cidadania,³⁰² e a educação em sexualidade está sendo levada para 900 escolas no Peru.³⁰³

No entanto, uma revisão recente³⁰⁴ descobriu que a educação em sexualidade está longe de ser institucionalizada na maioria dos países de renda baixa e média, para os quais a epidemia de HIV traz um peso desproporcional. Mesmo em países com as maiores taxas de HIV, projetos-piloto de pequena escala são a norma e havia relativamente poucos exemplos de programas sustentáveis de maior escala nos currículos educacionais. A falta de institucionalização da educação em sexualidade deve-se a fatores que incluem falta de compromisso político, de planejamento de longo prazo e de investimento adequado; restrições do sistema de educação; falta de clareza sobre como implementar esses programas e como ampliá-los em diversos contextos; e, o mais importante, falta de coordenação entre os diferentes atores.³⁰⁵ Na Tailândia, por exemplo, o projeto *Teen Path*, que teve como objetivo integrar a educação em sexualidade e prevenção do HIV no currículo da 7ª a 12ª séries de escolas selecionadas, enfrentou desafios para a ampliação, incluindo dificuldade

298 UNESCO. *Comprehensive sexuality education*, 2012, op. cit.

299 Nigéria. Disponível em: <<http://www.arfh-ng.org/hiv.php>>. Acesso em: 21 out. 2013.

300 Índia. Disponível em: <http://mhrd.gov.in/adolescence_education>. Acesso em: 21 out. 2013.

301 Ver: <<http://eisdatos.ippfwhr.org/contenido/acerca-de>>. Acesso em: 21 out. 2013.

302 Disponível em: <http://sti.bmj.com/content/87/Suppl_1/A328.3.abstract>. Acesso em: 21 out. 2013.

303 Disponível em: <http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/ippf_ar10_en_fa.pdf>. Acesso em: 21 out. 2013.

304 UNESCO. *Comprehensive sexuality education*, 2012, op. cit.

305 Idem.

de institucionalização de um projeto-piloto no âmbito das estruturas governamentais e de um sistema de educação descentralizado e também a percepção entre os gestores educacionais de que a questão tinha pouca relevância em um sistema que prioriza a “excelência acadêmica”.³⁰⁶

A questão-chave é como a educação em sexualidade se traduz em currículos, planos de aula e no ensino em sala de aula, uma vez que o currículo é um espaço contestado. Na Índia, por exemplo, a controvérsia em torno do Programa de Educação do Adolescente provocou a sua retirada em alguns estados. Alguns professores podem ter alguma autonomia para decidir como interpretar o currículo, no entanto, espera-se que outros sigam um caminho mais prescritivo. Na educação em HIV e sexualidade, isso pode fazer uma diferença significativa para a qualidade e os resultados.

A educação em sexualidade também tem sido vista como polêmica em outras regiões. Em vários países do Leste da Europa e da Ásia Central, os programas de educação para a saúde sexual e reprodutiva foram introduzidos na década de 1990, principalmente por ONGs, mas sem uma preparação adequada de professores e sem envolvimento dos pais e de outros atores. Como resultado, houve objeções dos pais e de organizações religiosas, o que fortaleceu a opinião daqueles que argumentavam que a educação em sexualidade era contra os valores tradicionais e da moralidade, e que não era adequado discutir o uso de camisinha nas escolas. A maioria desses programas foi suspensa. Entre 1999 e 2006, foram feitas tentativas de reintroduzir a educação em sexualidade no contexto da educação para a vida, evitando-se o uso do termo “sexualidade”. Hoje, a educação em HIV é realizada em todos os países da região, embora existam diferenças significativas na abordagem, no conteúdo e na escala de implementação. Em alguns países, continuam a ser levantadas preocupações sobre sexualidade e o conteúdo de materiais de ensino sobre o HIV, conseqüentemente, a educação em sexualidade não tem sido incorporada no currículo nem disponibilizada em escala nacional.

³⁰⁶ Ibid.

Quadro 10: Contexto político na região Ásia-Pacífico

A região da Ásia-Pacífico tem um ambiente político altamente favorável para a implementação da educação em HIV: logo no início, o setor de educação incluiu a saúde sexual e reprodutiva, HIV e outras questões relacionadas em suas políticas e suas normativas em países tão diversos como China (1988), Indonésia (1997), Filipinas (1995) e Tailândia (1991).^{307,308} Uma década depois, países como Camboja, República Democrática do Laos, Nepal, Paquistão, Papua-Nova Guiné e Vietnã integraram o HIV em políticas setoriais, geralmente no contexto da saúde na escola ou educação em saúde; e dois países – Camboja e Papua-Nova Guiné – criaram políticas de HIV específicas para o setor de educação.^{309,310} Em uma recente análise das políticas e das estratégias na região, 21 das 25 estratégias ou planos nacionais de HIV traziam alguma referência ao papel da educação, incluindo, em alguns casos, a referência a estratégias setoriais detalhadas. A maioria deles visam a jovens na escola, mencionam o desenvolvimento de capacidades dos professores e a promoção da educação em HIV e de habilidades para a vida.³¹¹

Falta educação em HIV e sexualidade nas escolas primárias

A educação abrangente em sexualidade, incluindo a educação em HIV, deve ser oferecida em uma abordagem de construção gradual ao longo dos anos críticos de desenvolvimento, dos 5 a 18 anos de idade. Os objetivos de aprendizagem devem ser distribuídos logicamente, de forma que os conceitos para os alunos mais jovens incluam informações mais básicas e tarefas e atividades cognitivas menos avançadas.³¹² Para maximizar o aprendizado, é essencial que os princípios sejam postos em prática já na educação primária.³¹³ Além disso, como discutido a seguir e em maior detalhe no Capítulo 3, em muitos países, as taxas de conclusão da educação primária e de matrícula na educação secundária permanecem baixas, por

³⁰⁷ UNESCO. *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*, 2012, op. cit.

³⁰⁸ SMITH, G.; KIPPAX, S.; AGGLETON, P. *HIV and Sexual Health Education in Primary and Secondary Schools: findings from selected Asia-Pacific countries*. Sydney: National Centre in HIV Social Research, Faculty of Arts and Social Sciences, University of New South Wales, 2000. Disponível em: <http://nchsr.arts.unsw.edu.au/media/File/asian_pacific.pdf>.

³⁰⁹ PAPUA NEW GUINEA. Department of Education. *HIV and AIDS Policy for the National Education System of Papua New Guinea 2012–2016*. Port Moresby: PNG Department of Education, 2012.

³¹⁰ CAMBODIA. Ministry of Education, Youth and Sport. *Workplace Policy on HIV and AIDS*. Phnom Penh, MoEYS, 2008. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_191146.pdf>.

³¹¹ UNESCO. *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*, 2012, op. cit. Esta revisão foi baseada em revisões regionais anteriores, incluindo CLARKE, D. *Sexuality Education in Asia*, 2012, op. cit.; e SMITH; KIPPAX; AGGLETON, 2000, op. cit.

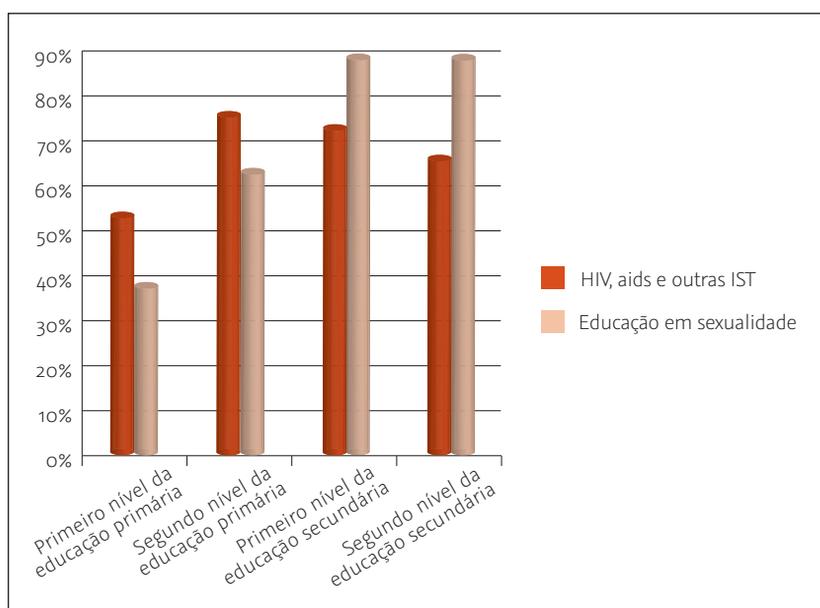
³¹² UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*, 2009, v. 1, op. cit.

³¹³ Idem para o detalhamento de disciplinas a serem cobertas por faixa etária.

isso é fundamental garantir que as crianças recebam alguma educação em HIV e sexualidade na escola primária.

Isso nem sempre acontece e os esforços até agora têm se concentrado principalmente na disponibilização de educação em HIV e sexualidade na educação secundária. A GPS mostrou que a maioria dos países incluiu a educação em HIV e sexualidade em seu currículo no nível secundário.³¹⁴ No entanto, os números para a educação primária são menores, com apenas 38% dos países participantes da pesquisa relatando a inclusão da educação em sexualidade e 54% a inclusão da educação em HIV no currículo primário inicial (ver Figura 2). Alguns respondentes apontaram que a inclusão no currículo não garante que ela seja ensinada, especialmente no que diz respeito a temas sensíveis. Isso significa que o número de crianças que recebem educação adequada sobre os temas apropriados à idade pode ser menor do que o reportado oficialmente.

Figura 2: Inclusão da educação em HIV e em sexualidade no currículo dos 39 países da GPS



Fonte: UNAIDS ETIA. 2011-2012 *Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*. Arquivo de dados disponível a pedidos em aids@unesco.org

³¹⁴ UNAIDS IATT. 2011-2012 *Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*, 2013, op. cit. Arquivo de dados primários disponível por solicitação a aids@unesco.org.

Estas e outras deficiências foram confirmadas por recentes revisões nos países, por meio de ferramentas como a SERAT, desenvolvida pela UNESCO. Por exemplo, em 2012, o Instituto de Educação da Tanzânia usou a SERAT para realizar uma revisão³¹⁵ de conteúdo, por conceito-chave, em diferentes níveis do sistema educativo. A revisão mostrou que, para a faixa etária de 5 a 8 anos, o empoderamento da juventude, a sexualidade e o comportamento sexual foram as áreas mais fracas.

A revisão curricular dos dez países do ESA,³¹⁶ discutida anteriormente, constatou que embora o conteúdo seja geralmente apropriado à idade, houve atraso na disponibilização de alguns tópicos. Abordar tópicos demasiado cedo ou demasiado tarde reduz a eficácia da educação em sexualidade, uma vez que os conhecimentos, as atitudes e as habilidades não são construídos de forma coerente.

Preocupações com a oposição de pais, líderes religiosos e outras pessoas da comunidade são frequentemente citadas pelos ministérios da Educação e por professores que ficam relutantes em ensinar sobre HIV e sexualidade, especialmente para as crianças mais jovens. No entanto, na prática, os pais são, muitas vezes, mais favoráveis do que os professores supõem. Um estudo anterior realizado pela ActionAid na Índia e no Quênia, por exemplo, descobriu que mais de 80% dos pais queriam que seus filhos aprendessem sobre o HIV na escola, enquanto apenas 4% eram contra ou faziam oposição fortemente.³¹⁷

Há outros argumentos a favor da oferta de educação em HIV e sexualidade nas escolas primárias. Em primeiro lugar, em muitos países, a idade de iniciação sexual é baixa. No mundo em desenvolvimento, 11% das meninas com idades entre 15 e 19 anos e 5% dos rapazes da mesma faixa etária tiveram relações sexuais antes de 15 anos. A maior taxa de iniciação sexual precoce é na América Latina, onde 17% dos jovens com idades entre 15 e 19 anos tiveram relações sexuais antes de 15 anos. Na África Subsaariana, a proporção é de 14%.³¹⁸ De acordo com uma pesquisa da OMS, 45% dos rapazes de 15 anos de idade na Armênia, 40% na Ucrânia e 37% na Rússia tiveram a primeira

³¹⁵ TANZANIA. TIE; MoEVT. *Strengthening Existing Components of SRH/HIV/LS Curricula in Primary and Secondary Education in Tanzania Mainland: a report on sexuality education review and assessment*. Institute of Education (TIE), Ministry of Education and Vocational Training (MoEVT), 2012. (Relatório não publicado).

³¹⁶ Ver UNESCO; UNFPA. *Sexuality Education*, 2012, op. cit.

³¹⁷ BOLER, 2003, op. cit.

³¹⁸ UNICEF. *Progress for Children*. New York: UNICEF, 2012. (Report card on adolescents, 10).

experiência sexual antes de atingir essa idade.³¹⁹ Dados da região do Caribe também sugerem que a idade de início da vida sexual é baixa em uma série de países, particularmente entre meninas.³²⁰

Quadro 11: O combate à discriminação no Leste Europeu e na Ásia Central

O aumento do número de crianças nascidas de pais soropositivos na região, em especial na Federação Russa e na Ucrânia, no início dos anos 2000, acrescentou outra dimensão à educação em HIV. Ambos os países lançaram programas de formação e de sensibilização para professores visando a impedir a discriminação nas escolas para crianças que vivem com ou são afetadas pelo HIV; além disso, a aceitação e a tolerância com as pessoas vivendo com a epidemia foi reforçada na educação em HIV.

Esses programas traçaram o caminho para a adoção de políticas nacionais de HIV no setor de educação, por exemplo, na Bielorrússia, na Ucrânia, no Quirguistão e no Tadjiquistão em 2012-2013. Desenvolvidos com a assistência técnica da UNESCO e com base nas recomendações práticas regionais sobre a implementação da política de HIV no setor de educação da UNESCO-OIT de 2012, essas políticas fornecem à administração e aos funcionários das instituições de ensino um marco de apoio aos alunos e educadores que vivem com ou são afetados pelo HIV, protegendo-os contra a discriminação.

Em segundo lugar, há boas evidências de que a educação em sexualidade e em HIV é mais eficaz em termos de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades quando direcionada a crianças antes de se tornarem sexualmente ativas.^{321,322,323,324,325,326,327} Antes da puberdade, todos os jovens devem aprender sobre sexo e saúde sexual, incluindo como se proteger do HIV e outras IST, gravidez precoce, violência e exploração sexual. A educação pode fortalecer as habilidades das crianças de negociar sua sexualidade emergente e, ao mesmo tempo, aumentar a consciência sobre gênero, violência e direitos. Para muitas

³¹⁹ CURRIE, C. et al. (Eds.). *Social Determinants of Health and Well-Being among Young People. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. (Health policy for children and adolescents, 6). Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people-healthbehaviour-in-school-aged-children-hbhc-study>>. Acesso em: 17 out. 2013.

³²⁰ PLUMMER, 2010, op. cit.

³²¹ MATICKA-TYNDALE, E.; WILDISH, J.; GICHURU, M. Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Program Planning*, v. 30, p. 172-186, 2007.

³²² MEEKERS, D.; AHMED, G. Contemporary patterns of adolescent sexuality in urban Botswana. *Journal of Biosocial Science*, v. 32, p. 467-485, 2000.

³²³ UNESCO. *Regional Diagnostic Report on Education and Services for Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Young People in Eastern and Southern Africa*. Paris: UNESCO, 2013.

³²⁴ LLOYD, C. B. (Ed.). *Growing Up Global: the changing transitions to adulthood in developing countries*. Washington, DC: National Academies Press, 2005.

³²⁵ UNICEF. *State of the World's Children: adolescence; an age of opportunity*. New York, UNICEF, 2011.

³²⁶ SAWYER, S. M. et al. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, v. 379, n. 9826, p. 1630-1640, 2012.

³²⁷ UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*, 2009, v. 1, op. cit.

crianças, tais conhecimentos e habilidades são transmitidos muito tarde, quando o são.^{328,329,330} Várias pesquisas têm mostrado que o ensino sobre sexo e relacionamentos antes dos jovens se tornarem sexualmente ativos não incita a iniciação sexual nem aumenta a frequência de atividade sexual daqueles que já são sexualmente ativos.³³¹

Por exemplo, um estudo no Quênia³³² mostrou que uma intervenção nacional sobre o HIV na escola primária pode ter efeitos positivos se for disponibilizada *in a timely manner*. O programa teve um impacto significativo sobre seus objetivos, incluindo o aumento do conhecimento relacionado ao HIV e maior comunicação com pais e professores sobre o HIV e a sexualidade. No entanto, o impacto foi diferente em função do gênero e da experiência sexual, com efeito mais benéfico para jovens sexualmente inexperientes. Os meninos relataram aumento do uso de preservativo, enquanto as meninas se mostraram mais propensas a reduzir ou adiar a atividade sexual. Os revisores salientaram que, dado o maior impacto sobre a juventude não sexualmente ativa e o fato de que quase a metade dos jovens relatou serem sexualmente ativos na linha de base (os padrões da experiência sexual foram similares para homens e mulheres, aumentando de 37,5% dos jovens entre 11 e 12 anos para mais de 60% dos jovens entre 16 e 17 anos); o programa deve ser implementado entre grupos os mais jovens possível. Essa avaliação fortalece o argumento para a implementação da educação em HIV e sexualidade apropriada à idade no início da educação primária.

Em terceiro lugar, há evidências crescentes de que a socialização de gênero entre meninos e meninas começa cedo, bem como de que os esforços para promoção de normas de igualdade de gênero devem, portanto, começar ainda mais cedo, inclusive na escola primária. A educação em uma idade precoce pode, ainda, construir a compreensão sobre saúde, comunicação, valores e atitudes.^{333,334}

³²⁸ CHONG, E.; HALLMAN, K.; BRADY, M. *Investing When it Counts: generating the evidence base for policy and programmers for very young adolescents*. New York: Population Council, 2006.

³²⁹ WHO. *The Sexual and Reproductive Health of Young Adolescents in Developing Countries: Reviewing the Evidence, Identifying Research Gaps and Moving the Agenda*. Report of a WHO Technical Consultation, Geneva, 4-5 November 2010. Geneva, WHO, 2011.

³³⁰ INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, GEORGETOWN UNIVERSITY. *Advancing Promising Program and Research/ Evaluation Practices for Evidence-based Programs Reaching Very Young Adolescents: A Review of the Literature*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, Georgetown University, 2010.

³³¹ UNAIDS. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: a review update*. Geneva, 1997. (UNAIDS best practice collection).

³³² MATICKA-TYNDALE; WILDISH; GICHURU, 2007, op. cit.

³³³ UNESCO. *Strong Foundations for Gender Equality in Early Childhood Care and Education*. Bangkok: UNESCO, 2007. Disponível em: <http://www2.unescobkk.org/jelib/publications/125_126/advocacy_brief_ECCE.pdf>.

³³⁴ UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2007*. Paris: UNESCO, 2006.

No presente, a educação primária é obrigatória em quase todos os países e dados apontam que 91% das crianças que entram na escola permanecem até o final do ensino primário,³³⁵ o que cria uma excelente oportunidade para alcançar o maior número de crianças de maneira eficiente em termos de custo. As taxas de conclusão da educação primária e de matrícula na educação secundária são baixas em muitos países, incluindo os países da África Subsaariana mais afetados pelo HIV.³³⁶ Uma falha no fornecimento de educação em HIV e sexualidade antes da educação secundária significa que uma grande proporção de crianças e jovens recebe pouca ou nenhuma educação em HIV antes de se tornarem sexualmente ativos. Sem educação sobre HIV e sexualidade, os jovens correm o risco de falta de conhecimento e de habilidades para compreender e interpretar a crescente quantidade de informação que está disponível por meio de novas tecnologias e dos meios de comunicação social.

As meninas são as mais afetadas pela falta da educação em sexualidade, em especial em países com altas taxas de evasão escolar de meninas no final da educação primária. Nos países em desenvolvimento (com exceção da China), uma em cada quatro adolescentes com idades entre 15 e 19 anos é casada ou vive com um parceiro; nos países menos desenvolvidos, quase metade das mulheres entre 20 e 24 anos se casam antes de 18 anos de idade.^{337,338} Durante esse período, o risco de HIV também aumenta, particularmente nos países do ESA mais afetados.^{339,340,341} Além disso, muitas meninas têm o primeiro filho muito jovens. Em todo o mundo, cerca de 16 milhões de meninas com idade entre 15 e 19 anos dão à luz todos os anos, 95% delas estão em países de renda baixa e média. O Níger, por exemplo, que tem uma das mais baixas taxas de conclusão de educação primária para meninas, tem a maior taxa de gravidez nessa faixa etária.³⁴² A gravidez precoce está associada a maiores riscos de complicações no parto e de mortalidade materna. Em países de renda baixa e média, complicações da gravidez e do parto são a principal

335 UIS. *Global Education Digest 2012: opportunities lost: the impact of grade repetition and early school leaving*. Montreal, 2012.

336 UNICEF. *Progress for Children 2012*, op. cit.

337 POPULATION REFERENCE BUREAU. *Who Speaks for Me?: ending child marriage*. Washington, DC: PRB, 2011.

338 UNFPA. *Marrying Too Young: End Child Marriage*. New York, 2012.

339 UNESCO. *Regional Diagnostic Report on Education and Services for Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Young People in Eastern and Southern Africa*, 2013, op. cit.

340 LLOYD, 2005, op. cit.

341 UNICEF. *State of the World's Children*, 2011, op. cit.

342 UNICEF. *Progress for Children 2012*, op. cit.

causa de morte em meninas com idades entre 15 e 19 anos.³⁴³ A necessidade de educação em sexualidade também é reforçada por altas taxas de gravidez não planejada e aborto inseguro entre adolescentes.³⁴⁴

Em resumo, as altas taxas de abandono da educação primária, o início precoce da atividade sexual, a necessidade de sessões de educação em sexualidade nos anos críticos de desenvolvimento³⁴⁵ e o fato de que os melhores resultados são encontrados em indivíduos que são alvo antes de se tornarem sexualmente ativos^{346,347} acrescentam um argumento convincente a favor da oferta de educação em sexualidade, incluindo o HIV, para crianças na escola primária.

Educação em HIV depois da educação secundária

*O papel das universidades como formadores de opinião no seio da sociedade, sua posição central na criação e na disseminação do conhecimento e da promoção da inovação e sua contribuição para a capacitação de recursos humanos de sua nação as destaca como um local essencial para o estabelecimento de respostas nacionais, regionais e globais para [...] o HIV/Aids.*³⁴⁸

Estudos sobre o impacto e as respostas ao HIV na educação superior também têm destacado a necessidade de educação em HIV para alunos do ensino superior.^{349,350} Alunos de instituições de formação técnica e profissional – bem como de universidades e faculdades – são os futuros servidores públicos e empresários que desempenharão um papel central no desenvolvimento de um país, bem como uma importante população-alvo para a educação em HIV e sexualidade. Essa educação é essencial para garantir que tenham o conhecimento e as habilidades para se proteger do HIV, de outras IST e da gravidez não planejada.

³⁴³ WHO. *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Geneva, 2011.

³⁴⁴ WHO. *Unsafe Abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva, 2011.

³⁴⁵ UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*, 2009, v. 1, op. cit.

³⁴⁶ MATICKA-TYNDALE; WILDISH; GICHURU, 2007, op. cit.

³⁴⁷ MEEKERS; AHMED, 2000, op. cit.

³⁴⁸ ASSOCIATION OF COMMONWEALTH UNIVERSITIES. *University of Natal*, 1999.

³⁴⁹ ADEA WGHE. *Higher Education Institutions in Africa Responding to HIV/AIDS*. Accra: Association for the Development of Education in Africa Working Group on Higher Education (ADEA), 2006.

³⁵⁰ AAU. *HIV and AIDS and Higher Education in Africa: a review of best practice models and trends*. Accra, 2007.

Os alunos da educação superior são vulneráveis à infecção pelo HIV. Eles podem estar sozinhos e longe da família e amigos pela primeira vez, além disso, têm mais liberdade e, em alguns lugares, acesso mais fácil a álcool e drogas. Em algumas instituições, podem estar em maior risco de abuso e assédio sexual ou mesmo ser pressionados pela equipe a trocar sexo por notas. Pressões financeiras também podem resultar em alunos envolvidos em trabalho sexual.

A África do Sul é um dos poucos países que realizou uma extensa pesquisa sobre a vulnerabilidade de alunos e trabalhadores da educação superior. Em um estudo com 21 instituições de educação superior,³⁵¹ os funcionários da área acadêmica tiveram a menor prevalência global de HIV, com 1,5%, seguidos por alunos, com 3,4%, pessoal administrativo, com 4,4%, e funcionários de serviço, com 12,2%. Funcionárias e alunas tinham três vezes mais chances de ser HIV positivas do que seus colegas do sexo masculino, com prevalência do HIV de 4,7% em comparação com 1,5% no caso dos homens. Esse estudo mostrou que o sexo com parceiros mais velhos era um fator de risco: entre os 7% das alunas que relataram que seu parceiro sexual mais recente era dez ou mais anos mais velho, 12,8% eram HIV positivas. Já as que tinham parceiros menos de dez anos mais velhos apresentaram uma taxa de prevalência de 3,1%.

Em geral, assume-se que os alunos que atingem o nível de educação superior receberam educação em HIV e sexualidade; entretanto, estudos sobre conhecimentos e atitudes entre esses alunos apresentam baixos níveis em ambas as áreas. Por exemplo, um estudo na China revelou que, embora 24% dos alunos inquiridos considerassem ter um risco de moderado a alto de contrair o HIV, 40% dos alunos com vida sexual ativa nunca haviam usado preservativo.³⁵² Baixos níveis de conhecimento também se refletem em atitudes negativas com relação às pessoas que vivem com o HIV: um estudo na Malásia revelou que apenas 9,2% dos alunos de farmácia estariam dispostos a ajudar pacientes HIV positivos.³⁵³

Até o momento, os esforços para garantir que alunos da educação superior tenham acesso à informação e incluir o HIV no currículo têm sido mistos.

³⁵¹ HEAIDS. *HIV Prevalence and Related Factors, Higher Education Sector Study, South Africa 2008-2009*. Pretoria: Higher Education HIV and AIDS Programme, 2010.

³⁵² ZHENG, J. et al. HIV, syphilis infection, and risky sexual behaviors among male university students who have sex with men in Beijing, China: a cross-sectional study. *AIDS Education and Prevention*, v. 24, n. 1, p. 78-88, 2012.

³⁵³ AHMED, S. I.; HASSALI, M. A.; AZIZ, N. A. An assessment of the knowledge, attitudes, and risk perceptions of pharmacy students regarding HIV/AIDS. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 73, n. 1, p. 1-15, 2009.

Uma avaliação global recente analisou o acesso à informação e a materiais de prevenção do HIV entre alunos na educação superior.³⁵⁴ A avaliação concluiu que o acesso variou de 10% a 100%, com os mais altos níveis de acesso em países com epidemias generalizadas. A proporção de países que reportaram ter revisado e adaptado seus currículos no âmbito da educação superior para tratar o HIV aumentou de 30%, em 2004, para 60%, em 2011-2012.

No entanto, os dados disponíveis sugerem que a qualidade das informações prestadas e dos currículos revisados é variável, assim como varia o grau de implementação. Muitos países entrevistados comentaram que a adaptação do currículo para incluir o HIV e questões relacionadas não significa que será dado automaticamente tempo a essas questões em sala de aula ou que elas serão devidamente cobertas, já que os professores podem ficar relutantes em ensinar disciplinas que acham desconfortáveis ou constrangedoras.³⁵⁵

Isso sugere que houve progressos limitados desde 2006, quando um estudo realizado pelo Grupo de Trabalho de Educação Superior da ADEA constatou que faltava aos instrutores tanto os conhecimentos necessários para transmitir aos alunos quanto as habilidades para lidar com as questões complexas e carregadas de valores relacionadas ao HIV.³⁵⁶ Os estudos dos países chegaram a conclusões semelhantes. Por exemplo, um relatório de 2012 sobre a África do Sul produzido pela HAICU, constatou que houve pouco progresso na implementação, embora alguns componentes do HIV tenham entrado em pilotos em 2010.³⁵⁷

Embora existam exemplos de boas práticas,³⁵⁸ na maioria dos casos a resposta das instituições de educação superior ao HIV não tem sido nem abrangente nem sistemática. O relatório da HAICU alerta para o risco de respostas “cosméticas” que incorporem conteúdos úteis ao currículo, mas que fiquem aquém no desenvolvimento do compromisso, da compreensão acadêmica e da capacidade analítica necessária para tratar o HIV. É preciso fazer mais para garantir que os alunos da educação superior possuam o conhecimento e as habilidades necessárias para se manter saudáveis e também para a formação de indivíduos e sociedades “competentes em temas de HIV”.

³⁵⁴ UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*, 2013, op. cit. Arquivo de dados primários disponível por solicitação a aids@unesco.org.

³⁵⁵ Idem.

³⁵⁶ ADEA WGHE, 2006, op. cit.

³⁵⁷ UNIVERSITY OF CAPE TOWN. HIV/AIDS Institutional Co-ordination Unit (HAICU). *The Response to HIV and AIDS at UCT*. Report to Council, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.uct.ac.za/downloads/uct.ac.za/about/introducing/aids/aids_councilreport12.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

³⁵⁸ AAU, 2007, op. cit.

Ponto de vista: Educação superior – ainda em luta com a realidade do HIV

Mary Crewe fornece uma perspectiva sobre o combate ao HIV na educação superior na África.³⁵⁹

A dominância da abordagem de saúde pública

Há pouco mais de dez anos, de acordo com o espírito da época, um artigo no “The Lancet” afirmou que o “HIV/Aids é a maior ameaça à vida, à liberdade e à busca da felicidade e da prosperidade em muitos países africanos. As intervenções, portanto, devem ser quantitativa e qualitativamente proporcionais à magnitude da ameaça representada pela doença”.³⁶⁰ De forma controversa, o artigo também sugeriu que a ênfase nos direitos humanos havia reduzido a importância da saúde pública, que oferecia um quadro de prevenção que podia ser mais relevante para a vida das pessoas e mais provável de ser eficaz.

Uma avaliação anterior da educação em HIV para alunos universitários havia sugerido que

*qualquer programa direcionado ao HIV/Aids pode ser incluído em uma iniciativa mais abrangente para manter e melhorar a saúde dos alunos. As habilidades aprendidas para reduzir o risco de infecção pelo HIV são transferíveis para outros problemas de saúde e envolvem a capacitação dos alunos para que assumam o controle e a responsabilidade por suas ações.*³⁶¹

Essa abordagem tem distorcido a resposta das instituições de educação superior na África Subsaariana, de tal forma que

*quase um quarto de século depois do início da epidemia da aids, muitas universidades ainda tentam lidar com essa realidade. Elas não compreendem plenamente sua condição no contexto do HIV/Aids e as implicações para o seu funcionamento eficaz. Na crença ingênua de que estavam respondendo de forma eficaz à epidemia, muitas instituições têm considerado o HIV/Aids essencialmente um problema de saúde.*³⁶²

³⁵⁹ Contribuições também de Peter Aggleton, Pierre Brouard e Jimmy Pieterse. Ver também: <http://csa.za.org/resources/cat_view/52-aids-reviews>.

³⁶⁰ DE COCK, K. M.; MBORI-NGACHA, D.; MARUM, E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in the 21st century. *The Lancet*, v. 360, p. 67-72, 2002.

³⁶¹ SVENSON, L. W.; CARMEL, S.; VERHAGEN, C. K. A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. *Health Promotion International*, v. 12, n. 1, p. 61-68, 1997.

³⁶² KELLY, M. The significance of HIV/AIDS for universities in Africa. *Journal of Higher Education in Africa/Revue de l'enseignement supérieur en Afrique*, v. 1, n. 1, p. 1-23, 2003.

Esse ponto de vista também ecoa com a ênfase dada ao kit de ferramentas HIV/Aids para as instituições de educação superior, desenvolvido pela Associação das Universidades Africanas e a Associação das Comunidades Universitárias. O kit de ferramentas fornece um “marco e um processo”³⁶³ para instituições no sentido de avaliar, planejar, desenhar, implementar, monitorar e avaliar as respostas ao HIV. No entanto, embora o kit de ferramentas identifique a necessidade de enfrentar as questões sexuais “pessoais e culturais”, ele adota, principalmente, uma perspectiva de gestão da educação, sustentada pela necessidade de capacitação de gestores universitários,³⁶⁴ e não aborda o papel e a função das universidades ou das instituições superiores de ensino de lidar com questões sociais.

Dez anos mais tarde, o foco ainda está nos currículos, nos métodos de ensino e no acesso aos serviços. Como as instituições de educação superior na África podem se afastar dessa abordagem, emoldurando os jovens no interior dessas instituições como “sujeitos de risco” e não como “cidadãos a serem empoderados”?

A educação superior sobre HIV

As universidades estão sujeitas e tendem a expressar os conflitos e as contradições da sociedade,³⁶⁵ mas algumas têm argumentado que têm o papel de trazer mudanças mais amplas.³⁶⁶ Badat³⁶⁷ identificou cinco características importantes para o papel e as funções das universidades e das instituições de educação superior:

- preparação de pessoas altamente qualificadas;
- democracia e cidadania democrática;
- necessidades e desafios do desenvolvimento;

³⁶³ CHETTY, D. *An HIV/AIDS Toolkit for Tertiary Institutions: Case Study Prepared for a Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub Saharan Africa: things that work!* Accra, 23-25 set. 2003.

³⁶⁴ Há uma cultura prescritiva que parece estar associada ao trabalho em HIV e aids nas instituições de educação superior na África. As ferramentas possuem listas de verificação e metas a serem atingidas, bem como um leque de áreas focais a serem abordadas. O mesmo se aplica ao trabalho do HEAIDS na África do Sul.

³⁶⁵ CASTELLS, M. apud BADAT, S. *The Role of Higher Education in Society: valuing higher education.* Presentation to the University of Cape Town Graduate School of Business, 2009. Disponível em: <http://www.ru.ac.za/vice-chancellor/speechespresentations/name_58754,en.html>.

³⁶⁶ BRENNAN, J.; KING, R.; LEBEAU, Y. *The Role of Universities in the Transformation of Societies:* Centre for Higher Education Research and Information. London: Open University, Association of Commonwealth Universities, 2004.

³⁶⁷ BADAT, 2009, op. cit.

- compromisso com a vida intelectual e cultural das sociedades; e
- pesquisa e erudição.

Ele destaca que, cada vez mais, os alunos são provenientes de origens sociais diversas e necessitam de habilidades que lhes permitam funcionar em sociedades e em um mundo em mudança. Além disso, as sociedades precisam de intelectuais sensíveis e cidadãos críticos que entendam as necessidades e os desafios prementes do desenvolvimento. Os graduados devem conseguir se engajar com a vida e a cultura da sociedade em que vivem, bem como se envolver em todo tipo de atividades acadêmicas rigorosas.

Essas funções ganham relevo acentuado no apelo para que o terceiro setor responda ao HIV. A África Subsaariana – particularmente as porções leste e sul da África – continua a experimentar altas taxas de infecção pelo HIV e, apesar do sucesso de alguns programas de tratamento e de relatos de declínio das taxas de infecção,³⁶⁸ a necessidade de educação, prevenção e conscientização permanece elevada. No entanto, a natureza desses programas é contestada. Em muitos contextos de educação superior, a maioria dos alunos obteve informações sobre prevenção, como ter acesso ao tratamento e estão conscientes da necessidade de usar preservativos e praticar sexo seguro. Disponibilizar mais do mesmo conhecimento não é o que as instituições de educação superior deveriam fazer. Em vez disso, uma boa educação em HIV é o cerne do papel das universidades – estreitamente ligadas aos papéis e às funções anteriormente identificadas.

O papel das instituições de educação superior em lidar com o HIV refere-se a contribuir para que os jovens sejam bem-educados – em vez de bem informados – e que possam se envolver criticamente com questões sociais e políticas mais amplas. Para entender como se envolver com HIV em suas vidas pessoais e profissionais, eles precisam ter um engajamento intelectual crítico com a epidemiologia e entender como questões como pobreza, raça, globalização e classe são determinantes na epidemia.³⁶⁹ Os alunos da educação superior também precisam de meios conceituais e intelectuais para se relacionar criticamente com a sexualidade, a prática sexual, as preferências sexuais, a tolerância, a compreensão e a aceitação sexual. Eles precisam entender e desafiar

³⁶⁸ UNAIDS. *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012*. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf>.

³⁶⁹ Ver o trabalho de Auerbach e colegas sobre os determinantes sociais da epidemia de HIV/AIDS. AUERBACH, J.; PARKHURST, J.; CACERES, C. Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response: conceptual and methodological considerations. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, v. 6, n. 3, p. 1-17, 2011.

os estereótipos raciais, de gênero e culturais com os quais são confrontados diariamente. Precisam, ainda, de menos educação de pares e mais curiosidade intelectual, bem como de mais habilidade para se envolver criticamente com noções e intervenções, como testes e circuncisão masculina, que os transformam em sujeitos em vez de respeitá-los como cidadãos.³⁷⁰

Os desafios de envolver instituições de educação superior com o HIV no continente africano se relacionam a tratar sua integridade institucional e cultural, ao fato de que as universidades são locais de trabalho de um tipo especial³⁷¹ e a considerar como podem responder às múltiplas questões sociais, políticas, econômicas e de direitos que existem nas sociedades de onde vêm seus funcionários e alunos.

*Números globais de homens e mulheres em instituições de ensino superior tratam apenas do acesso ao estudo e emprego e se fala muito pouco sobre as culturas institucionais e as condições nas universidades da África. O que está claro é que os campi da África permanecem lugares difíceis e desafiadores para as mulheres em muitos níveis, situação complicada pela dinâmica da pobreza crescente e por relações sociais, étnicas, religiosas, sexuais e outras, persistentemente desiguais.*³⁷²

A necessidade de uma resposta intelectual robusta

Embora a resposta logística ao HIV em instituições de educação superior na África seja importante – em termos de políticas, preservativos, saúde dos alunos, aconselhamento, testes voluntários e campanhas de sensibilização e prevenção – tais ações precisam ser apoiadas e sustentadas por uma resposta intelectual robusta. “Intelectuais africanos precisam estar na vanguarda de uma cidadania responsável”, bem como à frente da criação de uma agência africana para lidar com as questões sociais e culturais que acompanham o HIV e a aids.³⁷³

Os alunos da educação superior são curiosos e inteligentes, os futuros líderes de seus países, e precisam se envolver com o HIV como intelectuais

³⁷⁰ Ver, por exemplo, o comentário de Berkman e colegas: “dois conceitos-chave subjacentes à mobilização social para a democracia e que, por sua vez, foram centrais para a resposta brasileira ao HIV e aids: ‘cidadania’ e ‘solidariedade’”. BERKMAN, A. et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*, v. 95, n. 7, p. 1162-1172, 2005.

³⁷¹ Ver BROUARD, Pierre. Hypocrisy, HIV and higher education: an ‘institutional integrity’ hypothesis. In: CREWE, M.; VOLKS, C. (Eds.). *Third Degree: AIDS review*. Pretoria: University of Pretoria Centre for the Study of AIDS, 2012. Ver também AGGLETON; YANKAH; CREWE, 2011, op.cit.

³⁷² MAMA apud MKANDAWIRE, T. (Ed.). *African Intellectuals Rethinking Politics, Language, Gender and Development*. London: Zed Books, 2005.

³⁷³ KI-ZERBO apud MKANDAWIRE, op.cit.

críticos. A abordagem na educação superior deve, portanto, voltar-se para a formação de cidadãos críticos e sexualmente informados, em vez de sujeitos complacentes. Isso requer, contudo, uma resposta crítica intelectual e fundamentalmente educacional, que dê forma e impulse intervenções programáticas para assegurar que os jovens não apenas entendam as epidemias e suas sociedades, mas também saibam como mudá-las.

Desafios para países com epidemias de nível baixo e epidemias concentradas

Ainda que se tenha dado muita atenção a países com epidemias generalizadas, os jovens estão em risco em outras regiões.^{374,375} Por exemplo, embora a região do Pacífico tenha, em geral, epidemias de nível baixo, relata-se que a proporção de casos de HIV entre os jovens está aumentando, especialmente entre mulheres jovens,^{376,377} e altas taxas de outras IST são uma grande preocupação: em média, um em cada quatro jovens sexualmente ativos na região tem uma IST.³⁷⁸

Em países com epidemias concentradas, a evidência disponível sugere risco e vulnerabilidade significativa entre jovens de populações-chave.^{379,380,381} A

³⁷⁴ UNAIDS. *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012, op. cit.

³⁷⁵ Ver também UNICEF. *Opportunity in Crisis: preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. New York: UNICEF, UNAIDS, UNESCO, UNFPA, ILO, WHO, The World Bank, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/media/files/Opportunity_in_Crisis_LoRes_EN_05182011.pdf>.

³⁷⁶ COMMISSION ON AIDS IN THE PACIFIC. *Turning the Tide: an open strategy for a response to AIDS in the Pacific*. Suva: UNAIDS, 2009. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091202_pacificcommission_en.pdf>.

³⁷⁷ Ver também SLADDEN, T. Twenty years of HIV surveillance in the Pacific: what do the data tell us and what do we still need to know? *Pac Health Dialog*, v. 12, p. 23-37, 2005.

³⁷⁸ UNFPA. *Breaking the Silence: responding to the STI epidemic in the Pacific; summary of recommendations*. Suva, 2010.

³⁷⁹ Em epidemias concentradas, o HIV se espalha rapidamente em uma ou mais populações-chave, mas não se estabelece na população em geral. Como regra, a prevalência é de 5% em subpopulações e de menos de 1% na população em geral. UNAIDS. *UNAIDS Terminology Guidelines*. Geneva, 2011.

³⁸⁰ JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS INTER-AGENCY TASK TEAM ON HIV AND YOUNG PEOPLE. *Guidance Brief: HIV Interventions for Most-at-risk Young People*. New York: UNFPA/HIV/AIDS Branch, 2008.

³⁸¹ FHI. *Young People Most at Risk of HIV: A Meeting Report and Discussion Paper from the Interagency Youth Working Group*, USAID, UNAIDS IATT on HIV and Young People and FHI, 2010. (Relatório não publicado).

Comissão para Aids na Ásia estima que 95% das infecções entre os jovens da região ocorram entre homens que fazem sexo com homens, transexuais, usuários de drogas injetáveis ou jovens que vendem sexo.³⁸² No Paquistão, por exemplo, a prevalência do HIV é maior entre os jovens com idade inferior a 25 anos que usam drogas injetáveis do que os seus semelhantes mais velhos.³⁸³ Na Índia, 17% das trabalhadoras do sexo pesquisadas relataram ter começado a trabalhar como profissionais do sexo antes de 15 anos de idade.³⁸⁴

O desafio é que, na maioria das regiões, as informações estratégicas sobre o perfil de jovens de populações-chave são insuficientes e o estigma e a discriminação continuam a impedir o acesso a informações e serviços, mesmo no setor de educação. Uma Resolução da Assembleia Geral da ONU de 2011 observou que estratégias de prevenção não se concentram de forma adequada nas populações em maior risco de HIV, e que apenas 33% dos países tiveram metas de prevalência em jovens.³⁸⁵ Em vários países, ministérios da Educação têm empreendido esforços para melhor entender e atender às necessidades dos jovens de populações-chave. Por exemplo, Butão e Camboja têm realizado levantamentos direcionados para entender os comportamentos sexuais e os comportamentos ligados ao álcool e às drogas, bem como o conhecimento, o acesso e a utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva entre populações-chave de jovens (ver Quadro 12).^{386,387,388}

³⁸² COMMISSION ON AIDS IN ASIA. *Redefining AIDS in Asia*, 2008, op. cit.

³⁸³ No Paquistão, em 2011, a prevalência do HIV foi estabelecida em 33,9% na população usuária de drogas injetáveis com menos de 25 anos de idade, comparada com 25,3% na população de 25 anos ou mais. HIV and AIDS Data Hub, disponível em: <www.aidsdatahub.org>, com base no Relatório Global de Progresso da Resposta à Aids do Paquistão.

³⁸⁴ HIV and AIDS Data Hub, disponível em: <www.aidsdatahub.org>, com base no Relatório Nacional de Vigilância Comportamental da Índia.

³⁸⁵ Resolução da Assembleia Geral da ONU 65/277. UNITED NATIONS. *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS: resolution A/RES/65/277*. New York, 2011.

³⁸⁶ BHUTAN. Department of Youth and Sports, Ministry of Education. The Nossal Institute for Global Health and Centre for Research Institute Thimpu. *An Assessment of Vulnerable and At-Risk Adolescents (13-18 Years) in Bhutan: exploring social and health risk behaviours*. Thimpu: UNICEF, 2011. (Não publicado).

³⁸⁷ CAMBODIA. Ministry of Education, Youth and Sports. *Most-At-Risk Young People Survey Cambodia*. 2010. (Não publicado).

³⁸⁸ Para mais informações sobre o processo da pesquisa, ver UNICEF. *Getting It Right: finding out about Cambodia's most at risk and vulnerable youth people*. Phnom Penh, 2010. Disponível em: <<http://youtu.be/CYdgAUXfu8g>>.

Quadro 12: Coleta de dados sobre populações-chave de jovens no Camboja

Em 2010, o Ministério da Educação, Juventude e Desporto do Camboja, com o apoio da UNESCO, do UNAIDS, do UNFPA, do UNICEF, da OMS e de ONGs que trabalham com HIV e aids, realizou o Levantamento de Jovens em Maior Risco para avaliar os comportamentos de risco, percepções e preferências relativas aos programas de saúde sexual e reprodutiva, além de obter recomendações sobre os programas executados. A pesquisa foi realizada em oito províncias e incluiu métodos qualitativos e quantitativos. Muitos entrevistados citaram problemas familiares; a pressão dos colegas; a exposição ao álcool, às drogas e à pornografia em uma idade jovem, além da falta de oportunidades de emprego como fatores que os levaram a se envolver em comportamentos de alto risco. Muitos questionaram o valor da educação e citaram aceitação social e popularidade com seus pares como fatores mais importantes.

As recomendações foram internalizadas na Política Nacional para o Desenvolvimento da Juventude do Camboja de 2011, com intervenções que incluíram:

- avaliação do currículo escolar e de treinamento de professores, a fim de incluir informações atualizadas sobre comportamentos de alto risco e habilidades de redução de riscos;
- contratação de jovens para atuar como educadores de seus pares;
- facilitação do acesso a oportunidades educacionais alternativas;
- criação de ambientes escolares mais protegidos, que apoiem comportamentos mais seguros; e
- garantia de acesso a serviços de aconselhamento psicológico para jovens na escola e fora da escola.

Fonte: UNESCO. *EDUCAIDS Country Snapshot: Cambodia. Producing Evidence-Based Information for Better Planning for Most-at-Risk Young People*. Paris, 2011.

Outros levantamentos realizados em escolas, como o GSHS, fornecem informações críticas sobre drogas e comportamentos sexuais de risco e fatores de proteção entre alunos.³⁸⁹ Essa evidência é uma base importante para os ministérios desenvolverem programas, incluindo aqueles destinados aos alunos em maior risco de exposição ao HIV. No entanto, em muitos contextos, tem sido difícil traduzir as evidências em programas escolares eficazes, que abordem questões como a diversidade sexual ou comportamentos que conduzem à infecção pelo HIV entre jovens de populações-chave, incluindo o sexo anal desprotegido entre homens, uso inseguro de drogas injetáveis e relação sexual insegura durante o trabalho sexual.

Para alcançar o maior número possível de jovens envolvidos em comportamento de risco de exposição ao HIV, é vital que a educação em

³⁸⁹ O GSHS foi desenvolvido pela OMS em colaboração com UNICEF, UNESCO, UNAIDS e CDC. O GSHS é uma pesquisa escolar conduzida principalmente com alunos entre 13 e 15 anos, que visa a ajudar os países a desenvolver prioridades, estabelecer programas e defender os recursos para programas e políticas de saúde escolar e saúde para a juventude; permitir comparações entre países quanto à prevalência de comportamentos de saúde e fatores de proteção; e estabelecer tendências na prevalência de comportamentos de saúde e fatores de proteção por país para utilização na avaliação da saúde escolar e na promoção da saúde escolar e da saúde dos jovens. Ver <<http://www.cdc.gov/gshs/>>.

sexualidade incorpore o tema da diversidade sexual. Na América Latina e Caribe, por exemplo, não abordar a diversidade sexual na resposta ao HIV seria um grave desserviço para os jovens afetados e vulneráveis ao HIV, uma vez que as taxas da epidemia entre homens que fazem sexo com homens, incluindo os jovens, são extremamente elevadas.³⁹⁰ Atualmente, a diversidade sexual é um tema sub-representado no currículo escolar. Em um estudo recente na Austrália, muitos jovens consultados concordaram que apenas o “sexo hétero” era discutido em sala de aula.³⁹¹ A já mencionada revisão curricular do ESA, abrangendo dez países, constatou que quase nenhum dos currículos abordava a diversidade sexual de forma adequada.³⁹² Na China, onde um terço das novas infecções ocorre entre homens que fazem sexo com homens e estima-se que a prevalência do HIV nessa população seja em torno de 17% em algumas cidades,³⁹³ os materiais de aprendizagem se concentraram principalmente na transmissão do HIV por meio de relações heterossexuais. Embora isso esteja mudando no presente, a informação sobre a prevenção do HIV ainda não “trata adequadamente de questões como o sexo anal”.³⁹⁴ Além disso, poucos países abordam a questão do *bullying* homofóbico e transfóbico, tanto no contexto da educação em sexualidade quanto de forma mais ampla, embora haja crescente reconhecimento de seu impacto negativo sobre a saúde dos jovens e o desempenho acadêmico. É importante notar que essas questões devem ser abordadas em todos os contextos epidemiológicos, não apenas nos países com epidemias concentradas, mas nem sempre é o que acontece.

Da mesma forma, a educação é extremamente necessária para lidar com o uso de substâncias e sua ligação com a vulnerabilidade ao HIV entre os jovens. No mundo inteiro, muitas pessoas que usam drogas são jovens, com idades entre 10 e 24 anos; em alguns países, a maioria dos usuários de drogas está nessa faixa

³⁹⁰ VAN GRIENSVEN, F. et al. The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, v. 4, n. 4, /p. 300-307, 2009.

³⁹¹ BROWN, G.; SORENSON, A.; HILDEBRAND, J. How they got it and how they wanted it: marginalised young people's perspective on their experiences of sexual health education. *Sex Education*, v. 2, n. 5, p. 599-612, 2011.

³⁹² UNESCO; UNFPA. *Sexuality Education*, 2012, op. cit.

³⁹³ HONG, F. C. et al. Prevalence of syphilis and HIV infections among men who have sex with men from different settings in Shenzhen, China: implications for HIV/STD surveillance. *Sexual Transmitted Infections*, v. 85, p. 42-44, 2008 apud UNDP. *Country Snapshots: China: HIV and men who have sex with men*. Bangkok: UNDP, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, Asia-Pacific Coalition on Male Sexual Health, and HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific. 2012.

³⁹⁴ ARESU, A. HIV prevention and gender in Chinese sexuality education textbooks. *Gender Equality, HIV and Education*. Paris: UNESCO, 2012. (UNESCO good policy and practice in HIV and health education, booklet, 7).

etária.³⁹⁵ A necessidade é especialmente urgente na Europa Oriental e na Ásia Central, onde as epidemias nacionais são em grande parte impulsionadas pela transmissão relacionada ao uso de drogas e pela posterior transmissão para os parceiros sexuais de pessoas que usam drogas.^{396,397} A média de idade inicial de injeção de drogas na região é baixa e, conseqüentemente, a prevalência do HIV mais do que dobrou entre os jovens com 15 a 24 anos durante a última década.³⁹⁸ Na Albânia, na Sérvia e na Moldávia, por exemplo, entre 35% e 68% dos jovens que usam drogas injetáveis começaram a prática quando eram menores de 18 anos e entre 5% e 30% antes de 15 anos.³⁹⁹

No entanto, muitas campanhas de educação sobre drogas não foram eficazes porque não são realistas: focam na abstinência, não reconhecem as causas sociais e psicológicas profundas e complexas do uso de drogas e, muitas vezes, visam àqueles que dela menos necessitam.^{400,401,402,403,404} Por exemplo, um estudo sobre o início do uso de drogas injetáveis entre adolescentes e jovens vulneráveis na Ucrânia revelou que

informações e campanhas educativas com o objetivo de prevenir o uso de drogas são geralmente dirigidas a um público amplo de jovens e não para os que correm maior risco de iniciação no uso de drogas ou àqueles que estão experimentando com o uso de substâncias. Programas gerais de educação

³⁹⁵ JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *UNAIDS Business Case: HIV and drug use*. Geneva: UNAIDS, 2010.

³⁹⁶ UNAIDS. 2012 *Global Report on the AIDS Epidemic*. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf>.

³⁹⁷ Cerca de 16 milhões de pessoas em todo o mundo usam drogas injetáveis, incluindo muitas pessoas com menos de 25 anos de idade, de acordo com MATHERS, B. et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, v. 372, p. 1733-1745, 2008.

³⁹⁸ UNAIDS. 2012 *Global Report on the AIDS Epidemic*, 2012, op. cit.

³⁹⁹ UNICEF. *Blame and Banishment: the underground HIV epidemic-affecting children in Eastern Europe and Central Asia*. Geneva, 2010. Disponível em: <http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_BlameBanishment_WEB_final.pdf>.

⁴⁰⁰ CAHILL, H. W. Challenges in adopting evidence-based school drug education programmes. *Drug and Alcohol Review*, v. 26, n. 6, p. 673-679, 2007.

⁴⁰¹ DUSENBURY, L. et al. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, v. 18, n. 2, p. 237-256, 2003.

⁴⁰² SOOLE, D. W.; MAZEROLLE, L.; ROMBOUITS, S. School-based adolescent drug prevention programs: a review of what works. *Australia and New Zealand Journal of Criminology*, v. 41, p. 259-286, 2008.

⁴⁰³ WOOD, E. et al. A systematic review of school-based studies involving alcohol and the community. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, v. 30, n. 6, p. 541-549, 2006.

⁴⁰⁴ CAHILL, H. *Taking an Evidence-Based Approach to Classroom Drug Education*. Melbourne: Department of Education and Early Childhood Development, 2006.

*influenciam atitudes antidrogas entre os abstêmios convictos, mas não são eficazes na prevenção do início do uso de drogas – injetáveis em particular – nem atrasam ou impedem a experimentação com drogas.*⁴⁰⁵

O estudo recomendou “um aumento da eficácia dos programas escolares e projetos de redução de danos”.⁴⁰⁶

O setor de educação pode desempenhar um papel fundamental em todos os contextos epidemiológicos – em particular naqueles com epidemias concentradas – na prevenção e na luta contra a estigmatização e a discriminação vividas por jovens de populações-chave. No entanto, isso pode exigir que sejam abordadas atitudes e crenças dos professores e de outros funcionários do setor de educação, já que muitos deles podem transmitir, consciente ou inconscientemente, opiniões negativas sobre as populações-chave. Por exemplo, em uma pesquisa na Europa entre jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, 14% das pessoas que tiveram experiências negativas na escola mencionaram professores como fonte ou parte do problema.^{407,408}

Para os jovens que vivem com o HIV, o estigma, a discriminação e outras barreiras ao acesso, à permanência e ao desempenho na escola são questões fundamentais. Embora tenha havido maior foco em respostas a suas necessidades em epidemias generalizadas, há desafios em curso em epidemias de nível baixo e em epidemias concentradas. Em uma consulta global organizada pela UNESCO e pela Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV, realizada em 2010, um jovem comentou: “Se há uma prevalência muito baixa de HIV, se dá prioridade muito baixa ao HIV. Os jovens que vivem com HIV são quase invisíveis e nossas necessidades recebem baixa prioridade”.⁴⁰⁹ Além disso, em epidemias concentradas, situações em que o HIV afeta desproporcionalmente pessoas que vendem sexo, usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e transgêneros, frequentemente são feitas suposições sobre o comportamento ou a sexualidade dos jovens que vivem com o HIV, o que agrava o julgamento e a culpa.⁴¹⁰

⁴⁰⁵ BALAKIREVA, O. et al. *Risk and Protective Factors in the Initiation of Injecting Drug Use. Analytical Report and Strategy Paper Preventing the Initiation of Injecting Drug Use among Vulnerable Adolescents and Young People*. Kiev: UNICEF, UNAIDS, 2006. p. 10.

⁴⁰⁶ Idem, p. 89.

⁴⁰⁷ KOSCIW, J. G.; GREYAK, E. A.; DIAZ, E. M. Who, what, where, when, and why: demographic and ecological factors contributing to hostile school climate for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 38, n. 7, p. 976-988, 2009.

⁴⁰⁸ Ver também HUNT, R.; JENSEN, J. *The Experiences of Young Gay People in Britain's Schools*. London: Stonewall UK, 2007.

⁴⁰⁹ UNESCO; GNP+, 2012, op. cit.

⁴¹⁰ WHO. *Strengthening the Health Sector Response to Care, Support, Treatment and Prevention for Young People Living with HIV*. WHO/UNICEF Global Consultation, 13-17 Nov. 2006. Blantyre, Malawi, 2008.

Há também um papel importante para a educação não formal nas regiões e nos países com epidemias concentradas. Em tais contextos, muitos jovens que estão em risco elevado de contaminação pelo HIV são, em geral, menos propensos a estar na escola ou apenas a frequentam de forma irregular. Portanto, é fundamental que sejam alcançados por programas de educação não formal e outras iniciativas direcionadas aos jovens fora da escola.

Fragilidades do sistema e subfinanciamento

Os estudos de caso realizados em preparação para a GPS destacaram quatro desafios sistêmicos principais que afetam o setor de educação e que têm implicações para uma resposta abrangente do setor ao HIV. Na maioria dos países pesquisados, esses desafios ainda precisam ser trabalhados com sucesso.⁴¹¹

Em primeiro lugar, o sucesso da resposta do setor depende em grande medida de uma governança efetiva e da funcionalidade do próprio sistema de ensino. Se a capacidade e a eficiência do sistema estiverem de alguma forma comprometidas, o potencial da unidade de gestão do HIV ou dos pontos focais de coordenar e dirigir a resposta será limitado. Se o orçamento estiver sob pressão e sujeito a concorrência, o fluxo de recursos para a resposta ao HIV será afetado. O financiamento para a resposta do setor de educação é discutido em mais detalhes a seguir.

O segundo desafio é a variabilidade das operações dos EMIS. Os autores da GPS observaram que, se um sistema de educação não tem informações de gestão confiáveis e atualizadas, não se pode monitorar ou analisar seu desempenho e sua eficiência, especialmente em matéria de oferta e demanda ou de produtos e qualidade. A ausência desses dados dificulta o monitoramento, a avaliação e a apresentação de relatórios sobre a resposta do setor. Os dados e os desafios de monitoramento e avaliação são discutidos em mais detalhes na sequência.

O terceiro desafio, em alguns países, é o número elevado e crescente de escolas privadas, muitas vezes dirigidas por igrejas ou outras organizações religiosas, que nem sempre implementam políticas nacionais e currículos de habilidades para a vida, além de educação em HIV e em sexualidade.

⁴¹¹ ESART. *Progress Report on Education Sector (EDSEC) Engagement in National HIV and AIDS Responses: phase 1 summary report*. EduSector AIDS Response Trust (ESART), 2011. (Não publicado).

O desafio final é o impacto futuro do recente crescimento significativo no número de matrículas na escola primária, como resultado do impulso para a universalização da educação primária. Em muitos países, está ocorrendo pouco planejamento ou preparação para lidar com o impacto do aumento das matrículas na educação primária e secundária nos próximos anos. A expansão do número de alunos resulta em mudanças na relação professor-aluno, em risco de declínio da qualidade educacional e em pressão sobre a infraestrutura existente. Os recursos disponíveis para que o setor responda ao HIV e, especificamente, para que promova a educação em HIV e sexualidade podem ser reduzidos, já que os orçamentos destinam-se cada vez mais ao recrutamento e à formação de professores, bem como à expansão de infraestrutura e à produção de materiais de ensino e aprendizagem.

Alocação inadequada de recursos

A alocação inadequada de recursos está na raiz de muitos desafios mencionados anteriormente. De acordo com os cálculos do UNAIDS com relação à necessidade de recursos em países de renda baixa e média em 2005, foi necessário um montante de US\$ 313 milhões para expandir a educação em HIV nas escolas de modo a alcançar 10%, 20% e 50% dos alunos em países de prevalência baixa, concentrada e alta, respectivamente, durante o período de 2006 a 2008.⁴¹² Outro estudo⁴¹³ estimou os custos anuais em dólares internacionais⁴¹⁴ para atingir 90% de cobertura de educação em HIV nas escolas em duas regiões: 77 milhões para a África Subsaariana e 176 milhões para o Sudeste da Ásia.

Embora recursos de HIV estejam sendo usados para apoiar a resposta do setor de educação, uma análise das alocações dos principais doadores internacionais sugere que o financiamento concedido não tem sido compatível com as exigências estimadas ou com as intervenções baseadas em evidências. Por exemplo, o PEPFAR, um dos principais doadores para programas de HIV, alocou um montante significativo para a prevenção do HIV. Um terço desses recursos de prevenção foi destinado a programas de “abstinência”, embora não haja qualquer evidência de que tais programas reduzam o risco de HIV.⁴¹⁵

⁴¹² UNAIDS. *Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries*. Geneva, 2005.

⁴¹³ HOGAN, D. R. et al. Cost-effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *British Medical Journal*, v. 331, n. 1431, p. 1-7, 2005.

⁴¹⁴ Dólares internacionais são uma unidade de moeda hipotética que têm o mesmo poder de compra que o US\$ tem nos Estados Unidos, em qualquer momento no tempo.

⁴¹⁵ BOLER, T.; INGHAM, R. *The Abstinence Debate: Condoms, the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) and Ideology*. London: Grupo de Trabalho do RU sobre Educação e HIV/Aids, 2007.

Em um simpósio da ETIA do UNAIDS, em 2008, com relação ao envolvimento do setor com o HIV e com a arquitetura da ajuda, o Fundo Global, outro grande doador, reconheceu que o setor de educação não estava entre os principais destinatários de fundos. Apenas dez países receberam apoio do Fundo Global para o setor de educação em HIV. Uma avaliação⁴¹⁶ realizada pela ETIA do UNAIDS mostrou que “a educação dos jovens” foi um componente em apenas duas grandes regiões – Ásia Oriental e Ásia-Pacífico, e Europa e Ásia Central – na Rodada 5, e em uma região – Sul da Ásia – na Rodada 6. Isso representou, respectivamente, apenas 1% e 0,29% do orçamento total do Fundo Global para as atividades de prevenção do HIV. Em rodadas recentes não foram destinados recursos diretamente para o setor de educação. Em locais em que o Fundo Global investiu no setor de educação, por exemplo, na Bielorrússia e na Namíbia, os resultados foram impressionantes (ver Quadro 13).

Quadro 13: Impacto do apoio do Fundo Global para o setor de educação

Na Bielorrússia, desde 2004 o Fundo Global provê US\$ 250 mil por ano para atividades educacionais. Até o momento, foram treinados 2.000 educadores para atuar com seus pares, foram estabelecidos 13 centros de recursos e quase um milhão de crianças em idade escolar – 90% do total – foi alcançado com programas de prevenção por meio dos educadores de pares ou de outros canais. A prevalência do HIV entre os jovens diminuiu 54% (de 28/100.000, em 2002, para 15/100.000, em 2007); o uso do preservativo com parceiros ocasionais aumentou de 17%, em 1999, para 75%, em 2007; e a proporção da população que expressa aceitação das pessoas que vivem com HIV aumentou de 56%, em 2005, para 65%, em 2007.

Na Namíbia, o Ministério da Educação recebeu do Fundo Global N\$ 19 milhões na Rodada 2 para apoiar a prevenção do HIV, programas de alimentação escolar e de aconselhamento para órfãos e crianças vulneráveis. Com esses recursos, o ministério realizou uma extensa capacitação em aconselhamento, estabeleceu grupos de apoio nas escolas, integrou o tema do HIV no currículo para a educação em sexualidade, integrou o tema do HIV em outras disciplinas, estabeleceu um programa de apoio no local de trabalho e uma rede de professores HIV-positivos, e estabeleceu programas de alimentação escolar que alcançam 20% de todas as crianças necessitadas.

Fonte: UNAIDS IATT ON EDUCATION. *Education Sector Engagement with the AIDS and Aid Funding Architecture at the Country Level*, November 2008. Geneva, UNESCO, 2009. (Symposium report, 17). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001802/180203e.pdf>>.

Em outra avaliação do financiamento em HIV em países de renda baixa e média em 2008, a análise dos dados de um subconjunto de 53 países constatou que 60% dos recursos de prevenção foram gastos em cinco áreas: comunicação para a mudança social e comportamental (16%), aconselhamento e testagem voluntária (14%), prevenção da transmissão vertical (13%), segurança do sangue (10%) e programas de preservativos (7%). Apenas 7% do financiamento da prevenção foi gasto com populações em maior risco.⁴¹⁷

⁴¹⁶ UNAIDS IATT ON EDUCATION. *Education Sector Engagement with the AIDS and Aid Funding Architecture at the Country Level*. Relatório do Simpósio, 17 nov. 2008. (Documento não publicado). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001802/180203e.pdf>>.

⁴¹⁷ AMICO et al., 2012, op. cit.

Nos 22 países com epidemias generalizadas que forneceram uma descrição pormenorizada das despesas para a prevenção do HIV, a comunicação para a mudança social e comportamental recebeu a maior parcela dos gastos de prevenção. Campanhas de mídia de massa, mobilização comunitária e programas de prevenção no local de trabalho, em conjunto, responderam por 27% dos gastos com prevenção, ao passo que aconselhamento e testagem voluntária receberam 17%; 20% foram investidos na prevenção da transmissão vertical e 5% foram gastos para garantir um fornecimento de sangue seguro. Em contraste, a prevenção do HIV entre jovens na escola e fora dela representou apenas 3% e 1% dos gastos, respectivamente. Esses números variam um pouco dependendo do contexto da epidemia. Por exemplo, a prevenção para jovens na escola recebeu 5% do financiamento de prevenção em países com epidemias de nível baixo, 4% em países com epidemia generalizada e 2% em países com epidemia concentrada.⁴¹⁸ Dados mais recentes⁴¹⁹ revelam que programas de tratamento respondem pela maior parcela de financiamento em HIV na maioria dos países. É o caso da África do Sul, em que mais de 50% dos recursos em HIV disponíveis são gastos em tratamento.

Para abordar essa questão, a UNESCO encomendou, em 2010, um estudo para medir os custos e a relação custo-efetividade da educação em HIV e em sexualidade nas escolas, bem como para determinar o custo da ampliação desses programas em uma série de países – Estônia, Índia, Indonésia, Quênia, Nigéria e Países Baixos.⁴²⁰ Os resultados mostraram que os custos e a cobertura de programas de educação em sexualidade variam consideravelmente, mas, no geral, concluiu-se que a educação em HIV e em sexualidade na escola é potencialmente eficaz em termos de custos para o desenvolvimento das habilidades de alunos e professores, além de contribuir para os resultados em saúde.

Os custos totais dos programas estudados variaram de US\$ 1,19 milhões, na Indonésia, a US\$ 12,2 milhões, nos Países Baixos.⁴²¹ O total acumulado de alunos alcançados variou entre 6.240, na Indonésia, e 990 mil, na Índia. Os custos anuais e os números alcançados a cada ano são mais esclarecedores, dada a variação de cobertura e prazos dos programas. Essas informações

⁴¹⁸ Idem.

⁴¹⁹ UNAIDS. *Getting to Zero: HIV in Eastern and Southern Africa*. Geneva, 2013.

⁴²⁰ Extraído de UNESCO. *Policy Brief: The Cost and Cost-Effectiveness of School-Based Sexuality Education Programmes*. Paris, 2012.

⁴²¹ O estudo baseou-se nos custos reais e no custo-efetividade de programas de educação em sexualidade existentes, exceto para o caso da Índia, que é baseado no plano de trabalho e no orçamento de um programa aprovado.

mostram que, por exemplo, 240 mil estudantes foram alcançados na Nigéria a cada ano, a um custo de US\$ 562 mil, ao passo que 28.000 alunos foram alcançados na Estônia, a um custo de US\$ 311 mil. O custo anual por aluno em 2009 foi de US\$ 7 na Nigéria, US\$ 13,50 na Índia, US\$ 33 na Estônia e nos Países Baixos, US\$ 50 no Quênia e US\$ 160 na Indonésia. Os custos mais altos por aluno no Quênia e na Indonésia refletiram o fato de que nesses países o financiamento era para programas-piloto, com cobertura limitada e altos custos operacionais. Uma redução considerável do custo por aluno poderia ser obtida por meio da expansão da cobertura. Por exemplo, se os programas no Quênia e na Indonésia fossem ampliados, o custo por aluno poderia ser reduzido de US\$ 50 para US\$ 16 e de US\$ 160 para US\$ 13, respectivamente. Além disso, a abordagem mais eficiente seria primeiramente expandir a captação nas escolas que já possuem o programa – por exemplo, ao tornar o currículo obrigatório – antes de introduzi-lo em novas escolas ou distritos.

A Educação no Marco de Investimentos do UNAIDS

Em junho de 2011, o periódico “The Lancet” publicou um artigo em que propunha “um marco estratégico de investimento que se destina a apoiar uma gestão das respostas nacionais e internacionais em HIV/Aids melhor do que a que existe com o atual sistema”.⁴²² Os autores argumentaram que, até a aquela data, a alocação de despesas na resposta ao HIV havia sido feitas “independentemente de seus efeitos relativos” e propuseram uma nova abordagem para o investimento. Tal abordagem seria baseada em três categorias de investimento: atividades programáticas básicas, facilitadores e sinergias com os setores de desenvolvimento.

O Marco é diferente da orientação anterior do UNAIDS sobre prevenção combinada, uma vez que agrupa as intervenções em categorias com base em suas contribuições. As atividades programáticas básicas são aquelas que afetam diretamente a transmissão, a morbidade e a mortalidade. Os facilitadores são áreas sociais e programáticas, que complementam as atividades programáticas básicas. As sinergias de desenvolvimento reconhecem a ligação entre o HIV e outras áreas de desenvolvimento social e econômico. A abordagem reconhece que as atividades programáticas básicas têm resultados proximais diretos, os facilitadores têm um efeito mais

⁴²² SCHWARTLÄNDER, B. et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet*, v. 377, p. 2031-2041, 2011.

periférico e específico ao contexto, e as sinergias de desenvolvimento são os sistemas necessários para uma resposta eficaz.

Juntas, essas categorias são projetadas para orientar o investimento internacional e nacional, priorizar esforços eficazes e identificar elementos da resposta no contexto mais amplo do HIV e do desenvolvimento, a fim de estabelecer relações e prioridades claras. No mesmo artigo do “The Lancet”, os autores realizaram um exercício de modelagem com base no Marco.⁴²³ O exercício estimou um aumento expressivo nos gastos com atividades programáticas básicas, de US\$ 7 bilhões, em 2011, para US\$ 12,9 bilhões, em 2015, com 38% do aumento gastos em tratamento, o que resultaria em uma cobertura esperada de 18,3 milhões de pessoas. Despesas com os viabilizadores críticos diminuiriam de US\$ 5,9 bilhões para US\$ 3,4 bilhões, já as despesas com sinergias de desenvolvimento aumentariam de US\$ 3,6 bilhões para US\$ 5,8 bilhões no mesmo período de tempo.

O UNAIDS desenvolveu essa abordagem no documento *Investing for Results: Results for People; A People-Centred Investment Tool Towards Ending AIDS* (“Investindo em resultados. Resultados para pessoas. Uma ferramenta de investimento centrada nas pessoas para acabar com a aids”, tradução livre em português), que se destina a informar o investimento feito por copatrocinadores e parceiros do UNAIDS.⁴²⁴ Esse documento afirma que um Marco de Investimentos oferece um roteiro atingível e realista para acelerar de maneira decisiva o progresso na resposta global ao HIV. Uma de suas principais vantagens é que ele é baseado nas melhores evidências disponíveis sobre o que funciona na prevenção, no tratamento, nos cuidados e no apoio em HIV. Além disso, o Marco permite adaptações à medida que surgem novas evidências, especialmente no caso de novas tecnologias ou abordagens capazes de afetar diretamente a incidência, a morbidade e a mortalidade do HIV e que possam ser consistentemente ampliadas.

⁴²³ Idem.

⁴²⁴ UNAIDS. *Investing for Results, Results for people: a people-centred investment tool towards ending AIDS*. Geneva, 2012.

Quadro 14: Marco de Investimentos

Atividades programáticas básicas	Viabilizadores críticos (específicos ao HIV)	Sinergias com setores de desenvolvimento (sensíveis ao HIV)
Prevenção da transmissão vertical Promoção e distribuição de preservativos Tratamento, cuidados e apoio para pessoas vivendo com HIV Circuncisão masculina Programas de mudança comportamental Atividades de integração das principais populações em maior risco	<p>Social</p> <p>Compromisso político e <i>advocacy</i></p> <p>Redução do estigma</p> <p>Leis, políticas e práticas jurídicas</p> <p>Meios de comunicação</p> <p>Mobilização da comunidade</p> <p>Respostas locais para mudar o ambiente de risco</p> <p>Programático</p> <p>Concepção e execução centrado na comunidade</p> <p>Programa de comunicação</p> <p>Apoio alimentar e nutricional</p> <p>Educação em saúde</p> <p>Intervenções de promoção da igualdade de gênero e prevenção da violência de gênero</p>	<p>Proteção social e redução da pobreza</p> <p>Setor de educação</p> <p>Justiça penal e reforma das prisões</p> <p>Práticas de emprego e reforma legal</p> <p>Igualdade de gênero e violência baseada em gênero</p>
<p>Fonte: UNDP. <i>HIV/AIDS: Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investments</i>. New York, 2012.</p>		

O que significa o Marco de Investimentos para a educação em geral e para a educação em HIV especificamente? O Marco de Investimentos refere-se ao papel do setor de educação na resposta ao HIV nas três áreas. A educação é mencionada principalmente como elemento de sinergia de desenvolvimento, com foco restrito ao nível de escolaridade como um fator protetor. Como atividade básica do programa, a educação refere-se a intervenções e programas destinados a alcançar populações-chave específicas, mas não são, de modo geral, atividades do setor de educação, além de serem realizados principalmente por atores da sociedade civil e profissionais de saúde pública, em contextos não formais. O terceiro aspecto da educação mencionado é a educação de qualidade em HIV, que, se vinculada a uma educação em saúde baseada em habilidades, torna-se um viabilizador crítico. Tal distinção evoluiu desde o artigo original no “The Lancet”, em documentos de copatrocinadores do UNAIDS, que demonstram que a educação é fundamental, de diversas maneiras, para respostas que precisam ser reconhecidas em termos de expectativas, responsabilidades e fontes de financiamento. Nesse

documento, a educação é reconhecida como um viabilizador crítico, no sentido de que a educação em HIV constrói o conhecimento e as habilidades que apoiam as atividades programáticas básicas, bem como uma sinergia de desenvolvimento, por meio da qual o aumento da escolaridade leva a muitos resultados positivos de desenvolvimento humano, incluindo um importante fator de proteção na prevenção do HIV, sobretudo para as meninas.

O Marco define, ainda, o papel do setor de educação na consecução dos ODM, como parte de uma resposta abrangente ao HIV. Como observado anteriormente, o diretor executivo do UNAIDS declarou no lançamento da GEFI, em 27 de setembro de 2012, que “acabar com a aids é possível – e a educação é a chave para o sucesso”. Mais especificamente, ele reflete uma pesquisa recente que mostra que a educação é um importante fator de proteção contra o HIV e que o aumento da escolaridade pode reduzir o risco de infecção.^{425,426,427} Isso inclui um estudo de 115 países que descobriram que

*as matrículas na educação secundária têm o maior efeito sobre o taxa de mortalidade por aids. De fato, é a única variável estrutural que permanece significativa em todos os modelos. Isso implica que a educação tem consequências para o impacto da aids, já que o aumento das matrículas escolares se traduz em menos mortes por aids no âmbito do país.*⁴²⁸

A educação, especificamente a educação em sexualidade e sobre o HIV, também é definida no documento de orientação complementar do PNUD, acima referenciado, como um viabilizador crítico. O Marco define os viabilizadores críticos como “atividades que são necessárias para apoiar a eficácia e a eficiência das atividades programáticas básicas”. Como discutido anteriormente, por meio da educação em HIV e em sexualidade, os alunos desenvolvem habilidades de vida para a tomada de decisões saudáveis. A educação na hora certa pode garantir que as crianças e os jovens desenvolvam o conhecimento e as habilidades que precisam para proteger sua saúde antes de se tornarem sexualmente ativos e correrem risco de infecção pelo HIV. As habilidades para uma vida saudável – conhecimentos básicos em saúde, pensamento crítico, eficácia pessoal, entre outros – podem con-

⁴²⁵ JOHNSON, L. F. et al. The effect of educational attainment and other factors on HIV risk in South African women: results from antenatal surveillance, 2000-2005. *AIDS*, v. 23, n. 12, p. 1583-1588, 2009.

⁴²⁶ BURROWAY, R. Schools against AIDS: secondary school enrollment and cross-national disparities in AIDS death rates. *Social Problems*, v. 57, n. 3, p. 398-420, 2010. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/10.1525/sp.2010.57.3.398>>. Acesso em: 25 out. 2011.

⁴²⁷ UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2013: education transforms lives*. Paris, 2013.

⁴²⁸ BURROWAY, 2010, op. cit.

tribuir para a saúde em todas as fases da vida. Essas habilidades também são fundamentais para eliminar o estigma e promover os direitos humanos e as normas sociais positivas.

O Conselho de Coordenação de Programas do UNAIDS reconheceu, em sua 27ª reunião, o papel da educação em HIV e em sexualidade, afirmando que saudou

*os esforços do UNAIDS para fortalecer a incorporação de políticas e programas de educação em sexualidade em sua estratégia. Esses programas devem ser implementados por meio de coordenação entre as autoridades de educação e saúde e os serviços médicos, sociais e recreativos, e devem incluir tanto a população escolar quanto aquela que está fora da escola, incluindo jovens em condições de vulnerabilidade.*⁴²⁹

É louvável a intenção da abordagem delineada no Marco de Investimentos de assegurar a alocação eficaz de recursos em uma área em que o apoio financeiro está em queda, mas a necessidade de recursos não. No entanto, há uma série de preocupações sobre o Marco e sua aplicação. Uma das principais deficiências é que, apesar das fortes evidências sobre a eficácia e o custo-efetividade das atividades programáticas básicas, a evidência sobre viabilizadores críticos e sinergias de desenvolvimento ainda é limitada.

A proposta de aumento do financiamento para atividades programáticas básicas e de diminuição do financiamento para elementos críticos, apoiada por declarações sobre investimentos “racionais” e “inteligentes”, promove os aspectos biomédicos da resposta em detrimento de aspectos mais difíceis de serem mensurados. Em resposta às preocupações sobre isso, o UNAIDS desenvolveu o documento *Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investments* para fornecer orientações que apoiam respostas multissetoriais e abrangentes dos países. Esse documento afirma que o Marco de Investimentos é projetado para ser orientador e não prescritivo, e defende uma abordagem abrangente, ao observar que os viabilizadores e as sinergias são parte integrante e não opcional das respostas nacionais à aids. Esses elementos apoiam e aumentam a eficácia, a eficiência e o alcance das atividades programáticas básicas para garantir resultados mais equitativos, assim como agem diretamente para reduzir (ou, quando ausentes, exacerbar) a susceptibilidade ao HIV. Eles promovem, ainda, uma análise integrada do HIV e sugerem perspectivas multissetoriais, mesmo que as respostas nacionais enfatizem setores específicos. Alguns protegem e promovem os direitos humanos, ao passo que outros apoiam a

⁴²⁹ Decisões, recomendações e conclusões da 27ª Reunião do Conselho de Coordenação de Programa do UNAID, Genebra, Suíça, 6 a 8 de dezembro de 2010.

consecução de outras metas de saúde e desenvolvimento, incluindo os ODM. O acesso universal não pode ser alcançado sem abordar os viabilizadores e as sinergias.⁴³⁰

No entanto, os viabilizadores críticos são complexos, difíceis de medir e podem não garantir retorno imediato sobre o investimento. Um risco significativo do Marco de Investimentos é que os viabilizadores críticos – como a educação em HIV baseada em habilidades que, como discutido anteriormente, tem sido historicamente subfinanciada – não recebam recursos suficientes no futuro.

Monitoramento da resposta do setor de educação ao HIV

No âmbito internacional, a resposta do setor de educação ao HIV tem sido medida por meio de relatórios sobre indicadores recomendados pelo UNAIDS e por pesquisas da ETIA.

Abordagens atuais de M&A

Até 2011, os indicadores internacionais utilizados para medir a resposta ao HIV foram baseados em compromissos assumidos durante a UNGASS, em 2001. Em 2011, já havia 25 indicadores da UNGASS, dos quais seis poderiam fornecer alguns dados sobre o papel do setor de educação na resposta. Quatro desses seis indicadores tinham foco em resultados:

- O indicador n. 12 media a frequência escolar entre órfãos e não órfãos com idades entre 10 e 14 anos de idade. Também fornecia dados sobre a eficácia de algumas intervenções baseadas na escola para mitigar o impacto do HIV em alunos afetados, para que pudessem continuar frequentando a escola.
- O indicador n. 13 media os níveis de conhecimento sobre a prevenção do HIV entre os jovens, em termos de porcentagens de mulheres e homens jovens, com idades entre 15 e 24 anos, que identificam corretamente as formas de prevenir a transmissão sexual do HIV e apontam os principais equívocos sobre a transmissão do HIV. O conhecimento sobre o HIV é fundamental para a mudança de comportamento e o aumento da utilização de serviços.

⁴³⁰ UNDP. *Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investments*. New York, 2012.

- O indicador n. 15 media a porcentagem de jovens com idades entre 15 e 24 anos que tiveram relação sexual antes dos 15 anos. Esse indicador fornecia dados sobre a idade da iniciação sexual e sobre a contribuição potencial da educação para adiar a iniciação sexual.
- O indicador n. 17 media a porcentagem de homens e mulheres com idades entre 15 e 49 anos que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses e usaram preservativo na última relação sexual. Desagregado por grupos etários, com faixas de 15 a 19 e 20 a 24 anos, esse indicador mostrava se os jovens tendem a usar preservativos com mais frequência como resultado de um melhor conhecimento, oferecido pelo setor de educação, sobre o papel dos preservativos, a importância de usá-los e quais são as habilidades para usá-los.

Dois indicadores adicionais focavam-se nos processos que deveriam estar implantados para que os resultados desejáveis pudessem ser alcançados:

- O Índice Composto de Política Nacional, atualmente NCPI, também conhecido como UNGASS n. 2, avaliava os avanços no desenvolvimento e na implementação de políticas, estratégias e leis nacionais sobre HIV a partir da perspectiva dos governos nacionais e de organizações da sociedade civil. Esse índice fornecia alguns dados que permitiam avaliar se a resposta do setor de educação é orientada e viabilizada por políticas, estratégias e recursos no contexto de uma resposta nacional ao HIV.
- O indicador n. 11 fornecia dados sobre a porcentagem de escolas que ofereceram educação em HIV baseada em habilidades no último ano letivo.

Em 2011, o MERG do UNAIDS analisou os indicadores da UNGASS e decidiu retirar três deles da lista de indicadores recomendados internacionalmente a serem incluídos nos relatórios, entre os quais o UNGASS n. 11. Restaram, assim, cinco indicadores internacionais que podiam ser usados em algum grau para medir o papel do setor de educação na resposta ao HIV. Após a Reunião de Alto Nível de 2011 sobre a Aids, e com base em uma década de relatórios UNGASS, o UNAIDS agora está solicitando aos Estados-membros das Nações Unidas que continuem a reportar o progresso nacional através de um novo processo, o GARPR. Em outubro de 2011, o UNAIDS publicou diretrizes para os relatórios de 2012 sobre os principais indicadores para o monitoramento da Declaração Política de 2011 sobre o HIV/Aids.

Também em âmbito internacional, como discutido no Capítulo 1, a ETIA encomendou duas pesquisas – GRS,⁴³¹ de 2004, e GPS⁴³² – para medir a resposta

⁴³¹ UNAIDS IATT. *Education Sector Global HIV and AIDS Readiness Survey 2004: policy implications for education and development*. Paris: UNESCO, 2004.

⁴³² UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*, 2013, op. cit.

do setor de educação ao HIV. As duas pesquisas focaram em aspectos do processo da resposta do setor de educação, e não em resultados e impactos. (Também é importante destacar que esses estudos são relativamente limitados em escopo, refletindo, em especial, dados autorreportados de ministérios da Educação nacionais e da sociedade civil).

Em âmbito nacional, além de dados coletados para os relatórios sobre os indicadores internacionais da UNGASS e do GARPR, os países coletam dados sobre a resposta do setor de educação por meio de sistemas de M&A, incluindo o EMIS dos ministérios da Educação.

Em 2010, a UNESCO e o UNICEF encomendaram uma avaliação rápida⁴³³ dos sistemas de M&A, incluindo indicadores sobre educação e HIV em Angola, Botsuana, Lesoto, Namíbia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue. A avaliação constatou que somente um dos países não usava indicadores sobre educação e HIV adicionais aos indicadores da UNGASS, e que o número de indicadores adicionais usados na África variou de dois em Moçambique a 56 em Botsuana. Por exemplo, os indicadores incluídos no EMIS de Zimbábue em 2010 foram:

- número de alunos expostos a lições sobre HIV;
- número de educadores de pares que estavam ativos;
- número de alunos nos clubes escolares de ação em aids;
- número de alunos que recebem assistência em educação;
- número de professores capacitados para educação em HIV baseada em habilidades para a vida;
- número de alunos que visitam centros de recursos para serviços em HIV (em instituições de educação superior);
- número de preservativos distribuídos (em instituições de educação superior);
- número de alunos com IST registrados (em instituições de educação superior); e
- número de alunos testados para o HIV (por idade e sexo) (em instituições de educação superior).

Existem, atualmente, lacunas e desafios nas abordagens à medição e ao M&A do papel do setor de educação e de educação em HIV. Tais lacunas e desafios

⁴³³ HEARD, W.; BABCOCK-WALTERS, P. *Towards HIV and AIDS-Sensitive Education Sector M&E Systems in Eastern and Southern Africa: report on the rapid assessment of the M&E Practices Related to Education and HIV and AIDS in seven countries across ESA*. EduSector AIDS Response Trust, 2010. (Relatório não publicado).

dizem respeito, principalmente, à definição e à utilização dos indicadores internacionais recomendados pelo UNAIDS para os relatórios globais. O modo como esses indicadores são definidos afeta a forma como os dados são recolhidos no país e limita a possibilidade dos dados de fornecer uma avaliação abrangente do papel do setor, o que, conseqüentemente, limita a utilidade dos dados para os ministérios da educação e outros atores.

O NCPI revisado (indicador GARPR n. 7.1) inclui algumas questões relacionadas ao setor de educação. No entanto, elas são parte de uma lista longa, juntamente com outras questões, o que dificulta a realização de uma análise da resposta específica do setor de educação.

Ao contrário da coleta de dados por meio de DHS, que desagregam os dados por nível de educação (nenhuma, primária, secundária e educação superior), os países não são solicitados a fornecer ou analisar dados sobre o conhecimento dos fatos essenciais sobre a transmissão do HIV (indicador GARP n. 1.1) por nível de educação. Essa é uma oportunidade perdida para avaliar se a educação formal melhora ou não o conhecimento sobre o HIV.

O mesmo se aplica aos indicadores que medem a iniciação sexual dos jovens e o uso de preservativos (indicador GARP n. 1.2 e indicador GARP n. 1.4, respectivamente). Como resultado, não é possível analisar os comportamentos sexuais dos jovens que têm acesso à educação em contraste com comportamentos daqueles que tiveram pouco ou nenhum acesso e, conseqüentemente, o potencial da educação formal de afetá-los em seus diferentes níveis. Formuladores de políticas nacionais de educação poderiam tomar a iniciativa e compilar os dados desagregados disponíveis da DHS sobre os níveis de educação. No entanto, é improvável que isso aconteça sem o incentivo que o processo de relatoria global representa.

A falta de indicadores internacionais robustos significa que existe uma falta de evidências sólidas sobre o papel do setor de educação na resposta ao HIV e sobre o papel da educação na prevenção. Sem essa evidência, o papel da educação, assim como seu impacto sobre o conhecimento, permanece uma questão em aberto.

Há também lacunas e desafios no âmbito nacional que refletem os de âmbito global. Em alguns países, os sistemas nacionais de M&A não incluem indicadores relacionados ao HIV e à educação que poderiam fornecer dados para preencher as lacunas nos indicadores internacionais. Como observado no Capítulo 1, a GPS 2011-2012 constatou que apenas 45% dos países revisaram ou alteraram seu EMIS para incluir indicadores sensíveis ao HIV e à aids. E, em

muitos países, mudanças nos conhecimentos, habilidades e comportamentos dos alunos não são rotineiramente monitorados e avaliados. Os indicadores e métodos de coleta de dados existentes não permitem uma avaliação objetiva da cobertura e da eficácia da educação em HIV.

Em outros países, os indicadores são demasiado numerosos ou demasiado complexos para serem de utilidade para o setor de educação. Mesmo quando os indicadores são adequados, muitos países carecem de recursos e capacidade de coletar, analisar e utilizá-los, incluindo a capacidade de gerar evidências sobre a contribuição específica do setor de educação para a resposta nacional. Por exemplo, na avaliação rápida de sistemas de M&A da educação e do HIV no ESA⁴³⁴ mencionada anteriormente, apenas 50% dos ministérios da Educação indicaram que seus processos de planejamento, orçamento, gestão e elaboração de relatórios são caracterizados por uma abordagem de gestão baseada em resultados; e apenas 60% relataram que rotineiramente fazem uso de dados coletados por meio de seus sistemas de M&A. Muitas dessas deficiências resultam da consciência limitada de formuladores de políticas e gestores no setor de educação a respeito da importância de monitorar e avaliar o papel do setor na resposta à epidemia de HIV.

Foram tomadas medidas recentes para melhorar o M&A da resposta do setor de educação em âmbitos internacional e nacional. Em 2008, os parceiros envolvidos na iniciativa FRESH começaram a trabalhar no desenvolvimento de um marco genérico de M&A para os programas de saúde e nutrição nas escolas. Como parte disso, a ETIA se concentrou na identificação de um número limitado de indicadores globais, já que não havia um consenso de que essa fosse uma das principais áreas de necessidade.

Após uma revisão dos indicadores existentes e de consultas internacionais, a ETIA identificou sete processos e indicadores de resultados, divulgados em 2010 para análise e testes de campo nos países pelas partes interessadas. A UNESCO organizou, no Caribe e na África Subsaariana, uma série de consultas regionais em colaboração com outras agências da ONU, o que levou à recomendação de nove indicadores adicionais, incluindo oito para países com epidemia generalizada de HIV.

No final de 2010, a ETIA aprovou uma lista revisada dos indicadores principais e concordou que os 11 novos indicadores que demandavam dados coletados pelo setor de educação (ou seja, por meio de pesquisas escolares ou do EMIS) deveriam ser testados para verificar se atendiam às normas internacionais

⁴³⁴ Idem.

de indicadores. Além disso, a ETIA concordou em realizar testes de campo de uma versão escolar do indicador internacional de conhecimento sobre o HIV entre os jovens (indicador GARPR n. 1.1, antigo indicador UNGASS n. 13). Os testes de campo dos indicadores ocorram em quatro países do leste e do sul da África – África do Sul, Namíbia, Tanzânia e Zâmbia – e na Jamaica, em 2011 e 2012.

Depois disso, foi determinado que 11 dos 12 indicadores testados atendiam às normas internacionais de indicadores. Esses 11 indicadores, juntamente com quatro indicadores GARPR adicionais, foram aprovadas pela ETIA em fevereiro de 2013 como os principais indicadores recomendados para serem utilizados na medição da resposta do setor de educação ao HIV em todo o mundo. Diretrizes para a construção desses indicadores foram desenvolvidos pela UNESCO⁴³⁵ como parte de um marco global de M&A de respostas abrangentes do setor de educação ao HIV e à aids. As diretrizes são destinadas aos ministérios da educação e a outros atores do setor de educação e fornecem informações sobre como coletar e analisar os dados para cada indicador, incluindo informações sobre como fazer a análise dos dados coletados por meio dos quatro indicadores GARPR relevantes para o setor. A UNESCO e outras agências da ONU têm apoiado o uso desses indicadores pelos países em diferentes regiões; em particular, sua integração no M&A de rotina realizado pelos ministérios da Educação, por meio de seus EMIS.

Os 15 indicadores internacionais recomendadas pela ETIA para medir a resposta do setor de educação

1. Instrumentos de políticas e compromissos nacionais (GARPR)
2. Porcentagem de instituições de educação com regras e orientações voltadas para funcionários e alunos e relacionadas à segurança física, ao estigma e à discriminação, e bem como ao assédio e ao abuso sexual, que tenham sido comunicadas às partes interessadas
3. Porcentagem de escolas que ofereceram educação em HIV e sexualidade baseada em habilidades para a vida durante o ano letivo anterior
4. Porcentagem de escolas que ofereceram processo de orientação para pais ou responsáveis dos alunos a respeito de programas de educação em HIV e sexualidade baseada em habilidades para a vida, nas escolas durante o ano letivo anterior

⁴³⁵ UNESCO. *Measuring the Education Sector Response to HIV and AIDS: guidelines for the construction and use of core indicators*. Paris, 2013.

5. Porcentagem de escolas com professores que receberam treinamento – e deram aulas – de educação em HIV e sexualidade baseada em habilidades para a vida no ano letivo anterior
6. Porcentagem de alunos com idades entre 10 e 24 anos que demonstram níveis desejados de conhecimento e rejeitaram as principais ideias errôneas sobre HIV e aids
7. Porcentagem de jovens com idades entre 15 e 24 anos que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos (GARPR)
8. Porcentagem de mulheres e homens com idades entre 15 e 49 anos que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses e usaram preservativo na última relação sexual (GARPR)

Indicadores específicos para países com epidemia generalizada de HIV

9. Porcentagem de crianças órfãs e vulneráveis com idades entre 5 e 17 anos que recebem apoio de bolsas, incluindo isenção de taxas, através da escola
10. Porcentagem de crianças órfãs e vulneráveis com idades entre 5 e 17 anos que recebem apoio emocional/psicológico, através da escola
11. Porcentagem de crianças órfãs e vulneráveis com idades entre 5 e 17 anos que recebem apoio social, com exclusão do apoio de bolsa, através da escola
12. Porcentagem de instituições de ensino que executam um programa em HIV no local de trabalho
13. Frequência escolar atual entre órfãos e não órfãos com idades entre 5 e 17 anos (GARPR)
14. Porcentagem de alunos que deixaram a escola permanentemente por motivo de doença ou morte no ano letivo anterior
15. Taxa de defasagem de professores no ano letivo anterior

Desafios de medição

Doadores e formuladores de políticas querem gastar recursos limitados em programas capazes de demonstrar resultados mensuráveis. Isso resultou em uma ênfase na medição, não importando se a educação proporciona

melhores resultados biológicos ou comportamentais,⁴³⁶ usando a mesma abordagem utilizada para medir a eficácia de intervenções biomédicas.⁴³⁷ Como discutido anteriormente, a falta de entendimento sobre o papel da educação e, mais especificamente, as expectativas irrealistas sobre o impacto da educação em HIV no comportamento e nos resultados em HIV são um desafio específico.

É impossível medir como o conhecimento se traduz em mudança de comportamento e, em particular, atribuir a mudança à educação formal e não a outras intervenções. O objetivo da educação é desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades para tornar a mudança de comportamento possível, mas não deve ser medida nem se deve esperar que alcance resultados comportamentais. É difícil comparar os currículos sem considerar a implementação por diferentes professores e em diferentes turmas,⁴³⁸ ou, ainda, isolar o efeito do currículo de outros fatores que influenciam o comportamento dos jovens.⁴³⁹

Outras avaliações também destacaram questões relativas à qualidade dos dados disponíveis. Por exemplo, uma análise aprofundada das evidências disponíveis sobre o impacto da educação sobre respostas ao HIV, encomendada pela ETIA e realizada pelo *Overseas Development Institute* em 2009, identificou uma série de pontos fracos. Estes foram associadas principalmente às dificuldades em medir as mudanças no comportamento humano ao longo do tempo e em atribuir tais alterações aos programas de educação. A avaliação também observou que, em contextos de recursos limitados, as prioridades de políticas e programas tendem a ser aquelas que entregam resultados tangíveis rapidamente, o que não se pode esperar da educação.

Ao mesmo tempo, há um interesse crescente em medir os resultados “não HIV” da educação em HIV e sexualidade. Tem se voltado mais atenção a medir as mudanças nas normas de gênero e relações de poder e, em particular, à redução da violência baseada em gênero,⁴⁴⁰ assim como em analisar até

⁴³⁶ MAVEDZENGE, S. et al. *HIV Prevention in Young People in Sub-Saharan Africa: a systematic review*, 2010. (Documento não publicado). Disponível em: <<http://www.schoolsandhealth.org/Documents/HIV%20prevention%20in%20young%20people%20in%20sub-Saharan%20Africa%20A%20Systemic%20Review.pdf>>.

⁴³⁷ SEIDENFELD, D. S.; HAXTON, C. L. A critical review of the evidence on the effectiveness of HIV/AIDS education programs for youth in Sub-Saharan Africa, *Effective Education*, v. 3, n. 1, p. 23-33, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/19415532.2011.603897>>.

⁴³⁸ BHANA, 2009, op. cit.

⁴³⁹ MIEDEMA; MAXWELL; AGGLETON, 2011, op. cit.

⁴⁴⁰ HABERLAND, N. *Adolescent Policies and Programs: what's good, what we can do better*. New York: United Nations, 2011.

que ponto esses fatores estão ligados aos resultados de saúde. Por exemplo, uma avaliação recente de 31 currículos revelou que os mais eficazes foram aqueles que incluíram questões de gênero e poder: 78% desses currículos alcançaram seus objetivos de saúde. Além disso, eles mostraram potencial de melhorar os resultados gerais de educação ao demonstrar a interligação entre educação, gênero e saúde.⁴⁴¹ Já um estudo empírico recente mostrou que os programas de educação que abordam fatores estruturais – como gênero e coerção sexual, uso de álcool e drogas e fatores econômicos – levaram a uma redução da incidência de IST.⁴⁴²

Também é importante reconhecer que a educação não pode resolver tudo. Como discutido no Capítulo 1, embora conhecimentos e habilidades sejam pré-requisitos essenciais, eles não são os únicos fatores que determinam o comportamento. O comportamento individual é influenciado por uma ampla gama de fatores, incluindo atitudes, valores e crenças sociais, bem como pobreza e gênero. Como mencionado anteriormente, muitas teorias que informam a educação em HIV derivam de modelos de mudança comportamental que presumem que o conhecimento e as atitudes certas resultarão no chamado comportamento racional, embora algumas dessas teorias não reconheçam a influência das normas sociais ou a complexidade da mudança comportamental.

Conhecimentos, habilidades e intenções para fazer escolhas saudáveis são apenas uma parte do esforço para reduzir o risco de infecção por HIV.⁴⁴³ Os jovens vivem em situações em que muitos fatores que influenciam o comportamento estão além de seu controle. A avaliação dos programas de habilidades para a vida, mencionada anteriormente, concluiu que “a educação para a vida não fornece uma solução rápida na prevenção do HIV entre os jovens nos países em desenvolvimento” devido às barreiras que os jovens enfrentam.⁴⁴⁴ Não é uma solução rápida porque se concentra nas habilidades de um indivíduo e não pretende mudar as estruturas que afetam a capacidade de aplicar tais habilidades.⁴⁴⁵ Para complicar ainda mais, os modelos de prevenção do HIV que consideram o sexo apenas como um comportamento têm sido questionados. Pesquisas em países do ESA, por exemplo, descrevem o sexo como relacional, baseado em redes e enraizado na propriedade, na mobilidade e na sociedade.⁴⁴⁶

⁴⁴¹ HABERLAND, N. *Ensuring education benefits girls to the full*, 2012, op. cit.

⁴⁴² HARRISON et al., 2010, op. cit.

⁴⁴³ NDEBELE; KASESE-HARA; GREYLING, 2012, op. cit.

⁴⁴⁴ YANKAH; AGGLETON, 2008, op. cit.

⁴⁴⁵ BOLER; AGGLETON, 2005, op. cit.

⁴⁴⁶ THORNTON, R. *Unimagined Community: sex, networks, and AIDS in Uganda and South Africa*. London: University of California Press, 2008.

Há evidências consideráveis que mostram que fatores estruturais moldam os resultados de saúde, inclusive para adolescentes.⁴⁴⁷ Por exemplo, a gravidez na adolescência deve ser entendida dentro do contexto socioeconômico e sociocultural mais amplo no qual os adolescentes atuam. Isso inclui as aspirações dos próprios adolescentes sobre paternidade e maternidade como um indicador de *status* social, ou a falta de orientação dos

pais sobre questões de sexualidade agravados por tabus culturais que inibem tais discussões.⁴⁴⁸ Na África do Sul, pesquisas sugerem que quando existe um forte estigma relacionado à sexualidade adolescente, há poucas oportunidades para a comunicação aberta sobre sexo com pais e parceiros, além disso, o acesso a serviços de saúde não discriminatórios é reduzido.⁴⁴⁹

“[...] embora algumas intervenções orientadas para o indivíduo tenham mostrado resultados na redução de comportamentos de risco, seu sucesso aumenta substancialmente quando a prevenção do HIV aborda os fatores estruturais mais amplos que moldam ou restringem o comportamento individual, como pobreza e riqueza, sexo, idade, política e poder”.

Fonte: GUPTA et al. Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, v. 372, n. 9640, p. 764-775, 2008.

A OMS comentou que “os programas devem trabalhar para criar um ambiente propício [...] com atenção especial [...] ao gênero e aos direitos humanos”.⁴⁵⁰ Intervenções estruturais^{451,452,453,454} são necessárias para enfrentar os fatores sociais, jurídicos, políticos e ambientais que contribuem para a propagação do HIV. Essas intervenções podem incluir reforma jurídica e política para melhorar o acesso a informações e serviços para os jovens, de forma a abordar as normas sociais que dizem respeito a gênero, sexualidade e adolescência e direitos dos jovens, além de promover a autonomia econômica.

⁴⁴⁷ GUPTA, G. R. et al. Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, v. 372, n. 9640, p. 764-775, 2008.

⁴⁴⁸ WERE, M. Determinants of teenage pregnancies: the case of Busia District in Kenya. *Economics and Human Biology*, v. 5, n. 2, p. 322-339, 2007.

⁴⁴⁹ PANDAY, S. et al. *Teenage Pregnancy in South Africa: with a specific focus on school-going learners*. Pretoria: Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council, of Basic Education, 2008.

⁴⁵⁰ WHO. *Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 Jan. 2002. Geneva, 2002. p. 11.

⁴⁵¹ BLANKENSHIP, K. M.; BRAY, S. J.; MERSON, M. H. Structural interventions in public health. *AIDS*, v. 14, suppl. 1, p. S11-S21, 2000.

⁴⁵² GUPTA et al., 2008, op. cit.

⁴⁵³ AUERBACH, J. D. et al. *Addressing Social Drivers of HIV/AIDS: Some Conceptual, Methodological, and Evidentiary Considerations*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2009. (Working paper, 24).

⁴⁵⁴ KIPPAX, S. Understanding and integrating the structural and biomedical determinants of HIV infection: a way forward for prevention. *Current Opinion in HIV and AIDS*, v. 3, p. 489-494, 2008.

Trabalhos recentes sobre programas de transferência condicional de renda e resultados de saúde destacam o papel dos fatores de risco estruturais e o impacto dos esforços para abordá-los.^{455,456,457,458} A análise concluiu que as transferências condicionais de renda podem ajudar a resolver os principais fatores estruturais do HIV, como as desigualdades econômicas e de gênero, bem como o baixo nível de escolaridade. Também indicou que tais medidas podem ajudar a aumentar o alcance de serviços de prevenção cruciais, como aconselhamento e testagem voluntários, com impactos implícitos sobre o risco de HIV; além de mostrarem alguma promessa na redução de IST, embora ainda não tenha sido demonstrado um impacto sobre o HIV. Isso ressalta a necessidade de uma abordagem que responda tanto ao indivíduo quanto ao contexto que influencia o modo como os jovens são capazes de exercer seus direitos à educação e à saúde sexual e reprodutiva.

Resumo

Este capítulo explorou os debates e os desafios na resposta do setor de educação ao HIV. Ele reconheceu que, apesar dos investimentos significativos, persistem os baixos níveis de conhecimento sobre o HIV entre os jovens. Revelou, ainda, opiniões divergentes sobre currículos e pedagogias correspondentes, juntamente com os desafios sistêmicos, como turmas grandes, que dificultaram a implementação da educação em HIV e limitaram consideravelmente sua cobertura. Também ressaltou a necessidade de estender a educação em HIV a alunos de educação pós-secundária e, principalmente, aos jovens fora da escola e às populações-chave que estão em alto risco de infecção por HIV. Além disso, explicou que a combinação de uma abordagem ao HIV com foco biomédico e a falta de controle eficaz no setor de educação coloca em risco o próprio futuro da educação em HIV. No entanto, há esperança. O próximo capítulo continuará a analisar os desafios, mas também irá identificar oportunidades em um esforço para traçar, com base nas lições aprendidas, um curso para o setor de educação.

⁴⁵⁵ LUTZ, B. *Can (conditional) cash transfers contribute to HIV prevention for girls?* Paris: UNESCO, 2012. (Good policy and practice in HIV and education, booklet 7). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002187/218793e.pdf>>.

⁴⁵⁶ WORLD BANK. *A Cash Transfer Program Reduces HIV Infections among Adolescent Girls*. Washington, DC, 2010.

⁴⁵⁷ STROBBE, F.; MILLER, C. *Cash Transfers in an Epidemic Context: The Interaction of Formal and Informal Support in Rural Malawi*. Washington, DC: The World Bank, 2011. (Policy research working paper, 5824).

⁴⁵⁸ BAIRD, S. et al. *The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behaviour of Young Women*. Washington, DC: The World Bank, 2009. (Impact evaluation series, 40: Policy research working paper, 5089).



Capítulo 3

Desenvolvimentos e oportunidades

Compromissos e metas globais

A resposta ao HIV do setor de educação, bem como a natureza da educação em HIV, terá de se adaptar a novas agendas e demandas. Este capítulo aborda alguns dos principais compromissos previstos, assim como as oportunidades e os desafios que se apresentam para a resposta do setor de educação e para a educação em HIV. A GEFI visa a redinamizar a comunidade global para alcançar as metas da EPT para 2015 e as metas dos ODM relacionadas à educação (ver Quadro 15), além de lançar as bases para uma visão pós-2015 ousada para a educação, que prepare crianças e jovens para a vida.

Quadro 15: Metas internacionais da educação (EPT e ODM)

Objetivo EPT 1:	Educação e cuidados na primeira infância Expandir e melhorar educação e cuidados na primeira infância, principalmente para as crianças mais vulneráveis e em situação desfavorável.
Objetivo EPT 2:	Educação primária universal Garantir que, até 2015, todas as crianças, principalmente meninas, crianças em circunstâncias difíceis e as pertencentes a minorias étnicas, tenham acesso a uma educação primária completa, gratuita, obrigatória e de boa qualidade.
Objetivo EPT 3:	Habilidades para jovens e adultos Garantir que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam alcançadas por meio do acesso equitativo a uma aprendizagem adequada e a programas de habilidades para a vida.
Objetivo EPT 4:	Alfabetização de adultos Alcançar, até 2015, aumento de 50% no nível de alfabetização de adultos, principalmente entre mulheres, e o acesso igualitário à educação básica e continuada para todos os adultos.
Objetivo EPT 5:	Paridade e igualdade de gênero Eliminar as disparidades de gênero na educação primária e secundária até 2005 e alcançar a igualdade de gênero na educação até 2015, com foco em garantir o acesso completo e equitativo de meninas a uma educação básica de qualidade.
Objetivo EPT 6:	Qualidade da educação Melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e garantir excelência para que resultados de aprendizagem mensuráveis e reconhecidos sejam alcançados por todos, principalmente em alfabetização, conhecimentos básicos em matemática (<i>numeracy</i>) e habilidades essenciais para a vida.
ODM 2:	Atingir o ensino básico universal Garantir que, até 2015, todas as crianças, tanto meninos quanto meninas, sejam capazes de concluir a educação primária completa.
ODM 3:	Igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres Eliminar a disparidade de gênero na educação primária e secundária, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino até 2015.

De forma específica, a GEFI vai reunir parceiros de desenvolvimento para dar um forte impulso ao cumprimento da promessa de acesso universal à educação primária e para apoiar um movimento global para colocar a educação no centro das agendas sociais, políticas e de desenvolvimento, além de gerar um financiamento adicional e suficiente para a educação através da *advocacy* global. A GEFI deixa claro que uma educação de boa qualidade, incluindo a educação em HIV, é fundamental para melhores resultados de saúde, progressos no sentido da igualdade de gênero e aumento das oportunidades econômicas e de desenvolvimento sustentável.

Desde 2000, os ODM 2 e 3, junto com a EPT, proporcionaram uma mobilização global mundial por maior acesso à educação e contribuíram para um avanço inédito na educação. As matrículas na educação primária aumentaram 6% desde 1999, com 52 milhões de crianças matriculadas na escola primária, e ocorreram melhorias significativas em termos de paridade de gênero no acesso à educação primária. A GEFI reconhece essas realizações, mas também destaca o fato de que 61 milhões de crianças em idade escolar primária permanecem fora da escola, e 71 milhões de adolescentes não recebem educação pós-primária.

As meninas, em particular, ainda enfrentam barreiras à educação, incluindo casamento infantil, gravidez precoce, expectativas de trabalho doméstico, falta de segurança no deslocamento para a escola e falta de instalações sanitárias femininas na escola. Muitas vezes, os países desvalorizam a educação das meninas: 53% das crianças em idade escolar primária que não estão na escola são meninas, e cerca de 34 milhões de meninas adolescentes estão fora da escola em todo o mundo. Em muitos países, crises humanitárias e conflitos mantêm as crianças fora da escola; já em outros, o trabalho infantil leva as crianças a abandonar a escola e ingressar no mundo do trabalho.

A GEFI também reconhece que a ênfase na consecução dos ODM levou ao abandono de importantes aspectos da educação, como qualidade, cuidados e educação na primeira infância, assim como educação e formação pós-primária. Em particular, o foco limitado no acesso à educação não abordou os resultados da aprendizagem. Muitas vezes, as crianças saem da escola sem habilidades básicas de leitura e escrita (*literacy skills*) e habilidades matemáticas básicas (*numeracy skills*), muito menos habilidades para uma vida saudável. Permanecer nesse caminho não vai atender às demandas de sociedades e economias em rápida mudança.

A GEFI tem como objetivo superar os problemas que comprometem os resultados da educação e da aprendizagem de qualidade. Tais problemas

incluem falta de salas de aula, professores mal capacitados e desmotivados, e falta de livros e outros materiais didáticos. Os países mais pobres precisam de um número estimado de 4 milhões de novas salas de aula até 2015; além disso, um adicional de 5,4 milhões de novos professores – dos quais 2 milhões somente para a África Subsaariana – é necessário para atingir a meta de educação primária universal até 2015.⁴⁵⁹ A falta de professores, combinada com o absentismo e a falta de qualificações, é uma barreira significativa para a aprendizagem. Outros desafios incluem a fome e a desnutrição entre as crianças, deficiências de aprendizagem na primeira infância e falta de M&A dos resultados da aprendizagem.

Uma última área prioritária para a GEFI é o fomento à cidadania global, para promover uma educação transformadora que cultiva valores compartilhados e promove o respeito e a responsabilidade entre culturas, países e regiões. Isso vai exigir currículos e materiais didáticos atualizados, melhor capacidade dos professores para apoiar o aprendizado, para ir além dos temas tradicionais, assim como foco mais forte em valores. Mais do que qualquer outra coisa, a GEFI defende fortemente que a educação de qualidade desencadeia o progresso em todos os ODM; isso foi reforçado por consultas globais sobre as prioridades de desenvolvimento pós-2015.

Quadro 16: Dez ações-chave da GEFI

Matricular todas as crianças na escola: eliminar as barreiras financeiras para a frequência e a conclusão da educação primária; eliminar as desigualdades de acesso à educação primária e secundária, especialmente para as crianças marginalizadas; superar a diferença de gênero em todos os níveis educacionais.

Manter a educação em crises humanitárias, especialmente conflitos: reforçar a proteção a crianças, professores e escolas durante conflitos armados; garantir a implementação de políticas nacionais de educação para garantir a continuidade da educação das crianças durante as emergências humanitárias; tornar a educação um pilar central de qualquer resposta humanitária.

Garantir que todas as crianças sejam alfabetizadas e aprendam as operações matemáticas básicas: garantir que todas as crianças sejam plenamente alfabetizadas e aprendam as operações matemáticas básicas depois de quatro anos na escola; promover o ensino nas línguas locais das crianças, especialmente nas séries iniciais; acompanhar os resultados de aprendizagem de cada aluno e usar as informações para melhorar o desempenho dos alunos.

Formar mais professores: contratar mais 2 milhões de professores até 2015; garantir que todos os professores tenham formação básica e oportunidades de desenvolvimento profissional; melhorar os salários, as condições de trabalho e o *status* dos professores na sociedade.

Equipar as salas de aula com livros e materiais didáticos: construção de 4 milhões de salas de aula, especialmente em áreas marginalizadas; garantir que os livros e os materiais sejam atualizados e estejam em bom estado; utilizar tecnologias de informação e comunicação para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da aprendizagem.

⁴⁵⁹ UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2012: youth and skills; putting education to work*. Paris, 2012.

Preparar os alunos para meios de subsistência: expandir o acesso ao ensino secundário, reduzir pela metade o número de adolescentes fora do primeiro nível da educação secundária; garantir que a educação seja relevante para as economias e os meios de subsistência locais; preparar os jovens para exercitarem pensamento crítico e habilidades do século XXI.

Melhorar a nutrição infantil: reduzir pela metade o número de crianças menores de 5 anos com baixo crescimento; prover alimentação e serviços de saúde para crianças pobres através da escola; desenvolver sistemas para identificar e ajudar as crianças que precisam de apoio nutricional e social.

Incitir a aprendizagem ao longo da vida: aumentar de 15% para 45% a participação de crianças carentes em programas de qualidade para o desenvolvimento na primeira infância em países de renda baixa; proporcionar oportunidades de aprendizagem alternativa, incluindo habilidades para a vida, a todos os jovens que não frequentaram a escola formal; reduzir pela metade o número de adultos analfabetos em 2015, especialmente mulheres.

Fomentar a cidadania global: desenvolver valores, conhecimentos e habilidades necessárias para a paz, a tolerância e o respeito pela diversidade; cultivar um senso de comunidade e participação ativa, de forma a contribuir para a sociedade; garantir que as escolas sejam livres de todas as formas de discriminação, incluindo a desigualdade de gênero, o *bullying*, a violência, a xenofobia e a exploração.

Superar o déficit de financiamento: investir pelo menos de 5% a 6% do PIB nacional em educação; aumentar em US\$ 24 bilhões por ano o investimento global nos sistemas de educação dos países pobres para superar o déficit de financiamento na educação primária e no primeiro nível da educação secundária; assegurar a utilização eficaz e responsável dos recursos, em alinhamento com os planos nacionais de educação.

Desenvolvimentos que afetam o setor de educação

Mudanças demográficas

A demografia atual e futura terá implicações significativas para o setor de educação e, especificamente, para a educação em HIV e em sexualidade, sobretudo nas regiões onde crianças e jovens constituem uma grande parcela da população. A ONU prevê que os principais aumentos populacionais ocorrerão nos países menos desenvolvidos, particularmente naqueles com altas taxas de fecundidade: 39 deles estão na África, nove na Ásia, seis na Oceania e quatro na América Latina.⁴⁶⁰ O número de pessoas que vivem nos países menos desenvolvidos deverá aumentar em mais de 50%, de 832 milhões em 2010 para 1,73 bilhão até 2050.⁴⁶¹

Atualmente, 26% da população mundial tem menos de 15 anos de idade, mas na África Subsaariana a proporção é de 41% e, em alguns países, como Malawi,

⁴⁶⁰ UNFPA. *State of World Population 2011*, 2012, op. cit.

⁴⁶¹ UN DESA. Population Division. *World Population Prospects: the 2010 revision*. New York, updated 28 Jun. 2011. (UNCSO Rio 2012 Issues Briefs, 14).

chega a 49%.⁴⁶² Nos últimos 60 anos, o número de adolescentes no mundo aumentou dramaticamente: de pouco menos de 500 milhões, em 1950, para pouco mais de 1,2 bilhões, em 2010. Os adolescentes – jovens com idades entre 10 e 19 anos – compõem 18% da população global, mas chegam a 23% da população na África Subsaariana,⁴⁶³ a única região onde se espera que o número de adolescentes cresça significativamente.⁴⁶⁴ Em outras regiões, em particular na Ásia e na América Latina, há um crescimento significativo da população com menos de 20 anos. Somente a região da Ásia-Pacífico é responsável por 55% de todos os jovens com idades entre 10 e 24 anos no mundo.⁴⁶⁵

Bônus demográfico é definido como o crescimento econômico resultante de uma mudança na estrutura etária da população de um país. Se a estrutura demográfica de um país muda de modo que uma parcela maior da população se situa na faixa etária de 15 a 64 anos do que nas faixas etárias mais velhas ou mais jovens, o país pode se beneficiar do aumento da produtividade ao contar com maior população economicamente ativa, além da menor dependência geral do restante da população. Uma série de economias emergentes, como Brasil, Índia e África do Sul, estão assumindo rapidamente esse perfil demográfico.^{466, 467} Países menos desenvolvidos, onde mais de 40% da população tem menos de 15 anos de idade, têm o potencial de se beneficiar do bônus demográfico à medida que essa grande coorte entra na adolescência e na vida adulta.⁴⁶⁸

No entanto, os benefícios do bônus demográfico só serão atingidos se planos, políticas e serviços adequados, incluindo a educação em HIV e sexualidade, bem como serviços de saúde sexual e reprodutiva, forem implementados para melhorar a saúde, a educação e a igualdade de gênero.⁴⁶⁹ Na prática, muitos países que experimentaram aumento significativo da população

⁴⁶² POPULATION REFERENCE BUREAU. *World Population Data Sheet*. Washington, DC, 2012. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2013.

⁴⁶³ UNICEF. *Progress for Children 2012*, op. cit.

⁴⁶⁴ Idem.

⁴⁶⁵ UN DESA. *The World Population Prospects: 2012 Revision*. New York, 2012. Disponível em: <http://esa.un.org/wpp/wpp2012/wpp2012_1.html>. Esses dados excluem países da Ásia Ocidental e Central.

⁴⁶⁶ UN DESA. *World Population Prospects*, 2011, op. cit.

⁴⁶⁷ Ver <<http://populationpyramid.net/>> para visualização de dados para populações e projeções de 2010 para todos os países e regiões.

⁴⁶⁸ WHO. *Infant Mortality*. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/index.html>. Acesso em: 4 mar. 2013.

⁴⁶⁹ GRIBBLE, J. N.; BREMNER, J. *The Challenge of Attaining the Demographic Dividend*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2012.

jovem não conseguem oferecer serviços, especialmente em educação, para essa população, e estão mal preparados para lidar com as futuras alterações demográficas. A região da Ásia-Pacífico, por exemplo, vem registrando um crescimento social e econômico acelerado nos últimos anos, mas o aumento das desigualdades fez com que muitos jovens enfrentassem obstáculos ao emprego, à educação e à atenção à saúde.⁴⁷⁰

Garantir que essa geração seja capaz de fazer escolhas informadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva será fundamental para o desenvolvimento econômico nacional. Investimentos adequados em educação e serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar para que as mulheres possam determinar o número e o espaçamento de seus filhos, são particularmente importantes para a consecução do bônus demográfico. Os investimentos nacionais precisam priorizar a educação secundária para as meninas e as necessidades de saúde reprodutiva de jovens casados e solteiros.⁴⁷¹

Com o aumento do número de alunos que ingressam na educação formal, as escolas passarão a ser o ambiente mais importante para a educação em HIV e sexualidade. No entanto, o crescimento dos grupos etários mais jovens representa um desafio significativo para a educação em geral e, especificamente, para a educação em HIV e sexualidade. Os países terão de aumentar o investimento em educação para atender à crescente demanda, à medida que um número maior de crianças ingressa na educação formal e passa para a educação secundária, para garantir que crianças e jovens recebam educação relevante e de qualidade.

Garantir que crianças e jovens recebam educação de qualidade em HIV e sexualidade é uma questão particularmente preocupante, dadas as dificuldades que os sistemas educacionais enfrentam para oferecer até mesmo uma boa educação básica. Em 2012, o Relatório de Monitoramento Global de EPT⁴⁷² revelou que crianças na educação primária não estão conseguindo apreender habilidades básicas em leitura e escrita (*literacy skills*) e em matemática (*numeracy skills*). Até 250 milhões de crianças não sabem ler ou escrever quando chegam à 4ª série, situação que as priva de habilidades necessárias para a vida e para o trabalho. Se isso acontece com as disciplinas básicas, as perspectivas não são promissoras para temas que não são cobrados nos exames, como a educação em HIV e sexualidade.

⁴⁷⁰ ASIAN DEVELOPMENT BANK. *Asian Development Outlook 2012: Confronting Rising Inequality in Asia*. Manila, 2012. Disponível em: <<http://www.adb.org/publications/asian-developmentoutlook-2012-confronting-rising-inequality-asia>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

⁴⁷¹ GRIBBLE; BREMNER, 2012, op. cit.

⁴⁷² UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2012*, op. cit.

Um primeiro passo importante é reconhecer que a educação em HIV e em sexualidade traz benefícios mais amplos em termos de desenvolvimento de habilidades, melhor saúde e bem-estar, melhoria da igualdade de gênero, além de benefícios mais amplos para a aprendizagem. Como observado anteriormente, isso é reconhecido pela GEFI, que identifica a saúde como um dos resultados centrais da educação de qualidade e nos lembra que “a educação libera o potencial do indivíduo e da sociedade para resolver os problemas de hoje e explorar o potencial do amanhã”.⁴⁷³

Abordar as disparidades educacionais

Apesar do aumento no número de matrículas, o número de crianças em idade escolar que estão fora da escola mudou pouco desde 2008. Dos 61 milhões que ainda estavam fora da escola em 2010, 47% jamais frequentarão a escola, 27% frequentaram a escola, mas saíram e espera-se que 27% ingressem na escola em algum momento.⁴⁷⁴ Quase a metade das crianças que estão fora da escola no mundo vive em 12 países, oito dos quais localizados na África. Na Ásia Central, na África Subsaariana, nos Estados Árabes e no Sul e Oeste da Ásia, cerca de metade de todas as crianças em idade escolar primária que estão fora da escola jamais ingressará na escola.⁴⁷⁵ Atender às necessidades dessas crianças e desses jovens por educação em HIV e sexualidade é um desafio significativo que precisa ser abordado de modo mais eficiente por programas de educação não formal e outras iniciativas.

As disparidades de gênero são diferentes entre os diferentes níveis de escolaridade, de situação econômica e as várias regiões. Embora tenha havido progresso na redução da disparidade entre os sexos, as meninas ainda enfrentam grandes obstáculos ao acesso à escola e, em muitos países de renda baixa e média, as meninas pobres têm uma menor chance de começar a escola primária. O Relatório de Monitoramento Global de EPT destaca que 68 países ainda não atingiram a paridade de gênero na educação primária, e que as meninas estão em desvantagem em 60 desses países. No entanto, um dos sucessos da EPT tem sido reduzir a incidência da disparidade grave entre os sexos. Dos 167 países com dados relativos a 1999 e 2010, o número de países onde menos de nove meninas para cada dez meninos estão na escola primária caiu de 33 para 17.⁴⁷⁶

⁴⁷³ GEFI, 2012, op. cit.

⁴⁷⁴ UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2012*, op. cit.

⁴⁷⁵ Idem.

⁴⁷⁶ Ibid.

A situação se inverte na educação secundária, em que, em mais da metade dos 97 países com disparidade de gênero, um número menor de meninos do que de meninas está na escola. Esses países tendem a ser mais ricos e têm taxas de matrícula mais altas, e são encontrados principalmente nas regiões da América Latina e do Caribe e Ásia Oriental e Pacífico. No entanto, uma disparidade de gênero semelhante também ocorre em alguns países de renda baixa, como Bangladesh, Myanmar e Ruanda, onde meninos de famílias mais pobres precisam de trabalho remunerado. Em alguns países, a proporção tem piorado. Por exemplo, em Bangladesh, em 1999, havia 90 meninos para cada 100 meninas na educação secundária, mas em 2010 esse número baixou para 82. Os 43 países onde meninas são mais desfavorecidas no nível de educação secundária estão localizados principalmente nos Estados Árabes, no sul e no oeste da Ásia e na África Subsaariana.⁴⁷⁷

Embora o aumento das matrículas tenha tido um efeito adverso sobre a qualidade em alguns países de renda baixa, houve países que conseguiram manter a qualidade. O terceiro estudo SACMEQ mostra que quatro em cada cinco crianças no Quênia e na Zâmbia chegaram à 4ª série, mas as escolas no Quênia foram duas vezes mais eficazes em garantir que as crianças aprendessem operações matemáticas básicas. Da mesma forma, o TIMSS mostrou que, embora Argélia e Tunísia tivessem 98 de cada 100 crianças alcançando a 4ª série, a porcentagem de aprendizagem das operações matemáticas básicas na Argélia 50% superior.⁴⁷⁸

O nível de qualidade se reflete também na repetência. Em termos globais, em 2010, 32,2 milhões de alunos repetiram uma série na educação primária, um decréscimo em comparação ao número de 34,7 milhões em 2000. Isso significa que, embora as matrículas tenham aumentado 6%, o número de repetentes caiu 7%. No entanto, existem diferenças regionais para esse quadro. Nos Estados Árabes, as matrículas aumentaram 18% e o número de repetentes diminuiu 14%. Mesmo que as matrículas tenham aumentado no sul e no oeste da Ásia, o número de repetentes permaneceu estável em 5%. No entanto, a África Subsaariana continuou a apresentar a maior porcentagem de repetentes globais, 35%, além disso, o número absoluto de repetentes aumentou 16% ao longo da década, principalmente devido ao rápido aumento do número de matrículas.⁴⁷⁹

Os desafios relacionados à má qualidade da educação e a alta proporção de alunos por professor também têm implicações específicas para a educação

⁴⁷⁷ Ibid.

⁴⁷⁸ Ibid.

⁴⁷⁹ UIS. *Global Education Digest 2012*, op. cit.

em HIV e sexualidade. Onde a qualidade da educação é ruim e os professores são obrigados a lidar com turmas grandes, as chances de que as crianças e os jovens recebam uma educação eficaz e abrangente em HIV e sexualidade provavelmente serão limitadas.

A educação primária obrigatória e gratuita é reconhecida pela ONU como um direito humano fundamental. A educação secundária formal é reconhecida como a forma mais eficaz de desenvolver habilidades para a vida e para o trabalho e é, portanto, essencial para o desenvolvimento futuro dos indivíduos e dos países em que vivem. No entanto, o foco no acesso universal à educação primária resultou em uma falta de ênfase na educação secundária. Em 2010, a educação primária era obrigatória em quase todos os países, ao passo que o primeiro nível da educação secundária era obrigatório em apenas três de cada quatro países e o segundo nível da educação secundária era obrigatório em apenas um de cada quatro países que forneceram dados.^{48o} Embora muitos governos tenham abolido as taxas formais para a educação básica, poucos aboliram as taxas para a educação secundária.

Manter os adolescentes na educação além do nível primário é fundamental para atingir plenamente tanto os efeitos protetores da educação quanto os benefícios de uma educação abrangente em sexualidade. Com um número crescente de crianças concluindo a educação primária e a atenção se concentrando mais no acesso à educação secundária, o setor de educação deverá estar pronto para ampliar a oferta de educação em sexualidade para um número crescente de jovens. No entanto, existem e continuarão a existir muitos adolescentes que não frequentam a escola e precisam de programas não formais de educação em sexualidade ofertados na comunidade. Esses programas precisam estar alinhados com o conteúdo dos programas baseados na escola, bem como ser adaptados às necessidades dos adolescentes fora da escola.

Aumentar o acesso às novas tecnologias

As TIC, ou novas tecnologias, são cada vez mais usadas em programas de educação e saúde. Na educação, as novas tecnologias podem contribuir para o acesso universal, a equidade, a oferta de aprendizagem e o ensino de qualidade, o desenvolvimento profissional dos professores, bem como para gestão, governança e administração educacional mais eficientes. O aumento do acesso à internet e às telecomunicações por meio de uma gama crescente de dispositivos e o aumento do uso de mídias sociais também têm

^{48o} Idem.

o potencial de contribuir para a melhoria da educação, incluindo a educação abrangente em sexualidade.⁴⁸¹

Até recentemente, as TIC só estavam disponíveis para as comunidades com mais recursos, mas isso está mudando como resultado do crescente acesso a telefones celulares. De acordo com o Banco Mundial, o acesso à telefonia móvel atinge um quarto da população do mundo e aumenta a cada dia. O número de usuários de telefones celulares aumentou de menos de 1 bilhão, em 2000, para mais de 6 bilhões, quase 5 bilhões dos quais em países em desenvolvimento. Mais de 30 bilhões de aplicativos móveis ou *apps* – *software* que amplia os recursos dos telefones, por exemplo, para transformá-los em carteiras móveis, ferramentas de navegação ou de comparação de preços – foram baixados em 2011. Nos países em desenvolvimento, os cidadãos usam cada vez mais telefones celulares para criar novos meios de subsistência e melhorar seu estilo de vida, enquanto governos passam a usá-los para melhorar a prestação de serviços e mecanismos de *feedback* dos cidadãos.⁴⁸²

As TIC na educação permitem aos alunos acessar informações sobre uma ampla gama de tópicos em seu próprio ritmo, oferecem novas plataformas de aprendizagem colaborativa e de pares e oferecem, ainda, a possibilidade de se conectar com outras pessoas para explorar questões, ideias e culturas – um primeiro passo no desenvolvimento da cidadania global. A tecnologia também desafia as abordagens didáticas tradicionais de ensino, pois torna mais fácil aos jovens acessar as oportunidades para a participação, a interatividade e a criatividade, ao mesmo tempo que oferece aos professores novas ferramentas para construir e avaliar habilidades em tempo real. Salas de aula virtuais oferecem novas possibilidades e novas formas de ensino para os educadores, assim como novas formas de assimilação do conhecimento e da aprendizagem para os alunos, que são particularmente relevantes para a educação em sexualidade.

A República da Moldávia, por exemplo, tem usado as TIC para ampliar a educação em HIV e a educação em saúde sexual e reprodutiva. No final de 2012, o Ministério da Educação lançou um curso de treinamento interativo via internet para o módulo de Vida e Saúde da Educação Cívica. Esse *e-course* aprimora a instrução dos alunos em sala de aula, dando-lhes mais oportunidades de aprofundar a aprendizagem. Os alunos podem se inscrever para o curso *online*, estudar os temas de sua série, fazer avaliações *online* e receber

⁴⁸¹ Ver o site da UNESCO em *ICT in Education*, disponível em: <<http://www.unesco.org/new/en/unesco/themes/icts/m4ed/>>. Acesso em: 30 out. 2013.

⁴⁸² WORLD BANK. *Information and Communications for Development 2012: Maximising Mobile*. Conference Edition. Washington, DC, 2012.

notas. Eles também podem acessar o curso de computadores na escola ou em casa, bem como por meio de telefones celulares. Para aqueles com acesso limitado ou sem acesso à internet, o curso está disponível em um CD. ONGs de diversos países, incluindo o Cazaquistão, a Federação Russa e a Ucrânia, também têm criado recursos via internet para proporcionar aos jovens fontes adicionais de informação sobre HIV e sexualidade, bem como sensibilizar os pais sobre conteúdos e benefícios da educação em sexualidade.

As mídias sociais já demonstraram sua capacidade de conectar pessoas em todo o mundo e as redes sociais têm o potencial de promover e reforçar o conhecimento e fortalecer os professores e o ensino. Fora do contexto da educação formal, as redes sociais podem alcançar um grande número de pessoas com mensagens, por exemplo, e, dessa forma, incentivar comportamentos saudáveis, o que poderia trazer benefícios importantes para a educação não formal e ajudar a alcançar jovens marginalizados e com maior risco do HIV. Debates podem incentivar a participação ampla e responder a perguntas – contanto que sejam bem moderados para assegurar que as informações oferecidas sejam verdadeiras, já que as redes sociais também podem promover comportamentos de risco.

Há também desafios associados às novas tecnologias, particularmente quando a internet e as mídias sociais são a principal fonte de informações sobre sexo para os jovens. Embora grande parte da informação disponível seja útil, também há conteúdo que transmite aos jovens mensagens distorcidas, desequilibradas ou degradantes sobre sexo e sexualidade. A educação escolar pode e deve desempenhar um papel importante contra a disseminação de informações pouco úteis e ensinar crianças e jovens a avaliar criticamente as informações disponíveis a partir de diferentes fontes.

Muitos termos são usados para definir as diferentes aplicações das TIC na educação, incluindo e-aprendizagem (aprendizagem eletrônica) e m-educação (educação móvel). A UNESCO elaborou orientações para garantir que a aprendizagem móvel seja utilizada de forma eficaz e responsável e que seus benefícios sejam, assim, maximizados.⁴⁸³ As orientações destacam o potencial da aprendizagem móvel para:

- ampliar o alcance e a equidade da educação;
- facilitar a aprendizagem personalizada;
- fornecer *feedback* e avaliação imediata;

⁴⁸³ UNESCO. *UNESCO Policy Guidelines for Mobile Learning*. Paris, 2013.

- permitir a aprendizagem a qualquer hora e em qualquer lugar;
- garantir o uso produtivo do tempo gasto em sala de aula;
- construir novas comunidades de alunos;
- apoiar a aprendizagem no território e contínua;
- servir de ponte entre a aprendizagem formal e informal;
- minimizar a interrupção da educação em áreas de conflito e desastres;
- auxiliar os alunos com deficiência;
- melhorar a comunicação e a administração; e
- maximizar a relação custo-eficiência.

No geral, a utilização das TIC na educação em HIV pode permitir aos alunos acessar informações e melhorar seus conhecimentos de maneira fácil e amigável, além de apoiar os professores para que ofereçam uma educação para a vida mais efetiva. Elas permitem acesso a aulas em qualquer lugar, a qualquer hora, e permitem aos jovens adquirir conhecimento sobre temas sensíveis, bem como obter respostas a perguntas embaraçosas de forma privada. Isso é particularmente útil em países onde as normas sociais não incentivam a discussão aberta sobre sexualidade com pais ou professores. As TIC também têm o potencial para resolver muitos desafios na educação em HIV, inclusive ao mudar o foco do ensino para a aprendizagem, uma mudança fundamental e necessária para o sucesso da educação em saúde e sexualidade baseada em habilidades.

No entanto, a utilização de tais tecnologias é um campo relativamente novo e pouco avaliado até o momento. Conseqüentemente, há pouca evidência empírica sobre as melhores formas de utilizar as TIC na educação em HIV; e essa é uma área que merece ser mais explorada.

Garantir o financiamento para a educação e a educação em HIV

Ao mesmo tempo que o setor de educação enfrenta mudanças e desafios inéditos e a educação em HIV precisa ser ampliada e adaptada às novas necessidades, o financiamento para o setor, e para a educação em HIV especificamente, enfrenta crescentes dificuldades.

O Relatório de Monitoramento Global de EPT⁴⁸⁴ estima que são necessários, a cada ano, US\$ 26 bilhões adicionais (provenientes de todas as fontes) para alcançar uma educação básica de qualidade para todos até 2015. A provável expansão dos objetivos de educação após 2015 para incluir a conclusão universal do primeiro nível da educação secundária criaria um déficit total de financiamento de US\$ 38 bilhões por ano. Embora a despesa doméstica com educação esteja aumentando, a ajuda para o desenvolvimento aplicada à educação está diminuindo.

Os gastos totais dos governos com a educação têm aumentado constantemente desde o Fórum Mundial da Educação de 2000, em Dakar. Entre 1999 e 2010, 63% dos países de renda baixa e média aumentaram a parcela da renda nacional gasta em educação, com o maior aumento – de 7,2% ao ano, em média – em países de renda baixa e um aumento anual de 5% na África Subsaariana.

O Relatório de Monitoramento Global de EPT também observou que preocupações com o possível impacto das recentes crises financeira e alimentar que atingiram escala global sobre a despesa de educação parecem ser infundadas. Apesar de alguns países, como Chade e Níger, terem cortado orçamentos como resultado dessas crises, dois terços dos países de renda baixa e média aumentaram seus orçamentos para a educação. Em 2010, os países de renda baixa alocaram 4,6% do PIB para a educação (em comparação com 3,1% em 1999), os países de renda média baixa alocaram 4,8% (essa porcentagem era de 4,3% em 1999) e os países de renda alta alocaram 5,4% (contra 5% em 1999). Melhorias na taxa líquida de matrícula na educação primária estão intimamente relacionadas a despesas, como demonstra o exemplo da Tanzânia: em 1999, o país aplicou 2% do PIB em educação; em 2010, essa porcentagem aumentou para 6,2%, e a taxa líquida de matrícula na educação primária dobrou.⁴⁸⁵

No entanto, apesar de avanços no aumento dos orçamentos para a educação, os números ainda estão aquém dos 6% do PIB recomendados pela Iniciativa *Fast Track* da EPT. Além disso, o investimento em educação varia consideravelmente entre regiões e países. Por exemplo, o orçamento total para a educação na França é mais alto do que a despesa com educação de todos os governos da África Subsaariana juntos.⁴⁸⁶ O gasto anual por aluno na educação primária foi estimado em cerca de US\$ 105 no Quênia e na

⁴⁸⁴ UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2012*, op. cit.

⁴⁸⁵ Idem.

⁴⁸⁶ OCDE. *Education at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/eag-2011-en>>.

Guatemala em 2007,⁴⁸⁷ ao passo que os países da OCDE gastaram em média US\$ 7.065 por aluno do mesmo nível educacional em 2008.⁴⁸⁸

Quadro 17: Conclusões e recomendações do estudo da UNESCO sobre custo e custo-efetividade da educação em sexualidade

- A fim de atingir uma massa crítica de jovens, programas abrangentes de educação em sexualidade devem ser intracurriculares, integrados aos currículos nacionais, obrigatórios e ampliados por meio do setor público.
- Programas-piloto extracurriculares podem proporcionar experiências iniciais de aprendizagem úteis, e os projetos bem-sucedidos devem ser gradualmente integrados aos currículos nacionais para torná-los mais eficientes.
- Turmas maiores reduzem os custos *per capita*, mas podem limitar a qualidade da educação em sexualidade; portanto, os países precisam encontrar um equilíbrio entre os custos e a qualidade dos programas de educação em sexualidade.
- *Advocacy* para garantir envolvimento e senso de pertencimento da comunidade é um componente de custo importante e necessário dos programas de educação em sexualidade.
- É mais eficiente expandir primeiramente a educação em sexualidade nas escolas em que os programas já existem, tornando-a obrigatória, antes de introduzi-la em novas escolas ou distritos.
- Programas abrangentes de educação em sexualidade também podem ter resultados educacionais significativos.
- É necessária uma combinação de programas de educação em sexualidade nas escolas e serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados para os jovens para obter resultados de saúde.
- Há necessidade de mais estudos comparativos em outras regiões, por exemplo, na América Latina e no Caribe, e de pesquisa para avaliar elementos e resultados relacionados a gênero.

Fonte: UNESCO. Policy Brief: *The cost and cost-effectiveness of school-based sexuality education programmes*. Paris, 2012.

Ao mesmo tempo que os orçamentos nacionais para a educação aumentaram, a ajuda internacional para a educação estagnou desde 2009, ano em que foi registrado o maior aumento da ajuda.⁴⁸⁹ Apesar dos compromissos internacionais, a educação básica recebeu baixa prioridade. Em 2010, dos US\$ 13,5 bilhões em ajuda para a educação em 2010, apenas US\$ 5,8 bilhões foram destinados à educação básica, e apenas US\$ 1,9 bilhão foi destinado à educação básica em países de renda baixa.

Apenas cinco dos 23 países-membros do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE atingiram a meta de alocar 0,7% ou mais da Renda Nacional Bruta para a ajuda ao desenvolvimento. Desde 2009, a crise financeira global e a pressão resultante para a redução das despesas diminuíram essa ajuda. Em

⁴⁸⁷ Idem.

⁴⁸⁸ OCDE, 2011, op. cit.

⁴⁸⁹ UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2012*, op. cit.

2011, a ajuda global caiu 2,7% em termos reais em relação a 2010, devido às medidas de austeridade nos países doadores.⁴⁹⁰ Os principais doadores não estão apenas reduzindo seu orçamento global de ajuda, mas também têm conferido baixa prioridade à educação. Espera-se que os Países Baixos, por exemplo, cortem a ajuda para a educação em 60% entre 2010 e 2015.⁴⁹¹ Além disso, cerca de um quarto do total da ajuda direta à educação nem chega a sair dos países doadores, pois é gasto em bolsas de estudo e despesas para alunos originários de países em desenvolvimento.⁴⁹² A redução da ajuda, assim como da parcela da ajuda que é destinada à educação, tem sérias implicações para a consecução das metas globais de educação nos países mais pobres e, em particular, para a correção das disparidades educacionais entre e dentro dos países.

Além disso, o financiamento para a prevenção e a educação em HIV é prejudicada pela “fadiga da aids”, pela crise financeira global e pela diminuição geral do financiamento dos doadores, bem como pelos custos associados ao aumento do acesso ao tratamento do HIV.

O financiamento total para o HIV, de todas as fontes, em 2011 foi de US\$ 16,8 bilhões.⁴⁹³ O financiamento dos governos doadores aumentou seis vezes entre 2002 e 2008, para US\$ 7,7 bilhões, mas manteve-se em torno do mesmo nível desde então (US\$ 6,9 bilhões em 2010 e US\$ 7,6 bilhões em 2011).⁴⁹⁴ Em 2011, dois dos principais doadores para o HIV aumentaram seu financiamento significativamente, sete mantiveram o financiamento no mesmo nível e quatro reduziram o financiamento.⁴⁹⁵ A crise financeira mundial é um fator significativo, mas as prioridades dos doadores também estão mudando (a destinação de fundos para o HIV diminuiu) em resposta à crescente pressão para demonstrar resultados, bem como aos avanços alcançados em vários países na redução de novas infecções e na ampliação do acesso a tratamento eficaz.

Despesas domésticas públicas e privadas com HIV em países de renda

⁴⁹⁰ OCDE. *Aids statistics*. Paris, 2012. Disponível em: <<http://www.oecd.org/development/stats/developmentaidtodevelopingcountriesfallsbecauseofglobalrecession.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2013.

⁴⁹¹ UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2012*, op. cit.

⁴⁹² UNESCO. *Education for All is Affordable: by 2015 and beyond*. Paris, 2013. (Policy paper, 06).

⁴⁹³ UNAIDS. *Global Report, 2012*, op. cit.

⁴⁹⁴ KAISER FAMILY FOUNDATION; UNAIDS. *Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2011*. 2012. (Relatório não publicado). Disponível em: <<http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7347-08.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2013.

⁴⁹⁵ Idem.

baixa e média aumentaram de US\$ 3,9 bilhões, em 2005, para quase US\$ 8,6 bilhões, em 2011, quando os gastos domésticos representaram a maior parte de todas as despesas com HIV pela primeira vez. No entanto, alguns países permanecem fortemente dependentes do financiamento internacional para a resposta nacional ao HIV. Os fundos dos doadores representaram 36% dos US\$ 9,4 bilhões gastos com HIV em 107 países de renda baixa e média entre 2006 e 2011. Desses países, 38 receberam 75% ou mais e 61 receberam 50% ou mais de seu financiamento para HIV de fontes internacionais. Entre 33 países da África Subsaariana, 26 receberam mais da metade do seu financiamento para HIV de fontes internacionais, 19 dos quais receberam 75% ou mais de fontes internacionais.⁴⁹⁶

Uma análise da recessão global de 2008 mostrou que houve um impacto adverso sobre os programas de HIV em quase todos os países de renda baixa e média.⁴⁹⁷ Os fatores relacionados incluíram redução das receitas e das despesas governamentais com HIV, aumento da pobreza e queda da renda familiar, além de taxas de câmbio desfavoráveis, que aumentaram os custos de medicamentos e equipamentos importados. A situação foi agravada pela desaceleração da taxa de crescimento do financiamento de doadores, pela crescente demanda por tratamento do HIV e por prioridades concorrentes. Os efeitos negativos reais, percebidos e previstos, diminuíram e, em alguns casos, chegaram a reverter, o progresso dos países. Embora todos os aspectos das respostas nacionais tenham sido afetados, o maior impacto foi sobre os esforços de prevenção do HIV.

Como resultado da ampliação dramática do acesso a tratamento para HIV durante a última década, houve aumento significativo da proporção do financiamento total e, particularmente, do financiamento interno gasto no tratamento em HIV. Uma avaliação do financiamento para HIV em países de renda baixa e média em 2008 revelou que 53% do financiamento foi destinado a tratamento e cuidados.⁴⁹⁸ Dada a importância da adesão ao tratamento e a crescente ênfase no início precoce do tratamento, é improvável que essa proporção seja reduzida no futuro. Os dados disponíveis sugerem que o financiamento para tratamento poderá ser priorizado e que, se houver uma queda no financiamento para a resposta nacional, recursos podem ser desviados de outras áreas, como a prevenção e a educação.

⁴⁹⁶ UNAIDS. *Global Report*, 2012, op. cit.

⁴⁹⁷ UNAIDS. Impact of the Global Financial and Economic Crisis on the AIDS Response. In: MEETING OF THE UNAIDS PROGRAMME COORDINATING BOARD, 25 Geneva, 8-10 Dec. 2009. Proceedings... Geneva, 2009.

⁴⁹⁸ AMICO et al., 2012, op. cit.

Além disso, o financiamento para a prevenção do HIV depende mais dos doadores internacionais e, portanto, é mais provável que seja afetado por uma diminuição do financiamento dessas fontes. No geral, em 2008, a prevenção recebeu 21% dos recursos para HIV – 20% em epidemias concentradas, 21% em epidemias generalizadas e 45% em epidemias de baixo nível. Mas os doadores internacionais foram responsáveis por 65% de todos os recursos de prevenção, e essa porcentagem chega a 93% nos países de renda baixa. Por outro lado, 63% dos custos de tratamento foram financiados internamente.⁴⁹⁹

Existe o risco de que o declínio do financiamento internacional tenha um impacto considerável sobre a já baixa alocação de recursos para a prevenção do HIV voltada para os jovens, tanto dentro quanto fora da escola, em especial os que têm maior risco. Embora o UNAIDS defenda um aumento da alocação de recursos nacionais e uma série de países, como a China e a Índia, estejam aumentando o financiamento para o HIV, é provável que os recursos internos não sejam suficientes para preencher a lacuna em muitos países de renda baixa no futuro próximo.

Resumo

Este capítulo destacou os desafios sistêmicos que o setor de educação enfrenta para cumprir seus compromissos com a educação para todos. Com o número crescente de jovens que devem entrar no sistema escolar, é mais importante do que nunca que as escolas ajudem os alunos a enfrentar os desafios modernos e a aprender a tomar decisões saudáveis. Este capítulo também destacou que um grande número de adolescentes e jovens não frequenta a escola. Eles não podem ser deixados para trás, mas os recursos não devem ser desviados para criar estruturas paralelas de educação extraescolar. Em vez disso, os gestores da educação precisam usar as tecnologias emergentes e o apoio global à educação universal para alavancar mudanças e garantir que todos os adolescentes e jovens desenvolvam as habilidades necessárias para a prevenção de novas infecções pelo HIV, além de reduzir o estigma e a discriminação. O próximo capítulo descreverá um caminho para alcançar esse fim.

⁴⁹⁹ Idem.



Capítulo 4

Rumo a uma nova abordagem

Adaptação a uma epidemia em mudança

Os capítulos anteriores analisaram como a resposta do setor de educação tem evoluído, o que aprendemos e os desafios que enfrentamos, bem como os avanços globais e nacionais que terão um impacto na educação em HIV no futuro. Este capítulo discute como a educação em HIV precisa mudar, particularmente quanto à forma como é enquadrada e implementada, a fim de responder aos novos desafios e desenvolvimentos e garantir sua eficácia e relevância para as necessidades dos alunos.

A educação em HIV terá de se adaptar às mudanças na epidemia de HIV e a novas intervenções. Embora os programas de educação em HIV tenham tido, tradicionalmente, uma forte ênfase na prevenção, esse foco exclusivo – sem abordar questões como tratamento, cuidados e apoio, estigma e discriminação – não é mais suficiente. A educação em HIV precisa abranger as áreas de prevenção, tratamento e cuidados, além de destacar a importância do diagnóstico precoce, do tratamento oportuno e da adesão ao tratamento, a fim de maximizar a longevidade e a qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV. Isso se aplica particularmente aos locais onde a prevalência do HIV é elevada: alunos de comunidades onde pais, irmãos e outros membros da família e da comunidade são afetados pela epidemia precisam de educação em HIV que não se limite à prevenção.

A educação em HIV também precisa se adaptar à evolução das necessidades dos adolescentes e jovens que vivem com HIV, especialmente à medida que eles atingem a puberdade e avançam para a fase adulta. Eles têm determinadas necessidades psicossociais: precisam lidar com as tensões relacionadas com seu estado de saúde, que podem se manifestar na forma de depressão, ansiedade, baixa autoestima e problemas de comportamento. Eles também têm necessidades específicas no que diz respeito à saúde física (efeitos relacionados ao tratamento do HIV), à educação (revelar ou não sua situação de HIV, necessidade de ensino à distância ou outras formas alternativas de aprendizagem) e à saúde sexual e reprodutiva (o direito de desenvolver e manter relacionamentos emocional e sexualmente satisfatórios e gratificantes).⁵⁰⁰

O HIV também impulsionou as responsabilidades dos professores para além da sala de aula. As escolas têm sido usadas como centros de cuidados e apoio para atender às necessidades de órfãos e crianças vulneráveis.⁵⁰¹ Isso

⁵⁰⁰ UNESCO; GNP+, 2012, op. cit.

⁵⁰¹ UNESCO. *School-centred HIV and AIDS Care and Support in Southern Africa: technical consultation report*, 22-24 May 2008, Gaborone, Botsuana. Paris, 2008.

exige que os professores desempenhem um papel mais amplo, incluindo o encaminhamento para serviços sociais e de saúde, muitas vezes ao mesmo tempo em que lidam com falta de pessoal, turmas maiores e um currículo em expansão. Algumas pesquisas sugerem que os professores desempenham um papel mais ativo na vida dos alunos fora da sala de aula e devem ser capacitados para isso.⁵⁰² Outra pesquisa mostra que, com a escassez de professores, turmas maiores e formação abreviada dos professores, assim como um currículo em expansão, não é realista impor ainda mais responsabilidades aos professores e que, nesse contexto, modelos alternativos são necessários.⁵⁰³

Educação sobre tratamento, fornecimento de informações a respeito de medicamentos disponíveis, efeitos colaterais, adesão e assuntos relacionados foi introduzida em alguns programas de educação em HIV.^{504,505} Por exemplo, na Índia, a UNESCO e a *Plan International* desenvolveram materiais didáticos sobre tratamento para o setor de educação. Essa educação torna-se cada vez mais importante e relevante à medida que o acesso ao tratamento se expande e como resultado das evidências dos benefícios do “tratamento como prevenção”. O valor dessa abordagem foi confirmado por estudos que mostram que as pessoas com HIV em tratamento antirretroviral são significativamente menos infecciosas e, portanto, têm muito menos probabilidade de transmitir o vírus ao parceiro sexual.⁵⁰⁶ Isso também traz à tona a necessidade da educação em HIV deixar de considerar a prevenção e o tratamento do HIV separadamente e passar a abordar as questões de prevenção e tratamento e também cuidados em conjunto.

A educação em HIV precisa, ainda, abranger os avanços recentes e futuros na prevenção e no tratamento do HIV. No que diz respeito à prevenção, estudos já confirmaram o valor protetor significativo da circuncisão masculina voluntária realizada por um médico na redução do risco de aquisição do HIV em relações sexuais com parceira sexual infectada.^{507,508,509} Tal constatação

⁵⁰² HELLEVE et al., 2011, op. cit.

⁵⁰³ CLARKE, D. J. *Heroes and Villains*, 2008, op. cit.

⁵⁰⁴ UNESCO. *HIV and AIDS Treatment Education: technical consultation report*. Paris, 2005.

⁵⁰⁵ UNESCO. *Treatment Education: a critical component of efforts to ensure universal access to prevention, treatment and care*. UNAIDS Inter-Agency Task Team on Education. Paris, 2006.

⁵⁰⁶ COHEN, M. S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, v. 365, p. 493-505, 2011.

⁵⁰⁷ Ver AUVERT, B. E. et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, v. 2, n. 11, e298, 2005.

⁵⁰⁸ GRAY, R. H. et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet*, v. 369, p. 657-666, 2007.

⁵⁰⁹ BAILEY, R. C. et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 369, n. 9562, p. 643-56, 2007.

resultou em uma série de iniciativas para promover essa intervenção em países altamente afetados, onde as taxas de circuncisão são baixas. Alguns estudos⁵¹⁰ demonstraram o potencial dos microbicidas vaginais para prevenir a infecção pelo HIV em mulheres, embora ensaios subsequentes para confirmar os resultados promissores tenham sido decepcionantes; o trabalho para desenvolver essa tecnologia, contudo, continua.

Com relação ao tratamento, foi relatado no início de 2013 que um bebê nascido com HIV nos Estados Unidos, que iniciou a terapia antirretroviral imediatamente após o nascimento e depois interrompeu o tratamento, foi avaliado como “funcionalmente curado” do HIV. Enquanto a investigação científica sobre esse caso continua, parece que um teste muito sensível confirmou que o bebê tinha realmente sido infectado com HIV. Essa história e outros estudos contribuem para colocar um ponto final no longo debate sobre se é melhor fazer o teste de HIV e iniciar o tratamento o mais cedo possível ou retardar o início do tratamento. Certo número de países tem adotado a abordagem de “testar e tratar”, incentivando as pessoas a fazer o teste do HIV e, caso o resultado seja positivo, a iniciar o tratamento imediatamente.

Esses desenvolvimentos são animadores e expandem o leque de intervenções disponíveis para melhorar a resposta ao HIV, mas só serão utilizados se as pessoas os conhecerem e estiverem motivadas para usá-los. Em particular, os benefícios de muitos desses avanços apenas serão alcançados se as pessoas conhecerem seu estado sorológico. No entanto, as estimativas atuais sugerem que apenas 50% das pessoas que vivem com HIV conhecem seu estado.⁵¹¹ Uma educação de qualidade, portanto, será essencial para promover a conscientização das intervenções disponíveis e dos benefícios de conhecer o próprio estado sorológico. Muitos países têm abordado o estigma, a discriminação e os direitos humanos – e, muitas vezes, as principais barreiras à procura de testes – no âmbito da educação em HIV. Contudo, é preciso assegurar que essas questões sejam abordadas de forma consistente em todos os contextos.

Atender à crescente demanda por educação em sexualidade

Ministérios da educação e abordagens à educação em HIV também precisam se adaptar à crescente demanda dos jovens e dos pais por educação em sexualidade e serviços relacionados. Isso vai exigir que o setor de educação integre a educação em HIV em programas de educação em sexualidades e também em programas mais amplos para fortalecer os vínculos entre a educação e os serviços integrados em HIV e saúde sexual e reprodutiva.

⁵¹⁰ Ensaio realizado pelo Centre for the AIDS Program of Research in South Africa (CAPRISA) que avaliou a efetividade e a segurança de uma formulação de gel vaginal contendo 1% de tenofovir.

⁵¹¹ UNAIDS. *Global Report*, 2012, op. cit.

Em contexto global, há crescente pressão para reconhecer a educação em sexualidade como um direito humano básico.⁵¹² A educação e os serviços em sexualidade e saúde reprodutiva para os jovens assumiram um papel de destaque na transição para a agenda de desenvolvimento global pós-2015, bem como nas discussões que se seguiram à CIPD, em 1994. Em âmbito regional, a Declaração Ministerial do México, em 2008, marcou uma virada fundamental entre as iniciativas recentes, demonstrando maior empenho em garantir que todos os jovens tenham acesso à educação em sexualidade.

Há também crescente demanda por parte dos próprios jovens pelo direito à boa qualidade da educação em sexualidade, como ficou claro com a Chamada à Ação no Mali, em 2011, com as declarações da ICASA, em 2011, e com o Fórum Global da Juventude em Bali, em 2012.⁵¹³ A Declaração do Fórum da Juventude em Bali, por exemplo, afirma que, “os governos devem criar ambientes e políticas favoráveis para garantir que os jovens tenham acesso à educação em sexualidade, em contextos formais e não formais, por meio da redução das barreiras e da alocação de orçamentos adequados”. Os jovens exigem mais educação em sexualidade, com melhor qualidade, nem sempre por causa de preocupações sobre o HIV, mas principalmente porque querem ser mais bem informados sobre prevenção da gravidez e outras questões de saúde sexual e reprodutiva. Em algumas regiões, há também outras evidências anedóticas que mostram que os jovens estão cansados de ouvir falar do HIV, o que reforça a necessidade de situar a educação em HIV dentro do contexto mais amplo da educação em sexualidade.

A região do ESA não é uma exceção e lá há crescente demanda por uma melhor orientação para os jovens sobre sexualidade e prevenção do HIV. Isso reflete preocupações sobre a alta prevalência do HIV e outras IST, mortes relacionadas ao aborto, altos índices de violência sexual e de gênero, aumento da gravidez na adolescência, bem como mensagens conflitantes que os jovens recebem da sociedade e dos meios de comunicação. Além disso, essa demanda apresenta também reflexões sobre a eficácia das abordagens atuais para a educação em sexualidade e HIV.

Como discutido anteriormente, durante as duas últimas décadas, os ministérios da Educação na região abordaram o HIV por meio de uma gama de respostas. A maioria delas se concentrou em intervenções baseadas no currículo da educação primária e secundária, que visa a dotar as crianças e os jovens com o

⁵¹² UNITED NATIONS. *Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right to Education*, 2010, op. cit.

⁵¹³ Ver, por exemplo, *Bali Global Youth Forum Declaration*, 2012. Disponível em: <http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/bali_global_youth_forum_declaration.pdf>; e *Accra Call to Action*, 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/cairo20/accra_call_action_icpd.pdf>.

conhecimento e as habilidades de que precisam. Tais respostas focaram, ainda, na formação prévia e em serviço dos professores, assim como no desenvolvimento de materiais didáticos e de aprendizagem relacionados. No entanto, as avaliações de programas de educação em HIV e habilidades para a vida têm destacado desafios significativos relativos a conteúdo e implementação, o que tem limitado a eficácia dos programas. Como resultado, muitos jovens não recebem sequer uma educação básica em sexualidade e saem da escola sem conhecimento adequado; a desinformação sobre sexo e suas consequências ainda é comum.⁵¹⁴ Há também um consenso de que na maioria dos casos a educação em HIV e em habilidades para a vida está fracassando em desenvolver as habilidades de que os jovens necessitam para levar uma vida saudável, incluindo uma vida sexual saudável.⁵¹⁵ Isso é ilustrado pelas opiniões de uma jovem aluna na África do Sul.

Vocês me ensinaram os nomes das cidades do mundo, MAS eu não sei como sobreviver nas ruas em minha própria cidade.

Vocês me ensinaram a falar e escrever em três línguas, MAS eu não sei como dizer o que sinto no meu coração.

Vocês me ensinaram sobre a reprodução dos ratos, MAS eu não sei como evitar a gravidez.

Vocês me ensinaram a resolver problemas de matemática, MAS eu ainda não consigo resolver meus próprios problemas.

Sim, vocês me ensinaram muitos fatos e, obrigada, agora sou bastante esperta, MAS por que sinto que não sei nada?

Por que sinto que preciso deixar a escola para aprender como lidar com a vida?

Fonte: SOUTH AFRICA. Department of Education. *Conference Report Protecting the Right to Innocence: The Importance of Sexuality Education*. Cape Town, 2002.

Evidências sobre a eficácia da educação em sexualidade, bem como sobre seu potencial para reduzir os riscos associados à atividade sexual e melhorar a saúde sexual e o bem-estar dos jovens, resultam em crescente interesse entre pesquisadores, educadores, formuladores de políticas e pais na oferta de educação em sexualidade para os jovens.⁵¹⁶

Apesar das opiniões divergentes sobre o que deve ser incluído na educação em sexualidade, há um amplo compromisso na região do ESA para fornecer

⁵¹⁴ BOONSTRA, H. D. Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review*, v. 14, n. 3, p. 17-33, 2011.

⁵¹⁵ UNICEF. Evaluation Office. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York, 2012.

⁵¹⁶ BOONSTRA, 2011, op. cit.

educação abrangente em sexualidade. Uma série de políticas, compromissos e marcos estratégicos têm sido desenvolvidos na região, o que reflete um crescente reconhecimento da necessidade de uma educação em HIV e sexualidade para superar os desafios de saúde enfrentados pelas populações jovens da África. Entre as iniciativas, destacam-se o Marco de Ação na África Subsaariana, incluindo o Marco de Ação de Dakar, aprovado no Fórum Mundial de Educação em 2000; a Carta da Juventude Africana de 2006; o Plano de Ação de Maputo sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos de 2006; a Lei Modelo sobre HIV na África Austral, de 2008; a Estratégia Africana para a Saúde para 2010-2015; o Plano Estratégico Regional do Leste Africano sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos para 2008-2013; entre outros.

Em dezembro de 2013, houve um significativo endosso a essa estratégia: o Compromisso Ministerial sobre Educação em Sexualidade e Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva Voltados para Adolescentes e Jovens no ESA. Inspirado pelo exemplo da Declaração Ministerial do México e liderado pela UNESCO e pelo UNAIDS, essa iniciativa centra-se na mobilização de apoio político para garantir que todos os jovens tenham acesso à educação em HIV e sexualidade baseada em habilidades para a vida, além de serviços de saúde adequados e voltados para os jovens, abrangentes e de alta qualidade. Esses elementos têm potencial para gerar melhorias urgentes em serviços de educação e saúde para o alcance de melhores resultados de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o fortalecimento da prevenção do HIV, para os jovens da região. O compromisso foi aprovado pelos ministros da Saúde e da Educação de 21 países do ESA, após um processo de coleta de evidências, consulta e *advocacy*.

As evidências para o compromisso ministerial foram publicadas em um relatório de diagnóstico que apresenta o estado atual da educação em sexualidade e do acesso a serviços para os jovens, bem como questões relacionadas, como a desigualdade de gênero e restrições legais. O relatório *Young People Today. Time to Act Now* (Jovens de hoje. Tempo de agir agora) defende um compromisso político de alto nível e a melhoria da colaboração entre os serviços de educação e saúde. O próprio Compromisso Ministerial fornece um marco para que os ministérios trabalhem juntos de forma mais eficaz. Ele se concentra em dez grandes áreas de atuação para melhorar os resultados de saúde, que incluem um foco no acesso universal à educação e a oferta de uma educação em sexualidade desde a educação primária. Ao contrário da Declaração do México, o Compromisso Ministerial do ESA inclui um conjunto de metas específicas e mensuráveis. Para o setor de educação, as metas incluem avaliação curricular, formação de professores e melhoria dos níveis de conhecimento sobre HIV. Em 2014 e 2015, trabalhando com

parceiros regionais e nacionais, a UNESCO irá apoiar a ação dos países para implementar o compromisso com foco em forte engajamento coordenado pelos ministérios da Educação e da Saúde, em busca do aumento da participação das organizações lideradas por jovens e a serviço dos jovens. Com base nas lições aprendidas no período que se seguiu à Declaração do México, um marco de responsabilidades que envolve governos, organizações das Nações Unidas, sociedade civil e jovens também está sendo implementado para monitorar o progresso dos governos em relação às metas acordadas.

Além disso, muitas comunidades também passaram a reconhecer a importância da educação em sexualidade para os jovens. Em geral, como discutido anteriormente, os pais apoiam a educação em sexualidade na escola e, muitas vezes, contam com os professores ou os profissionais de saúde para responder às necessidades de desenvolvimento dos jovens, especialmente aquelas consideradas mais íntimas, específicas ao gênero ou culturalmente definidas. Ao contrário da crença popular, os adultos na região do ESA estão cada vez mais favoráveis ao tema, mesmo em questões mais sensíveis, como a educação para o uso do preservativo. Por exemplo, dados de uma análise de DHS de 2009 mostram que em dez países da região pelo menos 60% dos pais apoiam a educação sobre o uso de preservativos para os jovens e adolescentes com idades entre 12 e 14 anos, embora muitos programas de educação em HIV na escola continuem a evitar a discussão sobre contracepção e preservativos. As escolas também permanecem hesitantes sobre a disponibilização de preservativos devido a preocupações com a oposição dos pais e da comunidade. Assim, uma proposta de iniciativa para distribuir preservativos aos alunos da educação secundária em Ruanda tem dividido pais, professores e outros membros da sociedade, com alguns apoiando o plano e outros preocupados que os adolescentes não sejam maduros o suficiente para usar preservativos de maneira responsável.⁵¹⁷ A mudança social é um fator que leva ao aumento da demanda por educação em sexualidade oferecida na escola. Na África, as jovens aprendem sobre a sexualidade, tradicionalmente, com avós e tias e por meio de ritos de passagem tradicionais.⁵¹⁸ No entanto, essas tradições estão sendo desafiadas pelas pressões da vida moderna, da urbanização e da quebra da família estendida; também há crescente aceitação de que são necessárias abordagens formais organizadas para oferecer educação em sexualidade.⁵¹⁹

⁵¹⁷ Disponível em: <<http://www.plusnews.org/Report/94046/RWANDA-Parents-teachers-divided-overcondom-initiative>>.

⁵¹⁸ NJUE, C.; VOETEN, H.; AHLBERG, B. M. Youth in a void: sexuality, HIV/AIDS and communication in Kenyan public schools. *Sex Education*, v. 11, n. 4, p. 459-470, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/14681811.2011.595271>>.

⁵¹⁹ Idem.

O apoio, ou a resistência, dos pais e da comunidade tem sido amplamente reconhecido como um importante fator que permite ou restringe a introdução e a implementação da educação em HIV e sexualidade para os jovens, dentro e fora das escolas. Além disso, programas na escola que se aproximam dos pais e das comunidades e recebem seu apoio são mais eficazes do que os programas que não têm tal aproximação e apoio.⁵²⁰ No entanto, a GPS descobriu que poucos países entre os 13 do ESA haviam feito esforços sistemáticos para envolver os pais e, apesar de ações para envolver líderes religiosos, comunitários ou tradicionais na maioria dos países, esses esforços raramente eram sistemáticos. Em apenas dois países da região as orientações para os pais em relação a programas de habilidades para a vida na escola foram formalmente estruturadas em todo o sistema, e em quatro países elas estão limitadas a iniciativas locais informais; nos sete países restantes, nenhum processo é reportado. Apenas três países relataram esforços sistemáticos para garantir que líderes religiosos, comunitários ou tradicionais apoiassem a abordagem de prevenção do HIV adotada pelo setor de educação, as mensagens que o setor comunica e os materiais que utiliza.

São necessários mais esforços articulados para manter e ampliar o compromisso político e reunir ministérios setoriais, diretores de escolas, professores e pais para desenvolver uma agenda comum para a ampliação da oferta de educação em sexualidade para os jovens. O Plano de Ação de Maputo 2006 em Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, que tem sido amplamente adotado na região, promove o acesso universal a serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva na África. Seus objetivos de execução incluem o desenvolvimento e a implementação de estratégias de informação, educação e comunicação tanto para pais quanto para educadores.

Em outras regiões também surgiram preocupações sobre até que ponto é possível implementar a educação em HIV e sexualidade em países onde o contexto cultural é extremamente conservador. A experiência mostra que, mesmo nos cenários mais conservadores, a educação em HIV pode ser oferecida, desde que seja culturalmente sensível, envolva as principais partes interessadas desde o início⁵²¹ e inclua conhecimento local.⁵²² Por exemplo, apesar de ainda haver oposição à educação em sexualidade por parte de pais e grupos conservadores na Europa Oriental e na Ásia Central, alguns países estão começando a reconhecer a necessidade de uma educação em HIV e

⁵²⁰ IPPF. *The ViiV Healthcare Effect*. 2013. Disponível em: <<http://www.viivhealthcareeffect.com/tour-ourprogrammes/act-tour-2012.aspx>>. Acesso em: 21 out. 2013.

⁵²¹ AL-IRYANI et al., 2011, op. cit.

⁵²² AHMED, Z. Youth at the nexus: ideology in HIV prevention in Nairobi, Kenya. *Sex Education*, v. 11, n. 2, p. 129-54, 2011.

em saúde sexual e reprodutiva de melhor qualidade, e pesquisas de opinião sugerem que há apoio público. Em uma pesquisa da Federação Russa, 88% das mulheres com idades entre 15 e 44 anos apoiaram a educação em sexualidade oferecida nas escolas.⁵²³

A Macedônia está revendo o alcance e a qualidade da educação em sexualidade oferecida no âmbito de aulas de habilidades para a vida, em resposta a uma recomendação feita pelo Parlamento após uma audiência pública sobre um Marco para a Educação Abrangente em Sexualidade desenvolvido pela Associação Macedônia para Educação e Pesquisa em Saúde em 2011.⁵²⁴ Na Bulgária, como resultado das lições aprendidas com a experiência e a *advocacy* da sociedade civil, o Ministério da Educação está tomando medidas para melhorar a educação em sexualidade nas escolas, incluindo-a no novo padrão educacional da Educação Cívica, Intercultural e em Saúde. Na China, uma recente pesquisa *online* com pais mostrou que 90% deles eram favoráveis à inclusão da educação em sexualidade nos currículos escolares, abrangendo informações sobre planejamento familiar e formas de lidar com aproximações sexuais inadequadas.⁵²⁵

Fortalecimento dos vínculos com programas de saúde na escola

Como destacado em capítulos anteriores, a resposta inicial do setor de educação ao HIV adotou uma abordagem vertical, mas agora há maior compreensão da necessidade de integrar o tema do HIV a outros temas de saúde, de modo a aproveitar as sinergias de conhecimentos e habilidades para uma ampla gama de comportamentos saudáveis. Por exemplo, as habilidades cognitivas, psicossociais, emocionais e de autocontrole, fundamentais para a educação em HIV e sexualidade, podem ser usadas para abordar uma série de outros temas de saúde, como a prevenção da violência, a prevenção ao uso de drogas e a promoção da higiene. Para garantir que o tema do HIV não seja descartado nem ignorado, ele deve ser totalmente integrado à educação em sexualidade, que, por sua vez, deve ser parte integrante de um programa de saúde na escola. Ironicamente, isso significa que fechamos agora um círculo completo. A educação em HIV começou como uma resposta a uma

⁵²³ UNFPA. *Population Reproductive Health in the Russian Federation*, 2013. (Documento não publicado).

⁵²⁴ IPPF EUROPEAN NETWORK CHOICES. *Sexuality Education in Europe and Central Asia*. Brussels, 2011. Disponível em: <<http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/CAEAED62-A6Do-4327-B109-87F9B80AB5010/ippfchoices2011.pdf>>.

⁵²⁵ LARSON, C. Chinese parents support more sex education in schools. *Bloomberg Business Week*, 4 Jun. 2013. Disponível em: <<http://www.businessweek.com/articles/2013-06-04/chinese-parents-support-more-sex-education-in-schools>>. Acesso em: 21 out. 2013.

crise de saúde pública e agora é reposicionada, embora de forma muito mais ampla, para incluir a sexualidade e outros fatores que afetam o comportamento, dentro de um programa de saúde na escola.

A literatura e a prática em parte descritas nos capítulos anteriores fornecem uma forte base para uma abordagem holística que envolva a escola como um todo. Em 2010, uma revisão definiu três razões para essa abordagem.⁵²⁶ Em primeiro lugar, os temas interação e não estão separados no nível comportamental: por exemplo, a atividade sexual é frequentemente associada ao uso de álcool. Em segundo lugar, abordar um tema isoladamente pode significar que ele será considerado apenas em relação ao indivíduo, ao passo que o ambiente social é, muitas vezes, uma influência vital para o comportamento. Em terceiro lugar, com uma abordagem temática existe uma tendência de presumir que o comportamento humano é completamente determinado por conhecimento e raciocínio, ao passo que os aspectos sociais e emocionais são parte integrante de todos os problemas de saúde. Em outras palavras, a ênfase deve mudar para habilidades, como a avaliação de risco. A revisão não sugere que uma abordagem temática não possa desempenhar um papel, mas sim que ela deve ser conectada a outros temas em sala de aula, na escola e no ambiente social, para que os alunos considerem a questão em seu próprio contexto.

Por exemplo, o marco FRESH⁵²⁷ adota uma abordagem holística, envolvendo a escola como um todo, para a saúde na escola. O marco é estruturado em quatro componentes principais: políticas equitativas de saúde na escola, ambiente de aprendizagem seguro, educação em saúde baseada em habilidades e serviços de saúde e nutrição baseados na escola. Esses componentes são apoiados por parcerias entre o setor de educação e de saúde, entre professores e agentes de saúde, escolas e comunidades, assim como entre alunos e os responsáveis pela implementação do programa.

Vários estudos foram realizados para identificar os fatores que contribuem para a efetiva promoção da saúde nas escolas (ver Quadro 18).⁵²⁸

⁵²⁶ ST LEGER, L. et al. *Promoting Health in Schools: From Evidence to Action*. Paris: IUHPE, 2010.

⁵²⁷ FRESH é uma parceria entre agências da ONU, incluindo a UNESCO e a sociedade civil para melhorar a saúde e os resultados de aprendizagem de crianças e funcionários nas escolas. Ver <www.freshschools.org>.

⁵²⁸ IUHPE. *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. 2.ed. Paris, 2009. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/index.html?page=516&lang=en#sh_guidelines>. Acesso em: 1 abr. 2013. Documento conhecido anteriormente como "Protocols and Guidelines for Health Promoting Schools". IUHPE, 2008.

Quadro 18: Fatores que contribuem para a promoção eficaz da saúde escolar

- desenvolver parcerias entre os formuladores de políticas do setor de educação e de saúde;
- desenvolver um sentido de direção para os objetivos da escola, uma liderança clara e inequívoca e apoio administrativo;
- desenvolver e manter uma comunidade escolar democrática e participativa;
- criar um ambiente social que promova relações abertas e honestas dentro da comunidade escolar;
- criar um clima em que há altas expectativas em relação aos alunos em suas interações sociais e seu desempenho escolar;
- garantir que alunos e pais desenvolvam um sentimento de posse em relação à vida da escola;
- garantir coerência na abordagem da escola como um todo e também entre a escola, o lar e a comunidade em geral;
- explorar questões de saúde no contexto de vida dos alunos e da comunidade;
- utilizar estratégias que adotam uma abordagem da escola como um todo, em vez de uma abordagem de ensino primordialmente em sala de aula;
- implementar estratégias de ensino e aprendizagem diversificadas;
- assegurar tempo adequado para organização e coordenação, atividades em sala de aula e atividades fora da sala de aula;
- oferecer oportunidades de capacitação contínua aos professores e aos funcionários da escola; e
- fornecer recursos que complementem o papel fundamental do professor e tenham sólida base teórica e correta base factual.

Fonte: IUHPE. *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. 2.ed. Paris, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2009.

A implementação de programas eficazes de saúde na escola exige coordenação e colaboração. É essencial identificar claramente os atores relevantes e também delimitar os papéis e as responsabilidades nos âmbitos nacional, subnacional e escolar. Os atores relevantes podem incluir os setores de educação, saúde, bem-estar, infraestrutura, juventude, esporte e cultura, além de escolas, professores, equipe de enfermagem da escola, assistentes sociais, sociedade civil, pais, comunidades e alunos.

A colaboração entre os setores de educação e de saúde é especialmente importante. O setor de saúde compartilha a responsabilidade pela saúde das crianças, ao passo que o setor de educação é responsável pela implementação e, muitas vezes, pelo financiamento dos programas de saúde na escola. Os ministérios da Educação e da Saúde, bem como outros ministérios relevantes e outros intervenientes, devem estar envolvidos no desenvolvimento de políticas e programas de saúde na escola, que devem se basear em conhecimento especializado. A implementação efetiva depende da colaboração entre os setores de educação e saúde e de outros prestadores de serviços, como organizações da sociedade civil. Por exemplo,

mudanças curriculares podem ser necessárias para refletir a carga de doença e problemas de saúde prioritários de um país e é possível que a capacitação dos professores precise ser adaptada a essas mudanças.

Medir os resultados é um desafio. Aqui, novamente, há diferenças nos resultados desejados e, como discutido anteriormente, na abordagem para medi-los. Os objetivos do setor de saúde podem ser medidos por meio de resultados mais precisos, como o estado de saúde, taxas de IST e gravidez, tabagismo e mudança de comportamento. O setor de educação mede resultados como conhecimentos e habilidades. Dessa forma, professores e desenvolvedores de currículo não contam com os resultados de estudos controlados randomizados das intervenções, que é a prática padrão no setor de saúde. Mudanças curriculares ocorrem lentamente e, em geral, apenas uma vez a cada cinco ou sete anos; os resultados de quaisquer alterações só podem, portanto, ser avaliados no longo prazo. Dependendo do país, os professores podem ter algum grau de autonomia para decidir sobre a forma de interpretar o currículo, ou pode ser que tenham de seguir o currículo de maneira mais rígida. Na educação em HIV e em sexualidade, isso pode fazer uma grande diferença para os resultados.

A implementação também enfrenta desafios, que incluem a coordenação de um amplo leque de atores, muitos dos quais podem nunca ter trabalhado juntos antes; encontrar espaço em um currículo já sobrecarregado; capacitar dos professores; mobilizar recursos; e garantir o apoio da comunidade. Questões a serem consideradas⁵²⁹ incluem:

- É necessário que as iniciativas de saúde na escola tenham expectativas realistas e é preciso assegurar que elas adotem uma abordagem da escola como um todo.
- É necessário dar tempo suficiente. Os programas de saúde na escola muitas vezes têm prazo curto, mas os resultados em termos de promoção da saúde ocorrem a médio e longo prazo.
- É necessário reconhecer que a avaliação de tais programas é difícil e complexa.
- É importante assegurar que o financiamento do setor de saúde não comprometa a abordagem da promoção da saúde ao concentrar os programas de saúde na escola na redução da mortalidade e da morbidade.
- São necessários tempo, parcerias e respeito mútuo para desenvolver um entendimento comum e objetivos comuns entre o setor de educação e de saúde.

529 Idem.

- É necessário fornecer ao setor de educação evidências de que a promoção da saúde pode melhorar os resultados educacionais.

Dada a relação entre educação e saúde e as sinergias existentes, o desenvolvimento e a implementação de uma política e de um programa de saúde na escola devem ser prioridade para o setor de educação. Apesar dos desafios associados, seus potenciais benefícios para a saúde e a aprendizagem justificam um investimento maior.

Reformulação da educação em HIV

A educação em sexualidade com base em habilidades, incluindo o HIV, é fundamental para o desenvolvimento saudável de cada nova geração de jovens e, desse modo, deve constituir um processo que ocorre ao longo de todo o tempo de vida de cada indivíduo.⁵³⁰ Atualmente, em muitos lugares, o setor de educação fica preso entre uma resposta biomédica, culturas escolares locais resistentes e uma força de trabalho treinada em metodologias conservadoras. A jornada escolar é cheia, os alunos frequentemente assistem a aulas ensinadas em módulos limitados e desconectados, e todos esses desafios surgem contra o pano de fundo e a pressão das avaliações padronizadas. Perante esses desafios, como o setor de educação pode avançar?

Uma confluência de eventos criou a oportunidade para abordarmos a educação em HIV e em habilidades de vida de forma mais ampla. A análise dos ODM e o debate sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 da ONU levou a uma compreensão mais ampla da necessidade do setor de educação se adaptar às tendências e às demandas emergentes, assim como de se concentrar em melhorar a qualidade da educação. Avaliações e habilidades para o trabalho dominam o paradigma atual, mas têm surgido novas métricas para avaliação que nos permitirão substituir avaliações rígidas por formas mais adaptativas e interligadas de mensuração dos resultados educacionais. Há, ainda, um movimento crescente que considera que

*o foco míope em habilidades rentáveis corroeu nossa capacidade de criticar a autoridade, reduziu nossa solidariedade com quem é excluído ou diferente, e minou nossa habilidade para lidar com problemas globais complexos. E a perda dessas capacidades básicas põe em risco a saúde das democracias e a esperança de um mundo decente.*⁵³¹

⁵³⁰ WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. *Sexual Health for the Millennium: a declaration and technical document*. Minneapolis: World Association for Sexual Health, 2008.

⁵³¹ NUSSBAUM, M. C. *Not for Profit: why democracy needs the humanities*. Princeton, Princeton University Press, 2010.

A chamada da GEFI por cidadania global oferece ao setor uma oportunidade de se reconectar com os fundamentos da educação e reconsiderar seu significado e seu propósito, bem como reforçar uma agenda social na educação. A iniciativa afirma que

o mundo enfrenta desafios globais que requerem soluções globais. Esses desafios globais interligados exigem profundas mudanças na forma como pensamos e agimos pela dignidade de outros seres humanos. Não é suficiente que a educação produza indivíduos que saibam ler, escrever e contar. A educação deve ser transformadora e dar vida aos valores comuns. Deve cultivar um cuidado ativo pelo mundo e por aqueles com quem o compartilhamos. A educação deve ser relevante também para responder às grandes questões de hoje.

Por fim, o ritmo acelerado com que a tecnologia se desenvolve oferece formas promissoras e inovadoras de ensinar e aprender. Agora, mais do que nunca, o setor está em uma encruzilhada que exige respostas pautadas em um novo modelo de educação, que seja interativo, baseado em habilidades e holístico.

A educação é um processo social e interativo, e o discurso emergente sobre cidadania global ressalta o papel do setor de educação na criação de sociedades melhores. O foco se afasta da realização individual e passa para o desenvolvimento de competências para enfrentar de maneira coletiva os desafios globais. O HIV é um dos desafios globais que exigem uma solução social: é infeccioso e a vulnerabilidade de um indivíduo é determinada não apenas pelas próprias ações, mas também por ações dos outros. O HIV é, muitas vezes, associado a estigma e discriminação, e a educação tem um papel central no combate ao estigma e na redução da discriminação. O desenvolvimento de comportamentos saudáveis e da cidadania global exige conhecimentos, atitudes e habilidades adquiridas com métodos participativos e experienciais. Dessa forma, a educação em HIV é inclusiva, relevante e firmemente ancorada na visão da UNESCO para a agenda de desenvolvimento pós-2015.

A educação em HIV não é definida por absolutos; é um campo em mutação e relacional⁵³² e, portanto, as habilidades para aprender e se envolver com as questões diárias da vida são cruciais. Esse tipo de educação abre possibilidades para a diversidade e o pensamento de ordem superior, em contraste com aplicações universalistas e estreitas da educação.⁵³³ O

⁵³² SILIN, J. G. *Sex, Death, and the Education of Children: our passion for ignorance in the age of AIDS*. New York: Teachers College Press, 1995.

⁵³³ TORSTENSSON, G.; BRUNDRETT, M. The challenges to primary school leadership of HIV/AIDS in Botswana: the inadequacy of school effectiveness models in the context of the pandemic. *ISEA*, v. 37, n. 1, p. 74-90, 2009.

currículo é um processo negociado. Assim, um currículo “tamanho único” apenas aliena os alunos e ignora a experiência deles.⁵³⁴ A educação em HIV se encontra em uma encruzilhada filosófica, com abordagens interpretativistas que oferecem uma alternativa à educação positivista, na qual os alunos são receptores passivos de informação.⁵³⁵

Em contraste com as táticas de intimidação e outras abordagens incisivas de prevenção de doenças utilizadas nos estágios iniciais da resposta, são necessárias abordagens não preconceituosas, que promovam a autonomia e a saúde.⁵³⁶ Também é preciso garantir uma educação em sexualidade que ajude os alunos a desenvolver atitudes saudáveis e habilidades em relação ao sexo e relacionamentos e, assim, reduzir seu risco de infecção.^{537,538} Uma pedagogia que incentiva os alunos a conectar fato e significado por meio de métodos baseados em discussão pode ajudá-los a compreender tanto os aspectos sociais quanto os aspectos biomédicos do HIV.⁵³⁹ A educação em saúde baseada em habilidades, já implementada em muitas escolas, representa essa mudança. Ela pode ser ampliada e aprofundada e se tornar a norma para a aprendizagem, de modo que as abordagens didáticas e outras abordagens centradas no professor se tornarão a exceção.

Os capítulos anteriores destacaram as limitações de muitos modelos de educação em HIV, explicando que, embora a educação possa proporcionar aos jovens a capacidade de desenvolver e manter comportamentos saudáveis, se eles serão capazes de fazer isso ou não depende de fatores mais amplos, incluindo família, cultura, gênero e normas sociais, além de questões relacionadas à pobreza e ao acesso a serviços. A educação em HIV tem sido predominantemente baseada em teorias da saúde, com menos atenção às teorias da educação.⁵⁴⁰ Felizmente, a educação em HIV pode recorrer a teorias tradicionais e práticas recentes na educação para informar o caminho à frente. A educação experiencial e a aprendizagem intensa promovidas por teóricos educacionais como John Dewey e Paulo Freire e, mais recentemente, desenvolvidas

⁵³⁴ SILIN, 1995, op. cit.

⁵³⁵ HOWE, K. The interpretive turn and the new debate in education. *Educational Researcher*, v. 27, n. 8, p. 13-20, 1998.

⁵³⁶ WOOD, 2012, op. cit.

⁵³⁷ MICHIESEN et al., 2012, op. cit.

⁵³⁸ WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH, 2008, op. cit.

⁵³⁹ BHANA, 2009, op. cit.

⁵⁴⁰ NOAR, S. et al. Fostering student motivation in health education: are we applying relevant theory to school-based HIV prevention programs? *Journal of Psychology and Human Sexuality*, v. 16, p. 59-76, 2004, apud ANDERMAN, E. M. et al. Classroom goal structures and HIV pregnancy prevention education in rural high school health classrooms. *Journal of Research on Adolescence*, v. 21, n. 4, p. 904-922, 2011.

na prática e nas políticas por Linda Darling-Hammond, fornecem uma base sólida e uma visão para a reforma.⁵⁴¹ A educação experiencial é um processo de aprendizagem que procura equilibrar conteúdo e experiência. Dessa forma, os alunos podem interpretar informações, construir significado e desenvolver atitudes que podem contribuir para comportamentos saudáveis. A educação em saúde e sexualidade baseada em habilidades, inclusive sobre o HIV, oferece os métodos e o contexto curricular para uma aprendizagem eficaz. A teoria da orientação para objetivos, desenvolvida em um contexto de sala de aula, relaciona aprendizagens e comportamentos de curto prazo aos de longo prazo. Poderia ser uma abordagem útil no futuro: um estudo recente sugere que

*capacitar professores para orientar seus alunos para o domínio e o aperfeiçoamento – e, dessa forma, tirar o foco dos resultados de avaliações e resultados extrínsecos – pode levar a benefícios para os adolescentes que estão aprendendo sobre prevenção do HIV e da gravidez.*⁵⁴²

Se a educação em HIV e sexualidade deve constituir uma disciplina com avaliação de desempenho ainda é uma questão a ser debatida, porque a maioria dos métodos de avaliação se limitam a medir apenas uma pequena parte da educação em saúde baseada em habilidades. No entanto, sem o *status* dado por muitos professores às disciplinas com avaliações, a educação baseada em habilidades para a vida não será levada a sério. Devem ser feitos esforços para desenvolver novos métodos de avaliação capazes de captar a riqueza da educação para a vida. Muitas habilidades na educação em saúde transcendem a saúde: pensamento crítico, tomada de decisões e habilidades interpessoais, por exemplo, têm múltiplas aplicações, e as conexões para reforçar a aprendizagem em todo o currículo devem ser consideradas.

Como já foi mencionado, o trabalho recente sobre medição do desempenho dos alunos oferece uma oportunidade para mudar o foco dos debates globais sobre a educação do simples acesso à escola para a qualidade da aprendizagem. Um trabalho recente realizado pela LMTF ilustra essa mudança. Ele recomenda que os sistemas de educação ofereçam aos alunos oportunidades de dominar competências em sete campos de aprendizagem: bem-estar físico; bem-estar social e emocional; cultura e artes; alfabetização e comunicação; abordagens de aprendizagem e cognição; habilidades básicas em leitura e escrita (*literacy skills*) e em matemática (*numeracy skills*); e ciência e tecnologia. Esse marco holístico de campos de aprendizagem

⁵⁴¹ Ver, por exemplo, Dewey's *Experience & Education* (1938); Freire's *Education for Critical Consciousness* (1973); Darling-Hammond's *Powerful Learning: What We Know About Teaching for Understanding* (2008).

⁵⁴² Idem.

foi desenvolvido com base em políticas e diálogos globais já existentes, em pesquisa de desenvolvimento humano e econômico e em uma consulta global aos profissionais. O objetivo é identificar os campos nos quais os resultados da aprendizagem serão medidos.

Esses campos rompem com medições confinadas baseadas em disciplinas. A conceituação de tais campos destaca o papel da educação em HIV, especialmente como parte da educação em sexualidade e habilidades para a vida. Esses campos não eram centrais na educação escolar tradicionalmente organizada, dominada por disciplinas. Considerando que a educação em habilidades para a vida foi, em muitos casos, uma matéria de importância secundária, neste marco ela tem o potencial para se tornar uma área central de aprendizagem. Ensinar o tema do HIV como um evento biomédico foi uma tentativa de colocá-lo na agenda, mas também o tornou mais seguro e contido.⁵⁴³ Sabemos que isso não tem sido eficaz e que devemos tentar uma nova abordagem. O que a LMTF propõe abre possibilidades para a educação interpretativa e para lidar com o HIV como uma questão social, bem como biomédica. Habilidades para a vida podem ser ensinadas em todos esses campos, e os jovens podem aprender sobre HIV em diversos contextos: bem-estar físico, social e emocional ou ciência e tecnologia, por exemplo.

Não se pode ensinar pensamento crítico em algumas aulas e esperar que sejam desfeitos anos de educação escolar que nega aos alunos a capacidade ou a oportunidade de fazer escolhas significativas, como foi feito no passado.⁵⁴⁴ A nova abordagem discutida neste capítulo pode suprir essa deficiência fundamental. Ela deve começar por reconhecer as tensões inerentes à educação e, em seguida, oferecer aos professores as ferramentas e aos alunos a capacidade de negociar essas ferramentas. Essas são as tensões entre o global e o local, o universal e o indivíduo, a tradição e a modernidade, o longo e o curto prazo, entre outros.⁵⁴⁵ A educação deve ser experiencial e baseada em investigação, de forma a incorporar e aproveitar as experiências vividas pela comunidade escolar. Ela deve ser informada por campos de aprendizagem centrais, que podem ser aplicados em todas as disciplinas, em que os alunos são incentivados a explorar e criar conexões por meio de várias técnicas interativas e de construção de habilidades. O conteúdo deve ser relevante para os alunos e suas necessidades, além de prepará-los para uma vida saudável, para serem cidadãos globais ativos e atenciosos e para atingirem seu pleno potencial.

⁵⁴³ SILIN, 1995, op. cit.

⁵⁴⁴ Idem.

⁵⁴⁵ DELORS, J. et al. *Learning: the treasure within*; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century; highlights. Paris: UNESCO, 1996.

Também são necessárias mudanças fundamentais na estrutura e na dinâmica da sala de aula. Isso inclui tudo, desde dispor os móveis na sala de aula para facilitar a colaboração, aumentar o tempo do trabalho em grupo, aumentar o tempo de fala dos alunos em relação ao professor, aumentar o movimento físico e utilizar múltiplas fontes de informação.⁵⁴⁶ O receio, em alguns setores, é que valorizar as abordagens centradas no aluno signifique que os professores precisem abrir mão do controle da sala de aula, resultando em comportamento indisciplinado. Para quem acredita que o professor deve ser autoritário e controlador, as abordagens centradas no aluno irão reforçar esse receio. No entanto, a investigação sobre modelos eficazes de gestão de sala de aula sugere que o oposto é verdadeiro.

Modelos de gestão de sala de aula desenvolvidos e mantidos de forma colaborativa entre alunos e professores, com o apoio dos pais e da comunidade, são eficazes e sensíveis às necessidades da comunidade de aprendizagem.⁵⁴⁷ Essa nova abordagem rompe com os modelos autoritários de gestão e se aproxima de abordagens colaborativas que facilitam a aprendizagem de temas sensíveis, como sexualidade e HIV, de forma relevante e adequada à idade.

Repensar a formação e o apoio aos professores

Mesmo os melhores currículos terão um impacto limitado sem professores qualificados capazes de usá-los bem com os alunos. Houve um aumento na formação dos professores em habilidades para a vida, inclusive para o HIV, na última década. Na América Latina e no Caribe, por exemplo, os ministros nacionais da Saúde e da Educação assumiram o compromisso, por meio da Declaração do México de 2008, de incluir currículos de educação em sexualidade em todos os programas de formação de professores até 2015.⁵⁴⁸ No entanto, apesar disso,

*as evidências relativas à qualidade e à escala da oferta de educação em HIV e habilidades para a vida em sala de aula sugerem que ainda existem lacunas significativas entre a formação e a oferta: existe contínua preocupação de que a educação em HIV eficaz e abrangente no contexto de habilidades para a vida não esteja recebendo atenção ou sendo oferecida de forma adequada em sala de aula.*⁵⁴⁹

⁵⁴⁶ CUBAN, 1993, op. cit.

⁵⁴⁷ MARTIN, 1981, op. cit.

⁵⁴⁸ UNICEF Barbados e Leste do Caribe. *Final Regional Report: situation analysis of sexuality education in the Caribbean*. New York, 2011. (Relatório não publicado).

⁵⁴⁹ UNAIDS IATT. *2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey*, 2013, op. cit.

Como mencionado anteriormente, muitos educadores não são capacitados para utilizar métodos e conteúdos para o ensino em HIV e sexualidade.

Em muitos casos, os professores foram considerados apenas como mensageiros,⁵⁵⁰ mas é importante reconhecer sua importância intrínseca. Ensinar o conteúdo em HIV e sexualidade de forma aberta e honesta não pode ser um processo separado da experiência de vida do professor. Por isso, é fundamental garantir o direito dos professores de acessar os serviços de saúde e de desenvolver o conhecimento, as atitudes e as habilidades para uma vida saudável como parte da rotina de sua formação. Essas condições são importantes para uma educação eficaz em HIV. No entanto, isso não quer dizer que os professores devam revelar detalhes de sua vida pessoal para os alunos, mas sim que devem recorrer às próprias experiências como fonte de empatia.⁵⁵¹ Falar sobre sexo e gênero pode ser embaraçoso e, sem a formação adequada, um professor pode se limitar a fatos e a situações em que reafirma o controle na sala de aula por meio de julgamento moral. Esse tipo de educação é emocionalmente distante, descontextualizada e aparentemente irrelevante para os alunos.⁵⁵² A educação efetiva em HIV requer uma conexão honesta entre professores e alunos.

Para apoiar uma nova abordagem para a educação em HIV é necessária uma nova abordagem para a formação de professores. Demandam-se professores capazes de personalizar cada aula e lição para atender às necessidades dos alunos de forma oportuna e também para construir as habilidades dos alunos para lidar com os desafios e as vulnerabilidades que enfrentam diariamente em suas comunidades. Isso significa que os professores devem estar preparados para lidar com questões que, em muitos casos, não são ensinadas atualmente. Além disso, o pessoal administrativo e o diretor da escola devem criar um ambiente propício, comunicando-se com os pais e membros da comunidade e mobilizando seu apoio. Esse contexto favorável deve começar com a saúde dos professores, aos lhes proporcionar apoio adequado e reconhecer seu valor intrínseco, bem como seu valor instrumental.

Essa nova abordagem para a formação dos professores tem três componentes principais. O primeiro parte do reconhecimento das vulnerabilidades dos próprios professores e trabalha para desenvolver suas habilidades de vida nos campos cognitivo, psicossocial, afetivo, interpessoal, entre outros. Eles

⁵⁵⁰ BHANA, 2009, op. cit.

⁵⁵¹ HOLDERNESS, W. L. Equipping educators to address HIV and AIDS: a review of selected teacher education initiatives. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, v. 9, suppl 1, p. S48-S55, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744901>>.

⁵⁵² BHANA, 2009, op. cit.

devem entender o vírus e as formas de vulnerabilidade em sua comunidade. Devem, ainda, examinar as próprias atitudes sobre o HIV, relacionamentos e sexualidade em relação à proteção e prevenção. Essas habilidades darão confiança aos professores, o que lhes permitirá abordar questões sensíveis com seus alunos e se envolver com a comunidade para mudar as normas em torno de tabus socioculturais. Em outras palavras, os professores precisam de habilidades para a vida para se proteger e também para proteger os outros.

O treinamento é fundamental para apoiar professores e outros funcionários do setor de educação, ao esclarecer seus valores e permitir que obtenham o conhecimento e as habilidades de que precisam para promover ambientes de aprendizagem saudáveis e seguros para todos os alunos. Isso inclui questões como direitos humanos, inclusão e não discriminação, gênero, sexualidade e diversidade sexual, bem como práticas não discriminatórias.⁵⁵³ Por exemplo, no estado de São Paulo, no Brasil, foi desenvolvida uma abordagem inclusiva e transformadora para a formação de professores em educação em sexualidade que abraça a diversidade sexual.⁵⁵⁴ Na Federação Russa, foram concebidos kits de treinamento para ajudar gestores do setor de educação, professores e cuidadores a apoiar alunos HIV positivos em sala de aula, ao abordar o preconceito social, o estigma e a discriminação.⁵⁵⁵ Na Namíbia, o Projeto Arco-Íris organizou oficinas para professores rurais e explorou os temas da inclusão e da exclusão social a partir de uma perspectiva de direitos, com base nas experiências dos próprios professores, em desafios relacionados aos direitos humanos em geral – incluindo questões que afetam gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros – e na forma como os professores abordam os direitos humanos na escola.⁵⁵⁶

O segundo componente diz respeito ao uso de métodos de aprendizagem centrados no aluno e métodos participativos enraizados na aprendizagem experiencial. Com esses métodos, o professor cede controle de certos aspectos do processo de aprendizagem e os alunos passam a ter maior participação na escolha de temas e métodos e na gestão da sala de aula. Essa é uma mudança radical do ensino baseado em comando didático e pedagógico, mas não é inteiramente novo. O ensino moderno incluiu técnicas como teatro, jogos e outros métodos interativos para disciplinas como a aprendizagem de línguas; portanto a experiência existe, ela apenas precisa ser ampliada e aplicada de forma mais ampla.

⁵⁵³ Ver, por exemplo, DANKMEIJER, P. (Ed.). *GALE Toolkit*, 2011, op. cit.

⁵⁵⁴ Para mais informações ver UNESCO. *Good Policy and Practice in HIV and Health Education: Education Sector Responses to Homophobic Bullying*. Booklet 8. Paris: UNESCO, 2012.

⁵⁵⁵ UNICEF. *Blame and Banishment*, 2010, op. cit.

⁵⁵⁶ Para mais informações, ver UNESCO. *Education Sector Responses to Homophobic Bullying*. Paris, 2012. (Good policy and practice in HIV and health education booklet, 8).

Com temas relacionados ao HIV, à saúde e à sexualidade, os professores devem estar preparados para discutir o que é relevante para os alunos e, assim, abordar os riscos relacionados. Tal ação exige a criação e a manutenção de um ambiente de aprendizagem seguro. Essa tarefa se torna mais difícil com turmas grandes, mas existem modelos de aprendizagem por pares que podem ser usados em turmas grandes para aumentar a interatividade.

A tecnologia também oferece oportunidades para palestras de forma assíncrona, o que permite que os alunos acessem informações em seu próprio tempo e libera o tempo de aula para métodos participativos, como análises de caso com *feedback* em tempo real. Ao mesmo tempo, a tecnologia moderna derrama sobre os alunos informações que desafiam o currículo e o professor. O objetivo dessa pedagogia é ajudar os alunos a interpretar e dar sentido a essas influências e também analisar seu risco. Essa é mais uma ruptura com o ensino de uma disciplina de maneira limitada a um texto pré-determinado. A formação dos professores deve, portanto, refletir essa realidade moderna e equipar os professores com habilidades para ajudar seus alunos a enfrentar e superar os desafios atuais e futuros. Os cursos de formação de professores devem, dessa forma, proporcionar a oportunidade de praticar essas técnicas com os pares em sessões projetadas para serem solidárias, além de incentivar um *feedback* construtivo. Com o aumento da conectividade, alunos em diferentes países ganharão acesso sem precedentes à informação. Os professores não podem mais ser os guardiões da informação – afinal, há muitos canais disponíveis atualmente – mas, com métodos de construção de habilidades, eles podem ajudar os alunos a encontrar sentido para as informações que recebem e a aprender a adotar atitudes e comportamentos saudáveis.

Tanto a formação pré-serviço quanto a formação em serviço têm sido utilizadas na resposta ao HIV. A GPS 2013 afirma que

a formação pré-serviço deve ser o foco da orientação concentrada e da formação nessas áreas, para garantir que uma nova geração de professores possa entrar na sala de aula equipados e preparados para lidar com essas questões que salvam vidas. Apesar dos argumentos dos formuladores da formação de professores e dos currículos de que há pouco espaço para expandir a formação pré-serviço, há uma forte razão para fazê-lo, pois é logisticamente mais fácil de gerenciar e implementar, tem um alcance significativamente mais amplo e, portanto, é mais custo-efetiva.⁵⁵⁷

No entanto, poderíamos argumentar que essa não deve ser uma escolha excludente. Desenvolver as habilidades dos professores nesses métodos

⁵⁵⁷ UNAIDS IATT. 2011-2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey, 2013, op. cit.

requer uma base sólida em sua formação inicial, complementada por uma formação contínua em serviço que os próprios professores tenham ajudado a formular, a fim de reforçar, aperfeiçoar e atualizar suas habilidades de ensino e avaliação. O método de implementação da formação em serviço deve evitar as propostas em cascata usadas atualmente. Embora a formação liderada por pares possa ser muito eficaz, ela precisa ser devidamente apoiada: deve se dar atenção a uma abordagem “pares-*plus*”, na qual o professor recebe apoio de um instrutor profissional. Isso pode ser feito presencialmente, em uma abordagem de treinamento de equipe, ou de maneira remota, se a tecnologia de comunicação for adequada. O uso de tecnologia audiovisual pode ajudar a manter a consistência da mensagem na apresentação de métodos-modelo de ensino. Em outras palavras, todos os formandos irão assistir à mesma apresentação. Além disso, será necessário desenvolver comunidades de prática visando ao apoio entre pares, de modo que os professores sejam incentivados e apoiados para aplicar o que aprenderam.

O terceiro componente está relacionado à avaliação. A maior parte da educação pública no século XX se baseou em avaliações que medem habilidades cognitivas. A educação para a vida, no entanto, vai além do campo cognitivo. A mudança fundamental e necessária da educação também exigirá novas formas de avaliar os progressos e os resultados alcançados pelos alunos; assim, a formação dos professores deve equipá-los para adaptar e adotar novas teorias, práticas e tecnologias. As técnicas de avaliação podem ser conceituadas com rubricas para medir habilidades para além dos métodos de avaliação convencionais, como testes de múltipla escolha. Essas rubricas podem ser desenhadas para a observação de habilidades demonstradas por meio de atividades de dramatização. Além disso, a tecnologia proporciona a oportunidade de aprendizado personalizado, portanto os professores terão de desenvolver modelos de avaliação que forneçam *feedback* instantâneo e aprendizagem direta em um caminho graduado. A teoria para esse tipo de instrução está bem estabelecida (por exemplo, ver a zona de desenvolvimento proximal de Vygotsky como um ponto de partida).⁵⁵⁸ A inovação aqui está no uso de novas tecnologias de aprendizagem para adaptar planos de aula às respostas dos alunos e para fornecer *feedback* rapidamente para promover a aprendizagem em vários campos. A teoria e os métodos de avaliação serão fundamentais, porque a medição de habilidades para a vida exige uma ruptura com os padronizados testes de múltipla escolha.

No entanto, é importante reconhecer que a introdução de uma nova abordagem para a formação de professores levará tempo. Também precisamos ser realistas

⁵⁵⁸ Ver VYGOTSKY. *Mind in Society: The development of Higher Psychological Processes*. 1978.

sobre o que os professores podem alcançar em contextos nos quais eles mesmos receberam uma educação limitada, formação inadequada e estão sobrecarregados e mal remunerados. Em tais situações, muitos enfrentam dificuldades para ensinar até mesmo um currículo básico. A formação por si só não será suficiente para permitir que os professores implementem novas formas de ensinar; promovam a cidadania, os direitos humanos e a igualdade de gênero; ou ofereçam uma educação em sexualidade de qualidade. Além disso, a relutância dos professores em tratar de questões culturalmente sensíveis como sexo e sexualidade é, muitas vezes, bem fundamentada, já que esse tipo de discussão poderia prejudicar ainda mais seu *status* social já fragilizado e submetê-los a assédio, violência e abuso por parte dos alunos, pais ou membros da comunidade. A contribuição das escolas e dos professores para a resposta ao HIV apenas será possível com maior investimento na educação, em especial, para resolver a escassez de professores e melhorar suas condições de trabalho e *status* social.⁵⁵⁹

Melhoria da implementação

Há, ainda, uma série de outros aspectos fundamentais para a implementação de um novo cenário global. Em primeiro lugar, a educação na língua materna é fundamental. O ensino de habilidades para a vida para reduzir o risco de infecção pelo HIV será mais eficaz se a língua usada no processo for a mesma língua usada pelos alunos fora da sala de aula, nos ambientes em eles enfrentam o risco. Caso contrário, a aula em habilidades para a vida torna-se acadêmica e distante da vida dos alunos. Também é importante que os alunos compreendam a língua de instrução e estejam familiarizados com os conceitos utilizados.

Como discutido anteriormente, com turmas muito grandes é difícil usar métodos interativos ou baseados no trabalho em pequenos grupos, porque é difícil para os professores dar *feedback* adequado e manter a ordem na sala de aula. No entanto, sabemos que a aprendizagem interativa é mais eficaz na construção de habilidades do que o formato de palestra, centrado no professor. Ao mesmo tempo, devemos reconhecer que abordagens interativas são mais fáceis em ambientes com mais recursos, com turmas menores. No entanto, existem maneiras de introduzir métodos interativos em turmas grandes: grupos de discussão liderados por pares, com simulações em vídeo, rádio e computador, são cada vez mais utilizados, e precisamos disseminar esses métodos.

⁵⁵⁹ ILO. *Joint ILO UNESCO Committee of Experts on the Application of the Recommendations Concerning Teaching Personnel*: final report. Geneva, 2012.

Também identificamos a importância do apoio dos pais e da comunidade. No entanto, pode ser pedir demais aos professores que façam, individualmente, a intermediação dessa relação. Isso precisa ser feito de forma sistemática, sob a liderança da administração da escola, para assegurar a comunicação e obter a adesão dos membros da comunidade e, assim, proporcionar um ambiente de apoio para a aprendizagem eficaz em sala de aula.

A educação em saúde baseada em habilidades não tem se manifestado a respeito da questão da inclusão e das necessidades dos alunos com deficiência. Nem literatura e tampouco as políticas e as práticas abordam questões como o ensino de habilidades para a vida para pessoas com dificuldades auditivas ou de visão. Por exemplo, jovens com dificuldades de aprendizagem podem enfrentar vulnerabilidades que exigem outro conjunto de considerações em matéria de educação; e esse é um campo que precisa ser explorado de forma mais aprofundada.

Dada a lacuna de conhecimento, o setor de educação não pode fugir de suas funções principais de construção do conhecimento e desenvolvimento de atitudes, valores e habilidades. Embora muitas sugestões apresentadas neste capítulo dependam de uma reforma radical da educação, há coisas que podem e devem ser feitas imediatamente. Os alunos precisam saber como proteger a si e aos outros. Como demonstrado, conhecimentos e atitudes não são as únicas demandas para prevenir a infecção e reduzir o estigma e a discriminação, mas constituem uma base significativa.

Também é necessário um forte compromisso de todo o sistema com a implementação da educação em HIV. Os professores não abordarão temas difíceis e sensíveis se não se sentirem obrigados ou apoiados por seus superiores. Eles precisam sentir que todo o setor está empenhado em implementar a educação em HIV. Isso pode ser alcançado de várias maneiras, por exemplo, com o desenvolvimento de políticas e de garantias de sua implementação, com a priorização da educação em HIV em âmbitos nacional e local, com a elaboração de currículos e a oferta de materiais de ensino, com a alocação de orçamentos, e com a obtenção de declarações de apoio por parte de altos funcionários.

Pós-2015

O setor de educação aprendeu que a educação em sexualidade (incluindo o HIV) baseada em habilidades pode ajudar jovens alunos a adaptar e manter comportamentos seguros e também reduzir o estigma e a discriminação em relação às pessoas afetadas e infectadas pelo HIV. A educação, portanto, é

central para a resposta ao HIV. No entanto, responsabilizar um currículo em HIV por mudanças de comportamento de indivíduos é uma avaliação mal aplicada, uma vez que existem muitos fatores que influenciam comportamentos. Este livro defende um modelo abrangente e sustentável para a resposta ao HIV, que aproveita os pontos fortes e aborda os limites em aspectos da resposta multissetorial. Devemos reinvestir no que o setor de educação faz e medir seu progresso e sua contribuição para a resposta ao HIV por meio de aspectos de educação e não de saúde. Em vez de uma abordagem normativa para a educação, na qual dizemos aos alunos como eles devem ser, devemos proporcionar uma educação interpretativa, na qual encontramos os alunos no ponto em que estão e os elevamos para que atinjam seu pleno potencial e lidem com os desafios da vida.

Há pressão de muitos lados para a reforma da educação, tanto para melhorar sua qualidade quanto para torná-la mais eficaz, ágil e relevante para o mundo moderno e para as necessidades das crianças e dos jovens. Essa pressão influencia as discussões sobre a futura agenda global para a educação para além de 2015, em que a educação projetada para desenvolver a pessoa como um todo ganha destaque.⁵⁶⁰ Isso também tem implicações na forma como a educação em HIV é concebida e implementada, à medida que o setor de educação muda do “ensino” para a “aprendizagem ativa”. A educação em HIV baseada em habilidades e interpretativa se encaixa perfeitamente nessa agenda. Princípios fundamentais da UNESCO sobre o propósito da educação podem ser reconcebidos à medida que a pandemia do HIV nos força a discutir a natureza, o objetivo e o papel da educação no século XXI. Uma análise das questões subjacentes a esses achados apoiaria o argumento de Delors de que as escolas precisam valorizar os objetivos educacionais nos campos da UNESCO de “aprender a ser” e “aprender a viver juntos” tanto quanto valorizam as disciplinas tradicionais nos campos do “aprender a conhecer” e do “aprender a fazer”.⁵⁶¹ Está claro que uma nova abordagem para a educação em HIV requer mudanças amplas e sistêmicas. A agenda de desenvolvimento das Nações Unidas pós-2015, novos métodos para medir os resultados da aprendizagem, a melhoria da tecnologia de aprendizagem e o movimento global para promover cidadãos globais são forças que trabalham juntas para impulsionar a reforma.

No entanto, também devemos reconhecer que o setor de educação é composto por uma série de sistemas complexos. Ele está sujeito a políticas, grandes burocracias, dezenas de milhões de professores, centenas de milhões

⁵⁶⁰ TORSTENSSON; BRUNDRETT, 2009, op. cit.

⁵⁶¹ Idem.

de alunos e suas famílias e comunidades em todo o mundo. Portanto, as mudanças defendidas aqui serão lentas e os passos serão graduais e parciais. No entanto, a complexidade e a morosidade não devem servir de desculpa para a inércia. Há passos que podem ser tomados por todos os setores de educação em direção a uma abordagem mais centrada no aluno. Em primeiro lugar, professores, administradores e pais precisam acordar para o fato de que os jovens vão descobrir sobre o HIV e outras questões relacionadas à sexualidade e à reprodução, seja na escola ou fora dela. O setor de educação deve garantir que os alunos recebam informações corretas e completas, para que possam se proteger. Todos os professores recém-contratados devem receber rotineiramente educação em saúde baseada em habilidades para o próprio bem-estar e o de seus alunos, além de aprender a usar métodos participativos. O currículo deve ser revisto de forma lenta e deliberada, e a formação em serviço dos professores deve ser compatível com essas mudanças. Não se está propondo um destino final, mas sim um processo interativo de inquirição, ajustamento e resposta à evolução da tecnologia, da política e da pesquisa em educação.

Está claro o modo como a educação pode contribuir para a resposta ao HIV. É nossa esperança que no futuro possamos olhar para este momento como um momento de oportunidade, o início de uma mudança no setor de educação em direção à aprendizagem ativa, que nos levará a zerar novas infecções por HIV, zerar as mortes relacionadas com a aids e zerar o estigma e a discriminação relacionados à aids. A passagem abaixo, de Silin (1995), escrita há quase 20 anos, capta um anseio para o qual hoje temos as ferramentas, a experiência, a visão e a vontade de realizar.

Embora o HIV/Aids possa desafiar as nossas ideias anteriores sobre a autoridade pedagógica, também nos oferece a oportunidade de examinar os novos modelos que refletem com mais precisão quem acreditamos ser e o que gostaríamos que nossos alunos se tornem. A partir do HIV/Aids aprendemos sobre os limites da ciência e a importância da visão humana, a fragilidade do corpo e a força do espírito, a necessidade de cultivar a imaginação até mesmo quando dirigimos nossa atenção para estruturas cognitivas racionais. No fim das contas, o currículo em HIV/Aids pode ter mais relação com a vida do que com a morte, mais relação com a saúde do que com a doença, mais relação com o corpo político do que com o corpo físico.⁵⁶²

⁵⁶² SILIN, 1995, op. cit.

Conclusão

Neste livro, analisamos a evolução da resposta do setor de educação ao HIV e à aids, bem como a contribuição que ela tem feito durante as últimas três décadas. Indicamos como a educação tem ajudado a prevenir novas infecções, com o apoio à testagem, ao tratamento e aos cuidados e como contribuiu para reduzir o estigma e a discriminação. Como já foi destacado, para os alunos que têm sorte de desfrutar do direito à educação, há forte evidência dos benefícios em termos de proteção simplesmente por estar frequentando a escola, com redução do risco e da vulnerabilidade ao HIV. Além disso, analisamos o que se sabe a respeito de como a educação pode contribuir para comportamentos mais saudáveis, por meio de programas de habilidades para a vida e programas que ensinam especificamente sobre prevenção, tratamento, cuidados e apoio em HIV. Descrevemos, ainda, como o envolvimento do setor de educação passou de uma resposta de emergência no início da epidemia para uma resposta que agora aborda o HIV como parte de um esforço mais integrado, cada vez mais situado no âmbito da educação em sexualidade e como parte de programas de educação em saúde mais amplos.

No entanto, medir a contribuição da educação para os resultados biomédicos é um desafio. Argumentamos que o papel da educação é aumentar o conhecimento ao apresentar evidências para mostrar que, quando bem implementados, os programas educacionais têm sido altamente bem-sucedidos em alcançar esse objetivo. Estudos mais recentes das evidências começam a reconhecer esse aspecto e ajudam a colocar um ponto final em um debate improdutivo sobre o papel e o valor dos programas de educação em HIV na escola.⁵⁶³ As evidências também mostram que a educação pode ajudar a combater atitudes preconceituosas, como estigmatizar pessoas que vivem com HIV ou vulneráveis ao HIV e a fortalecer as habilidades necessárias para que as pessoas tomem decisões e optem por ações que lhes permitam levar uma vida mais saudável. Poucos diriam que a contribuição da educação por si só resolveria o complexo conjunto de desafios que o HIV representa; contudo, é uma base essencial para permitir que indivíduos e comunidades superem a epidemia e levem uma vida mais saudável e produtiva.

Insumos como preservativos masculinos e femininos e tratamento antirretroviral, além de serviços de testagem e aconselhamento em HIV, são indiscutivelmente essenciais, mas as pessoas precisam saber sobre eles, entender por que são importantes e saber como encontrá-los e usá-los. A

⁵⁶³ UNICEF. *Technical Brief: effectiveness of HIV prevention; treatment and care interventions among adolescents, a systematic review of systematic reviews*. New York, 2013.

educação desempenha, e continuará a desempenhar, papel fundamental nesse sentido.

Ferramentas e recursos, incluindo o Marco de Investimentos do UNAIDS – projetado para apoiar os países na tomada de decisões sobre investimentos com recursos limitados – são importantes para enfrentar a epidemia de HIV, pois reconhecem a importância de sinergias com outros setores de desenvolvimento, incluindo a educação e os “viabilizadores críticos”, como leis e marcos jurídicos, acesso à justiça social e à igualdade de gênero, fundamentais para apoiar mudanças sustentáveis em comportamentos que podem perpetuar o HIV. As escolhas não são apenas de uma coisa em lugar de outra, o tratamento no lugar da prevenção, serviços de saúde no lugar da educação e prevenção em HIV. Todas as ações são essenciais quando implementadas da forma mais eficaz e equilibrada e com boa qualidade. Obter a combinação certa é essencial para que os avanços continuem no combate à epidemia.

A boa notícia é que três décadas de esforços contra o HIV estão valendo a pena. O número de novas infecções tem caído, assim como ocorre com o número de mortes relacionadas à aids, em grande parte devido à maior disponibilidade de medicamentos antirretrovirais e a maior conhecimento e habilidades para acessá-los – o que significa que essas drogas alcançam atualmente quase 10 milhões de pessoas. O número de pessoas infectadas caiu para 1,9 milhões em países de renda baixa e média em 2012, um número 30% menor do que em 2001. Na África Subsaariana, a queda é impressionante: 34% desde 2001, com uma queda ainda maior no Caribe: 49%. Mais de 60% das mulheres grávidas com HIV em 2012 passaram a receber tratamento antirretroviral que irá salvar suas vidas e as vidas de seus bebês.

Entretanto, há muito mais trabalho a ser feito e os avanços são frágeis. Ainda houve 2,3 milhões de novas infecções em 2012, por exemplo. Embora tenham ocorrido avanços em várias frentes, o mundo ainda tem um longo caminho a percorrer para garantir que cada nova geração tenha o conhecimento, as atitudes e as habilidades necessárias.

Uma preocupação particular para o setor de educação é o baixo nível persistente de conhecimento sobre HIV entre os jovens, um indicador-chave global monitorado e reportado periodicamente, que teima em permanecer abaixo de 40% para homens e mulheres jovens. Conhecemos muitas razões para isso, incluindo a visão frequente da educação em HIV como uma prioridade relativamente baixa em comparação com outros temas; a relutância em ensinar sobre questões consideradas sensíveis ou, ainda,

sistemas de ensino deficientes de modo geral, com salas de aula superlotadas, professores mal treinados e sem apoio, além de métodos pedagógicos que não conseguem envolver os alunos em uma aprendizagem mais eficaz. Os maus resultados de aprendizagem não são apenas um desafio para a educação em HIV, mas uma preocupação crescente em todo o sistema de educação, com destaque para a GEFI e as deliberações sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015.

Embora tratar dos níveis deficientes de conhecimento sobre HIV dos alunos deva permanecer a prioridade do setor de educação, não devemos esquecer que dezenas de milhões de alunos demonstram atualmente conhecimento abrangente e correto sobre HIV – uma condição nem sequer conhecida há apenas três décadas e que representava risco de vida e altos gastos. Essa é uma grande conquista. A educação em HIV contribui positivamente para a vida de muitas pessoas e suas comunidades, mesmo que tenhamos um longo caminho a percorrer para alcançar a meta de níveis de conhecimento de 95% entre os jovens até 2015 acordada pelos países como parte de um compromisso político assumido na ONU nos últimos anos.

Há, agora, uma compreensão muito mais sofisticada da epidemia, como ela varia por região, país e até mesmo dentro dos países, e também de como a resposta deve ser adaptada de acordo com o contexto, incluindo ajustes dos programas de educação. Há, ainda, maior reconhecimento de que algumas pessoas têm mais risco e vulnerabilidade ao HIV, decorrente de comportamentos como sexo entre homens, uso de drogas injetáveis e sexo comercial. Portanto, é particularmente importante alcançar as pessoas em tais condições e pertencentes a essas populações-chave com educação e serviços em HIV; essa ação terá um impacto maior sobre a epidemia do que as abordagens anteriores, que insistiam que todos estavam em risco. Apesar da consciência do valor dessa abordagem, a natureza muitas vezes estigmatizada e ilegal desses comportamentos de risco significa que os investimentos em HIV não correspondem às iniciativas que teriam de fato o maior impacto.

Os desafios para alcançar populações-chave aumentam quando se considera os adolescentes e jovens com idade inferior a 18 anos envolvidos nesses comportamentos, uma vez que, em muitos lugares, essa faixa etária está abaixo da idade de consentimento e há forte relutância em fazer qualquer coisa que possa ser vista como “apologia” ou “legitimação” de tais comportamentos. Educar os adolescentes e jovens envolvidos em comportamentos de alto risco pode, portanto, ser difícil na maioria dos lugares, particularmente como parte do currículo escolar formal. Por isso, tanto a educação não formal quanto a informal continuam a ser importantes.

Traçamos o surgimento de uma educação em sexualidade como um marco que pode abordar as áreas negligenciadas, porém críticas, do sexo e dos relacionamentos. Com muita frequência, nos primeiros anos da resposta ao HIV – e, de fato, em alguns lugares, ainda hoje – a educação em HIV foi limitada a seus aspectos biológicos, sem levar em conta que o HIV é um vírus transmitido principalmente por meio de comportamentos sexuais humanos. Os jovens precisam de oportunidades para aprender não apenas sobre a ciência, mas também sobre os aspectos sociais, sexuais e de gênero do HIV, com uma abordagem baseada em habilidades participativas e para a vida, na qual podem ganhar não apenas conhecimento, mas também atitudes e habilidades que os preparem para fazer escolhas mais saudáveis e seguras.

A educação em sexualidade tem, ainda, o potencial de abordar simultaneamente outras preocupações prementes dos jovens e de seus pais, em especial a gravidez. Muitos homens e mulheres jovens expressam, de maneira significativa, maior preocupação com a gravidez indesejada do que com o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. É muito mais provável que uma abordagem para a prevenção do HIV que tome como ponto de partida as principais preocupações das pessoas afetadas tenha o impacto desejado.

A introdução ou o reforço de programas de educação em sexualidade existentes não aconteceu rapidamente, em parte por causa da noção persistente, mas incorreta, de que a educação em sexualidade pode incentivar a iniciação sexual precoce. É esmagadora a evidência de que a educação em sexualidade retarda o início da vida sexual e pode resultar em uma redução do número de parceiros sexuais quando a pessoa se torna, mais tarde, sexualmente ativa. Além disso, aqueles que receberam educação em sexualidade de qualidade começam a vida sexual adulta de forma mais segura e protegida do que aqueles que não receberam. Outra razão para a expansão lenta dos programas de educação em sexualidade é que, como qualquer programa dessa natureza, depende da qualidade geral do sistema de educação no qual é implementado.

Da mesma forma que os responsáveis pelo planejamento educacional buscam formas de acelerar o ritmo da ampliação da educação de qualidade em HIV e sexualidade, precisam fazê-lo contra o pano de fundo da rápida expansão demográfica dos jovens. Em algumas regiões, o crescimento da população jovem tem aumentado a um ritmo expressivo, como no ESA, onde os jovens com idades entre 10 e 24 anos representam 33% da população, e as projeções indicam que essa população crescerá dos 158 milhões de hoje para

281 milhões até 2050.⁵⁶⁴ Os países devem se preparar agora para esse rápido crescimento demográfico dos jovens. Os níveis atuais de investimento em educação e, principalmente, a educação em HIV e sexualidade simplesmente não podem permanecer estáticos se os países quiserem aproveitar essa tendência demográfica significativa e garantir que os jovens recebam uma educação de qualidade.

Também continua um debate permanente com diferentes pontos de vista sobre as formas mais eficazes e adequadas de oferecer educação em HIV, situação que retarda ainda mais a resposta já lenta e, muitas vezes, hesitante do setor de educação. Obter comprovação rigorosa sobre “o que funciona” leva tempo e pode ser muito dispendioso. Levou muitos anos, por exemplo, para demonstrar conclusivamente que programas educacionais baseados somente na abstinência não são apenas ineficazes, mas, em alguns casos, podem ser contraproducentes, por negarem aos alunos uma gama de informações básicas e opções essenciais para que façam escolhas mais seguras quando começam a vida adulta. Hoje, entende-se melhor que a abstinência pode ser uma de várias estratégias que os adolescentes e jovens podem usar e sobre a qual devem aprender, mas não pode ser a única.

Da mesma forma, há crescente valorização da importância de ouvir e envolver os próprios adolescentes e jovens na concepção, no desenvolvimento e na avaliação de programas de educação em HIV. Quando consultados, os jovens exigem, de forma consistente, educação em sexualidade de qualidade e expressam frustração por ela lhes ser muitas vezes negada porque os guardiões adultos relutam em oferecê-la em função de sensibilidades em torno do tema. No entanto, observamos, neste livro, um nível crescente de apoio à educação em sexualidade, impulsionado não apenas pelos jovens, mas também pelos pais e pelas comunidades que querem e esperam que ela seja oferecida na escola. Embora ainda haja forte resistência à educação em sexualidade em alguns lugares, há um crescente reconhecimento da urgência de se incluir a educação em sexualidade como parte do currículo.

Com o progresso recente, incluindo uma queda impressionante em novas infecções pelo HIV, menos mortes e mais aceitação das pessoas que vivem com o vírus, o principal desafio da aids no futuro será evitar achar que tudo já foi feito. Já há sinais de que o HIV e a aids são vistos por muitos como resolvidos e superados. De fato, há uma crescente discussão sobre “o fim da aids”, uma boa notícia para um mundo cansado de anos de esforço e

⁵⁶⁴ UNFPA. *Status Report: adolescents and young people in Sub-Saharan Africa*. New York: UNFPA, 2012. Disponível em: <<http://www.prb.org/pdf12/status-reportyouth-subsaharan-Africa.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

investimento na resposta. Mas os ganhos que estamos vendo hoje são os resultados de políticas, intervenções e investimentos realizados há vários anos. Neste livro, argumentamos que a manutenção e o fortalecimento da educação em HIV e sexualidade serão fundamentais, daqui para frente, para consolidar os ganhos recentes e também para garantir que as novas gerações de jovens continuem a ter a oportunidade de aprender sobre o HIV e como preveni-lo. Esses grupos devem, ainda, entender por que é tão importante não estigmatizar e discriminar as pessoas que vivem com HIV ou são afetadas por ele.

Neste livro, indicamos uma tendência promissora de situar a educação em HIV no contexto mais amplo de educação em saúde e sexualidade baseada em habilidades. Além disso, somos encorajados pelos esforços de sair dos “sítios” na educação e na saúde e a aproveitar as sinergias significativas que são possíveis quando os dois setores trabalham em conjunto. Um exemplo recente disso são os esforços para melhorar a educação em sexualidade e os serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados para adolescentes e jovens no ESA. Conhecido como o processo de compromisso ministerial do ESA, a iniciativa, desde o início, procurou abordar as necessidades dos adolescentes e jovens de forma holística, ao reconhecer tanto suas necessidades educacionais quanto os serviços essenciais de saúde de que também necessitam. Nesse sentido, vimos que a educação em sexualidade pode ajudar a gerar consciência e a busca por de serviços de saúde sexual e reprodutiva, mas também que a criação de demanda deve ser complementada pela disponibilidade de serviços voltados para os jovens. Um sem o outro significa um compromisso não cumprido e vazio.

Todos os ganhos recentes e arduamente conquistados contra a epidemia de HIV são uma prova do que pode ser alcançado quando há um esforço determinado, articulado, multidisciplinar e com as contribuições de muitos setores e parceiros, incluindo o setor de educação. Mas não devemos esquecer os milhões de pessoas que ainda precisam dos medicamentos que prolongam a vida e os milhões de pessoas que vivem com o HIV, mas não sabem que têm o vírus.

Isso nos leva de volta para o papel vital da educação em educar as pessoas sobre a epidemia, sobre o que pode ser feito para prevenir novas infecções por HIV e sobre a importância de conhecer o seu estado. Mesmo que a resposta global ao HIV continue a evoluir e mesmo que os cientistas desenvolvam, eventualmente, uma vacina ou uma cura eficaz para o HIV, a educação continuará sendo fundamental para assegurar que indivíduos e comunidades conheçam e aproveitem esses avanços.

Notas sobre os colaboradores

Peter Aggleton é professor de Educação e Saúde, no Centro de Pesquisa Social em Saúde da Universidade de New South Wales, Sydney, Austrália. É conhecido internacionalmente por seu trabalho analítico sobre educação e promoção da saúde, aspectos sociais do HIV, sexualidade e gênero e também saúde sexual e reprodutiva. É chefe de equipe do *Independent Review Group on HIV* (Grupo de Revisão Independente sobre HIV), que se reporta ao Conselho Nacional de Aids em Papua-Nova Guiné, e é editor das revistas internacionais revisadas por pares “Culture, Health and Sexuality”, “Health Education Journal” e “Sex Education”.

Kathy Attawell é consultora independente e trabalha há quase 30 anos na área da saúde e desenvolvimento internacional, com especialização em HIV/Aids, saúde materna e infantil e políticas e sistemas de saúde. Tem vasta experiência em concepção de programas, gestão e avaliação, avaliação do setor, análise de questões globais de saúde e políticas, elaboração de resumos de políticas, relatórios e documentos de orientação, bem como pesquisa secundária, incluindo revisões de literatura. Já atuou em uma série de trabalhos para DFID, ECDC, OCDE, UNAIDS, OMS, UNESCO e Banco Mundial, entre outras organizações. Seu trabalho anterior para a UNESCO incluiu escrever e editar uma série de publicações sobre políticas e práticas em HIV.

Chris Castle é chefe da seção de Educação em HIV e Saúde na sede da UNESCO em Paris, França, onde está baseado desde 2004. Antes de trabalhar para a UNESCO, foi pesquisador associado do Programa Horizontes liderado pelo Conselho de População, e tem mais de 30 anos de experiência profissional no apoio ao desenvolvimento internacional nos setores de saúde e de educação.

Dhianaraj Chetty é oficial de projetos sênior na seção de Educação em HIV e Saúde da UNESCO em Paris. Sua experiência abrange uma série de trabalhos, incluindo políticas de HIV e educação, educação em sexualidade, gênero e questões mais amplas de saúde sexual e reprodutiva que afetam adolescentes e jovens. Atua no setor de educação há mais de 20 anos, incluindo um período como alto funcionário na África do Sul e como conselheiro sênior para ministérios da Educação no ESA sobre políticas em HIV e educação, programação e gestão da resposta ao HIV.

David J. Clarke é consultor independente em HIV e educação baseado em Bangkok, Tailândia. Foi consultor líder do DFID para a resposta da educação ao HIV e à aids, que continua a ser sua principal área de especialização. Tem mais de 30 anos de experiência em desenvolvimento internacional e já trabalhou em mais de 50 países.

Christophe Cornu é oficial de projetos sênior na seção de Educação em HIV e Saúde da UNESCO desde 2009. Tem mais de 19 anos de experiência na área de HIV e aids e desenvolvimento internacional. Já trabalhou em mais de 45 países para uma série de organizações, incluindo ONGs internacionais, doadores bilaterais, agências e programas das Nações Unidas e o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária.

Mary Crewe é diretora do Centro para o Estudo da Aids na Universidade de Pretória, África do Sul. É ex-acadêmica da Universidade de Wits e trabalhou por dez anos em um programa integrativo em HIV/Aids no renomado Centro de Saúde da Esselen Street, em Johannesburg.

Mary Guinn Delaney é consultora regional da UNESCO em HIV e Aids para América Latina e Caribe e está baseada no Escritório Regional para a Educação em Santiago, Chile. Possui mestrado em Estudos de Desenvolvimento pela Universidade de Sussex e trabalha há mais de 20 anos em questões ligadas a desenvolvimento e HIV nos Estados Unidos e nas regiões de África, América Latina e Caribe.

Joanna Herat é especialista em programas de Educação em HIV e Saúde na UNESCO, em Paris. Trabalha na Organização desde 2010 desenvolvendo abordagens técnicas, programáticas e políticas sobre áreas temáticas relacionadas a HIV e educação, incluindo a educação em sexualidade, gênero, integração da saúde sexual e reprodutiva, bem como necessidades dos jovens que vivem com HIV. Antes de ingressar na UNESCO, trabalhou em uma ONG internacional que apoia respostas comunitárias ao HIV na África e na Ásia. Possui mestrado em Antropologia do Desenvolvimento pela Escola de Estudos Orientais e Africanos da Universidade de Londres.

Padmini Iyer é doutoranda em Educação Internacional pela Universidade de Sussex. O foco de sua pesquisa são as atitudes e as experiências em relação a gênero e sexualidade entre alunos da educação secundária em Nova Délhi, na Índia. Anteriormente, realizou uma pesquisa sobre atitudes dos professores em relação à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, em Uganda, como parte de seu mestrado em Educação e

Desenvolvimento Internacional pela Universidade de Sussex. Também trabalhou com ONGs internacionais em projetos relacionados à saúde materna, neonatal e infantil na Índia, assim como à promoção da saúde sexual em escolas secundárias da África Subsaariana.

Ulla Kalha foi coordenadora regional de Educação em HIV e Saúde da UNESCO para o ESA. Tem formação em antropologia e educação e começou sua carreira como professora e pesquisadora na Universidade de Helsinki. Ingressou na UNESCO em 1999, na seção de Educação Básica, e passou para a seção de Educação em HIV e Saúde em 2009. Embora baseada em Dakar, atua apoiando governos, copatrocinadores do UNAIDS e educadores na implementação de programas de educação em HIV e saúde, incluindo o desenvolvimento da ferramenta de monitoramento e avaliação SERAT.

Audrey Kettaneh é especialista em programas de Educação em HIV e Saúde da UNESCO, em Paris, fornecendo conhecimentos técnicos nas áreas de HIV e aids, saúde na escola e promoção da saúde. Ela tem formação em saúde pública, começou sua carreira como educadora em HIV e aids e, desde então, atua em áreas como sistemas de saúde, políticas de HIV e aids, eficácia da ajuda e promoção da saúde, apoiando ONGs, organizações de pesquisa, organizações bilaterais e agências da ONU.

Yongfeng Liu é especialista em programas na seção de Educação em HIV e Saúde, na sede da UNESCO. Antes de ingressar no escritório da UNESCO em Pequim, no final de 2003, trabalhou por 20 anos no desenvolvimento e na implementação de programas e projetos nacionais de educação para planejamento familiar, saúde reprodutiva e, desde meados da década de 1990, prevenção do HIV na China.

Patricia Machawira é consultora regional em aids da UNESCO para a região do ESA. Possui doutorado em Política da Educação pela Universidade de Pretória, África do Sul e mestrado em Projeto de Sistemas de Educação e Treinamento pela Universidade de Twente, na Holanda. Tem vasta experiência de trabalho em respostas do setor de educação ao HIV e à aids por meio de seu trabalho com organizações internacionais, incluindo DFID, UNICEF, Centro de Estudos sobre Aids da Universidade de Pretória, TSF e UNESCO. Nos últimos anos, seu trabalho tem se centrado no apoio à expansão da educação em sexualidade na região do ESA.

Scott Pulizzi é oficial de projetos sênior na seção de Educação em HIV e Saúde. Tem 20 anos de experiência em educação como professor, instrutor e desenvolvedor de currículo. Desde 1998, trabalha na área

de saúde escolar com membros da *Focusing Resources on Effective School Health Partnership* (Parceria Direcionando Recursos para a Saúde Escolar Eficaz). Antes de ingressar na UNESCO, trabalhou na sociedade civil com organizações de professores e governos na África, na Ásia e no Caribe para melhorar as respostas do setor de educação ao HIV e promover a EPT. É candidato ao título de doutor (PhD) na Universidade de Witwatersrand, na África do Sul.

Justine Sass é consultora regional da UNESCO sobre aids para a Ásia e Pacífico e chefe de Prevenção do HIV e Promoção da Saúde no escritório regional Ásia-Pacífico da UNESCO para a Educação em Bangkok, Tailândia. Trabalhou por mais de 15 anos no apoio a programas de saúde sexual e reprodutiva e de HIV para jovens na Ásia, na África e na Europa Oriental.

Tigran Yepoyan é consultor regional da UNESCO sobre HIV e aids para a Europa Oriental e Ásia Central. Antes de ingressar na UNESCO, em 2010, trabalhou com o UNICEF na Federação Russa por nove anos, na gestão de programas de prevenção, cuidados e apoio em HIV voltados para crianças e adolescentes. Possui MBA em gestão de NGP pela Eastern University, nos Estados Unidos, e doutorado em Filosofia pelo Instituto de Filosofia da Academia de Ciências da Rússia.

Glossário

Definições da epidemia de HIV

Epidemia de nível baixo: a prevalência do HIV não é consistentemente maior que 1% na população geral no âmbito nacional, nem maior que 5% em qualquer subpopulação.

Epidemia concentrada: a prevalência do HIV é maior que 5% em subpopulações, permanecendo menor que 1% na população geral.

Epidemia generalizada: a prevalência do HIV é maior que 1% entre mulheres grávidas que frequentam clínicas pré-natais.

Hiperendemia: epidemia generalizada, na qual a prevalência do HIV é tipicamente maior que 15% entre as mulheres grávidas que frequentam clínicas pré-natais.

Múltiplas epidemias: uma ou mais epidemias concentradas dentro de uma epidemia generalizada.⁵⁶⁵

Educação em HIV

A educação em HIV tem três componentes principais: prevenção, tratamento e cuidados, além de educação para lidar com o estigma e a discriminação. Neste livro, o termo se refere à educação em HIV e aids e abrange esses três componentes. Embora a educação em HIV faça parte da educação em sexualidade, ela também pode ser ensinada como parte de outras disciplinas, como estudos sociais e educação cívica, por exemplo, quando são abordadas questões como o estigma e a discriminação ou quando se ensina sobre a transmissão do HIV por outras vias que não o sexo.

Educação em saúde baseada em habilidades

Esta abordagem à educação centra-se no desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, valores e habilidades para a vida, elementos necessários para tomar decisões mais adequadas e positivas em matéria de saúde e agir de acordo elas. A educação em saúde baseada em habilidades é uma parte central da educação baseada em habilidades para a vida.

Educação em sexualidade

A educação em sexualidade é uma abordagem abrangente, adequada à idade e culturalmente relevante ao ensino sobre sexo e relacionamentos, de modo a fornecer informações cientificamente precisas, realista e sem juízo de valor. A educação em sexualidade proporciona oportunidades para que as pessoas explorem os próprios valores e as próprias atitudes e, assim, desenvolvam suas habilidades de tomada de decisão, de comunicação e de redução de riscos a respeito de muitos aspectos da sexualidade.

Habilidades para a vida e educação para a vida

O conceito de habilidades para a vida é elástico e inclui uma variedade de habilidades e conhecimentos, incluindo, principalmente, as habilidades psicossociais pessoais, interpessoais e cognitivas que permitem às pessoas interagir de forma adequada, administrar os próprios estados emocionais, tomar decisões e fazer escolhas para uma vida ativa, segura e produtiva. A educação para a vida foi introduzida nas escolas formais de diversas maneiras, seja como uma nova matéria ou integrada em diferentes graus na prática de ensino e em conteúdos de outras disciplinas. Em alguns casos, é

⁵⁶⁵ UNAIDS. *UNAIDS Terminology Guidelines*, 2011, op. cit.

oferecida como matéria extra ou paralela ao currículo. Os objetivos psicossociais da educação para a vida exigem uma conceitualização do currículo que inclui não apenas conhecimento e habilidades, mas também comportamento, atitudes e valores.⁵⁶⁶ A utilização da expressão “habilidades para a vida” neste livro se refere, principalmente, a habilidades relacionadas ao HIV e à saúde.

Homofobia

Homofobia é o medo, a rejeição ou a aversão, muitas vezes na forma de atitudes estigmatizantes ou comportamento discriminatório, em relação a homossexuais e/ou à homossexualidade.

Identidade de gênero

A identidade de gênero refere-se à forma individual e profundamente íntima com que uma pessoa vivencia seu gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascer, e inclui o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por procedimentos médicos, cirúrgicos ou outros meios) e outras expressões de gênero, incluindo a forma de vestir, falar e gesticular.⁵⁶⁷

Indicadores UNGASS

A UNGASS estabeleceu 25 indicadores principais e 15 indicadores adicionais recomendados para a medição da resposta ao HIV. Esses indicadores ajudam a descobrir informações estratégicas que são essenciais na detecção de mudanças na epidemia de HIV, no monitoramento da resposta à epidemia e na avaliação da eficácia global da resposta.⁵⁶⁸ Cinco dos indicadores medem o papel do setor de educação na resposta ao HIV.

Objetivos de Educação para Todos (EPT)

Educação para Todos (EPT) é um compromisso global para oferecer educação básica de qualidade a todas as crianças, jovens e adultos. O movimento foi lançado na Conferência Mundial sobre Educação para Todos, em 1990, por UNESCO, PNUD, UNFPA, UNICEF e Banco Mundial. São seis objetivos de educação principais que visam a atender às necessidades de aprendizagem de todas as crianças, jovens e adultos até 2015: (1) expandir e melhorar a atenção e a educação na primeira infância; (2) garantir que todas as crianças tenham acesso à educação primária completa, gratuita e obrigatória de boa qualidade; (3) assegurar que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam atendidas por meio de acesso equitativo a programas adequados de aprendizagem e habilidades para a vida; (4) alcançar uma melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos; (5) alcançar a igualdade de gênero na educação; (6) melhorar todos os aspectos da qualidade da educação.

Orientação sexual

A capacidade de uma pessoa de sentir profunda atração emocional e sexual, de ter relações íntimas e sexuais com indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero.⁵⁶⁹

⁵⁶⁶ UNICEF. Evaluation Office. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York, 2012.

⁵⁶⁷ COUNCIL OF EUROPE. *Report on Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Europe*. 2.ed. Paris, 2011.

⁵⁶⁸ UNAIDS. *An Introduction to Indicators*. Geneva, 2010.

⁵⁶⁹ INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS. *Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Identity*. 2007. Disponível em: <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf>.

Populações-chave de jovens com maior risco de exposição ao HIV

O termo “populações-chave com maior risco de exposição ao HIV” refere-se a pessoas mais suscetíveis de serem expostas ao HIV ou de transmiti-lo, e cujo envolvimento é fundamental para o sucesso da resposta ao HIV. Em todos os países, as populações-chave incluem pessoas que vivem com HIV. Na maioria dos contextos, homens que fazem sexo com homens, transgêneros, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e seus clientes, além de parceiros soronegativos em casais sorodiscordantes estão em maior risco de exposição ao HIV do que outras pessoas. Populações-chave jovens são grupos de pessoas menores de 25 anos. É importante considerar as diferentes necessidades e vulnerabilidade das diferentes coortes (aqueles com idades entre 10 e 14 anos, 15 e 19 anos e 20 e 24 anos), bem como diferenciar entre os conceitos de “risco” e “vulnerabilidade”. Risco é definido como a probabilidade de que uma pessoa ser infectada com HIV, o que depende do comportamento do indivíduo. Vulnerabilidade refere-se à desigualdade de oportunidades, exclusão social, desemprego ou emprego precário e outros fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, que tornam uma pessoa mais suscetível à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento da aids.

Relatório de Progresso na Resposta Global à Aids (GARPR)

O Relatório de Progresso na Resposta Global à Aids (GARPR) é um sistema por meio do qual os Estados-membros das Nações Unidas apresentam relatórios sobre 30 indicadores principais usados globalmente para monitorar o progresso nas respostas nacionais.

Resposta ao HIV

Neste livro, a expressão “resposta ao HIV” inclui as ações tomadas pelas partes interessadas para evitar a transmissão do HIV e lidar com o impacto do HIV e da aids. Alguns autores utilizam a expressão “resposta à aids”.

Sexo e gênero

O termo “sexo” refere-se a características determinadas biologicamente, ao passo que “gênero” refere-se a papéis, comportamentos, atividades e atributos socialmente construídos que determinada sociedade considera adequados para homens e mulheres.

Transfobia

Transfobia é o medo, a rejeição ou a aversão, muitas vezes na forma de atitudes estigmatizantes ou comportamento discriminatórios, com relação a transgêneros.

Transgênero

Transgênero descreve uma pessoa cuja identidade de gênero difere do seu sexo ao nascer.

EDUCAÇÃO EM MOVIMENTO

Para trazer as reflexões mais recentes em educação para especialistas em educação em todo o mundo

*Criada pela UNESCO, a série **Educação em Movimento** aborda as principais tendências na educação hoje e os desafios para o amanhã. A série busca trazer conhecimentos de pesquisa produzidos por diversas disciplinas acadêmicas e dentro de várias organizações para aqueles que podem influenciar as políticas educacionais e impulsionar reformas. Assim, a série também visa a contribuir para a reflexão em curso sobre a agenda internacional de educação.*

Educação e HIV

Evolução e perspectivas

Mais de três décadas depois da identificação do vírus, o HIV continua a afetar milhões de pessoas em todo o mundo, mesmo que as taxas de infecção estejam caindo em vários países. Desde o início, o setor de educação tem desempenhado um papel central na resposta ao HIV. No entanto, seu papel e a contribuição da educação em HIV nas escolas têm sido uma questão polêmica. Este livro apresenta uma visão geral de como o papel do setor de educação e as abordagens à educação em HIV têm evoluído ao longo do tempo. Com base nos resultados de uma pesquisa recente e em estudos regionais, examinam-se as lições aprendidas, os desafios e as oportunidades emergentes para a proposta de um caminho para que o setor de educação contribua para a prevenção de novas infecções, para o tratamento e cuidados, bem como para a redução do estigma e da discriminação.



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura

Representação
no Brasil