

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

DANIELE CRISTINA BARBOZA

ASPECTOS E PERSPECTIVAS DO DIREITO AO ACESSO À INFORMAÇÃO
SOBRE PREVENÇÃO AO HIV ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS NAS
ESCOLAS

SANTOS

2022

DANIELE CRISTINA BARBOZA

ASPECTOS E PERSPECTIVAS DO DIREITO AO ACESSO À INFORMAÇÃO
SOBRE PREVENÇÃO AO HIV ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS NAS
ESCOLAS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Populações em Situação de Vulnerabilidade.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi

SANTOS

2022

[Dados Internacionais de Catalogação] Departamento de Bibliotecas da Universidade
Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

B239a Barboza, Daniele Cristina

Aspectos e perspectivas do direito ao acesso à informação
sobre prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens
nas escolas / Daniele Cristina Barboza; orientadora
Eliana Miura Zucchi. -- 2022.
84 f.; 30 cm Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Saúde Coletiva, 2022

Inclui bibliografia

1. Prevenção HIV. 2. Informação. 3. Educação. 4. Adolescentes
I. Zucchi, Eliana Miura. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 159.9(043.3)

DANIELE CRISTINA BARBOZA

ASPECTOS E PERSPECTIVAS DO DIREITO AO ACESSO À INFORMAÇÃO
SOBRE PREVENÇÃO AO HIV ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS NAS
ESCOLAS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Populações em Situação de Vulnerabilidade.

Santos, 25 de agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi - Orientadora
Universidade Católica de Santos

Prof. Dr. Ramiro Fernandez Unsain - Membro Titular
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Luiz Sales do Nascimento – Membro Titular
Universidade Católica de Santos

Dedico este trabalho a Deus que me fortalece todo dia, minha família e amigos que sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar DEUS, por tanto amor comigo, por eu ter conseguido superar tantos desafios, com tanto crescimento e transformação.

Agradeço a minha família, especialmente a minha irmã Gisele por compartilhar comigo todos os momentos e me incentivar constantemente. Sem ela, teria sido muito mais difícil.

Agradeço a minhas amigas e amigos que adquiri com o mestrado e foram importantíssimos nessa jornada, me incentivando, me ensinando, me motivando. Quero agradecer, especialmente a Ayra Rodrigues, que não "soltou da minha mão" em nenhum momento, e esteve comigo, me incentivando, me ensinando, rindo e chorando comigo, minha Gratidão. Agradeço a Tais e Talita, estudantes pesquisadoras, pois a vinda de vocês foi a energia que eu precisava para entender que eu estava no caminho certo do meu sonho.

Agradeço a minha orientadora, Professora Eliana por me ajudar a trilhar o caminho da pesquisa, por tantos ensinamentos que me transformou em uma nova pessoa.

Agradeço a todos que, de alguma forma, torceram por mim, me ajudaram e me incentivaram nesse longo processo.

RESUMO

Introdução: O enfrentamento ao HIV tem sido um desafio mundial há mais de 40 anos. Grande parte da sociedade está envolvida, com grande esforço, a fim de conter a disseminação do vírus e promover uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV. O direito ao acesso à informação sobre prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens nas escolas, é primordial nesse enfrentamento. Esse trabalho busca identificar os direitos inter-relacionados nesse cenário sob o quadro dos direitos humanos. **Objetivo:** Identificar o cenário do direito ao acesso à informação sobre prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens nas escolas. **Procedimentos metodológicos:** Foi realizada uma revisão de escopo usando a estrutura de Arksey e O'Malley. Busca na base de dados bibliográficas Pubmed para identificar estudos sobre a informação sobre HIV entre adolescentes e jovens na escola. O recorte temporal contemplou as publicações entre o período de 2011 a 2022. A busca na base de dados resultou em 1.187 publicações, com produções científicas envolvendo diversos contextos regionais não somente do Brasil, sendo realizada a leitura na íntegra dos 30 artigos selecionados. Para a extração das categorias, utilizou-se do modelo proposto por Gruskin, Mills e Tarantola (2007), seguindo uma lógica dedutiva orientada pelos conceitos da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados. Para análise dos resultados foi utilizado o quadro dos Direitos Humanos. **Resultados:** Os estudos analisados foram realizados entre os anos de 2003 e 2019, devido a intervenção que durou 7 anos e agrupados por continentes: Africano (16 artigos), Asiático (6 artigos), americano (4 estudos), europeu (4 estudos). As populações estudadas incluíram predominantemente estudantes e alguns estudos também professores e informantes-chaves selecionados propositalmente. Poucos estudos informaram a religião, sendo o mais citado, o cristianismo. A maioria dos estudos (23) foram qualitativos. **Discussão:** Após análise dos resultados emergiram quatro categorias: (1) Disponibilidade (oferta de recursos disponíveis pelas escolas aos adolescentes e jovens com relação às informações sobre prevenção ao HIV), (2) Acessibilidade (informações ensinadas para os adolescentes e jovens nas escolas), (3) Aceitabilidade (informações ensinadas para os adolescentes e jovens nas escolas), (4) Qualidade (melhor nível de evidência, de acordo com o padrão ouro da ciência). **Conclusão:** Percebemos lacunas diante do cenário do direito ao acesso à informação sobre prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens nas escolas sendo necessário o debate intersetorial com o governo e sociedade civil. Ações estratégicas e direcionadas ao público jovem são necessárias para que escolas possam colaborar, ainda mais, no desenvolvimento de pessoas conscientes de seus comportamentos e práticas, livres de julgamentos e discriminação, por meio de estratégias culturalmente mais significativas para os adolescentes e jovens.

Palavras-chave: Prevenção HIV, Informação, Educação, Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Tackling HIV has been a global challenge for over 40 years. A large part of society is involved, with great effort, in order to contain the spread of the virus and promote a better quality of life for people living with HIV. The right of access to information on HIV prevention among adolescents and young people in schools is essential in this confrontation. This work seeks to identify the interrelated rights in this scenario within the scope of human rights. **Objective:** To identify the scenario of the right of access to information on HIV prevention among adolescents and young people in schools. **Methodological Procedures:** A scoping review was performed using the Arksey and O'Malley framework. Search the Pubmed bibliographic database to identify studies on HIV information among adolescents and youth in school. The time frame included publications between the period 2011 to 2022. The search in the database resulted in 1,187 publications, with scientific productions involving different regional contexts not only in Brazil, and the full reading of the 30 selected articles was carried out. For the extraction of categories, the model proposed by Gruskin, Mills and Tarantola (2007) was used, following a deductive logic guided by the concepts of availability, accessibility, acceptability, quality and results. To analyze the results, the Human Rights framework was used. **Results:** The analyzed studies were carried out between 2003 and 2019, due to an intervention that lasted 7 years and grouped by continents: African (16 articles), Asian (6 articles), American (4 studies), European (4 studies) . The populations studied predominantly included students and some studies also purposely selected teachers and key informants. Few studies reported religion, the most cited being Christianity. Most studies (23) were qualitative. **Discussion:** After analyzing the results, four categories emerged: (1) Availability (offer of resources available by schools to adolescents and young people regarding information on HIV prevention), (2) Accessibility (information taught to adolescents and young people in schools), (3) Acceptability (information taught to adolescents and young people in schools), (4) Quality (best level of evidence, according to the gold standard of science). **Conclusion:** We perceive gaps in the scenario of the right to access information on HIV prevention among adolescents and young people in schools, requiring an intersectoral debate with the government and civil society. Strategic actions aimed at young people are necessary so that schools can collaborate, even more, in the development of people aware of their behaviors and practices, free from judgments and discrimination, through more culturally significant strategies for adolescents and young people.

Keywords: HIV Prevention, Information, Education, Adolescent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJ	Estatuto da Juventude
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homem que fazem sexo com homem
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecção sexualmente transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PrEP	Profilaxia Pré-exposição ao HIV
PSE	Programa saúde na escola
SPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
YMSM	Jovem homem que fazem sexo com homem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	HIV E ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DO DIREITO À SAÚDE	10
1.2	DIREITOS HUMANOS	15
1.3	DIREITO À INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO AO HIV	18
2	OBJETIVOS	22
3	METODOLOGIA	23
3.1	IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES, SELEÇÃO DOS ESTUDOS	23
3.2	EXTRAÇÃO DE DADOS, CONEXÃO, SÍNTESE E RELATO DOS RESULTADOS.....	29
4	REFERENCIAL TEÓRICO	32
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	36
5.2	CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
5.3	DISPONIBILIDADE	50
5.3.1	Informações disponíveis sobre métodos preventivos	50
5.3.2	Métodos de prevenção desatualizados	51
5.4	ACESSIBILIDADE	52
5.4.1	O papel formativo da escola	52
5.4.2	Necessidade da participação ativa dos adolescentes e jovens	55
5.4.3	Mensagem do medo	55
5.4.4	Relação entre escola e serviço de saúde no acesso à prevenção ao hiv	56
5.5	ACEITABILIDADE	57
5.5.1	Prevenção ou prazer	57
5.5.2	Prevenção ao hiv em segundo plano	59
5.6	QUALIDADE	61
6	CONCLUSÃO	63
7	FINANCIAMENTOS	65
	REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

1.1 HIV E ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DO DIREITO À SAÚDE

No início da década de 1980, a descoberta da epidemia do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) causou grande impacto social, visto que era uma doença grave e mortal em meio a um panorama preconceituoso e estigmatizante entre aqueles que viviam com o vírus (SANTOS; ASSIS, 2011).

No Brasil, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) chegou em 1983 e as primeiras iniciativas governamentais somente aconteceram após grande pressão social de ativistas de São Paulo que lutavam pelos direitos humanos. Em 1990, com a lei 8080¹ houve a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) cujo papel foi fundamental no fortalecimento de ações estratégicas para redução de novos casos por meio da implementação do Programa Nacional de Controle das DST²/AIDS, baseado nos direitos humanos, com base na equidade, inclusão, integridade e contra o preconceito e a discriminação (GRECO, 2016).

O enfrentamento ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem sido um desafio mundial há mais de 40 anos. Nesse período, intensificaram os movimentos sociais que contavam com a participação direta de diferentes setores da sociedade civil, dentre eles: pessoas que viviam com HIV, profissionais da saúde e de outros segmentos, organizações não-governamentais (ONG) e áreas da educação, com o objetivo de reduzir a incidência de novos casos e promover uma melhor qualidade de vida entre aqueles que vivem com HIV (SOUZA, 2004).

A epidemia de HIV conduziu sociedade e Estado à uma nova compreensão de como ocorria a conexão entre a saúde e o direito, através da elaboração de legislações e políticas que estabeleciam limites da responsabilidade dos entes estatais e não estatais, propondo condições de como a prestação de serviços de saúde ocorreriam.

¹A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica de Saúde, determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, estabelecendo, assim, que a saúde é um direito de todos. (BRASIL, 1990)

²A expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) foi substituída pela terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) diante da possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo não apresentando sinais e sintomas.

O primeiro Programa Global de Aids da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1992, foi resultado dos esforços internacionais para combater o HIV na primeira década da epidemia, e propôs a criação de centros de vacinas em quatro países em desenvolvimento (Uganda, Ruanda, Tailândia e Brasil) como parte do esforço global contra a aids.

Em 1993, o Brasil passa a fabricar e distribuir pelo SUS o AZT³, demonstrando assim, a aplicação da política dos direitos sociais e humanos explicitados pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988; GRECO, 2016).

Já em 1996, o Brasil foi um dos primeiros países, a disponibilizar, gratuitamente, tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV em um momento de grande dificuldade no desenvolvimento de medicamentos eficazes e de custo acessível, por meio da política do direito ao acesso aos medicamentos no SUS (GRECO, 2016). Toda essa abordagem envolvia questões de direitos humanos motivadas pela discriminação que afastava as pessoas dos programas de prevenção e atendimento (MANN; TARANTOLA, 1998).

O Brasil teve papel fundamental na aprovação da UNGASS⁴ HIV/AIDS (Declaração de Compromissos sobre o HIV/AIDS) a qual a Organização das Nações Unidas, em 2001, pela primeira vez em sua história, realizou uma Sessão Especial dedicada a um problema específico de saúde pública, tendo como tema a epidemia que era considerada como ameaça real para o mundo (GRECO, 2016).

O Brasil tem sido elogiado internacionalmente pelos grandes avanços no enfrentamento ao HIV. A política de acesso universal à terapia antirretroviral como método preventivo pré-exposição passou a ser disponibilizada pelo SUS a partir de 2017 (GRECO, 2016).

A epidemia de HIV não terminou. A resposta preventiva é, atualmente, concentrada em populações-chave (homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, casais sorodiferentes e pessoas autodeclaradas gays, travestis, mulheres transexuais) que compõem o grupo de maior foco das políticas e programas de prevenção (BRASIL, 2021). É importante considerar que a participação dos cidadãos e dos grupos envolvidos com a luta em defesa dos direitos humanos foi, e

³Zidovudina ou AZT (azidotimidina) é um fármaco utilizado como antiviral, inibidor da transcriptase reversa (inversa).

⁴UNGASS é a sigla em inglês da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas

continua sendo, fundamental para o estabelecimento e manutenção da política pública brasileira em resposta ao HIV (CAMARA, 2002).

De modo a contemplar o direito à saúde, o Brasil incluiu na Constituição Federal de 1988, como princípio basilar, a saúde como direito de todos e dever do Estado, este responsável por resguardá-lo. Nesse sentido, o direito à saúde é definido como parte dos direitos sociais e deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e conduzam à redução do risco de agravos (BRASIL, 1988).

O boletim epidemiológico de 2020 mostrou um aumento alarmante na incidência de novos casos de infecção pelo HIV entre jovens de 15 a 19 anos (BRASIL, 2020). No mundo, os jovens, com idade entre 15 e 24 anos, representam aproximadamente um terço das novas infecções por HIV, sendo, em algumas áreas, as mulheres jovens afetadas de forma desproporcional. Na África Subsaariana, por exemplo, em 2019, entre aqueles com idade acima de 15 anos, as mulheres jovens entre 15 e 24 anos representaram 19% das novas infecções pelo HIV (UNAIDS, 2020).

Nesse momento da fase da adolescência ocorrem muitas transformações, biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, que envolvem descobertas e experimentações de novos comportamentos que podem ser considerados fatores de risco para a saúde, associadas ao desenvolvimento da sexualidade⁵, conceitualmente formada por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais (SÃO PAULO, 2018; HOSEK; HENRY-REID, 2020; MALTA *et al.*, 2014). Segundo Brêtas (2004), pode-se conceituar a sexualidade como algo que se constrói e aprende, sendo parte importante do desenvolvimento da personalidade, podendo interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo.

Os acontecimentos da adolescência influenciam nos aspectos pessoais e nas interações sociais e culturais que refletirão na vida adulta. Diante disso, percepções externas podem sugerir que os adolescentes são incapazes, inconstantes e rebeldes

⁵Segundo Sigmund Freud, a sexualidade é constitutiva da subjetividade humana, logo a sexualidade tem início desde a infância. A criança, desde a mais tenra idade, observa e manifesta curiosidades sobre a sexualidade, já que a criança tem a necessidade de definir seu lugar no mundo, e esse lugar, em princípio, é um lugar sexual. KUPFER, 2007, p. 81).

e por isso, mais vulneráveis à infecção pelo HIV (FONSECA, 2011; OZELLA; AGUIAR, 2008).

Do ponto de vista etário, a adolescência é considerada um conceito biológico que aborda os aspectos do desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, considerando-se, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, adolescência a fase da vida que compreende entre dez anos e 20 anos de idade incompletos. No Brasil, estipula-se a idade dos adolescentes entre 12 e 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990; OMS/OPS, 1985)

Enquanto a juventude trata de um conceito mais sociológico, nesta fase o indivíduo está se preparando para assumir o papel de adulto na sociedade, compreendendo àqueles com idade entre 15 e 24 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde e entre 15 e 29 anos conforme o estipula o Estatuto da Juventude (EJ) (BRASIL, 2013; OMS/OPS, 1985).

Logo, não há um consenso que integre qual faixa etária compreende a adolescência e a juventude e, do mesmo modo, suas particularidades e graus de desenvolvimento que a separam da infância (TAQUETE, 2013).

Ambos os períodos citados são marcados por grandes descobertas e possíveis instabilidades emocionais, que envolvem decisões sobre os aspectos da vida e uma busca constante pela afirmação da personalidade que refletem, em determinados momentos, em comportamentos extremos que podem levar à negligência com os cuidados em saúde (CAVALCANTE; BARROSO, 2008; TOMITA et al., 2001).

Do mesmo modo, a sexualidade é um tema bastante abordado. No entanto, é equivocadamente referida no contexto que divide sujeitos em categorias de identidade, como meninos, meninas, heterossexuais, homossexuais e outros. Na realidade é uma dimensão muito complexa e deve ser compreendida conforme uma completa rede de saberes e poderes sendo o desenvolvimento da sexualidade um aspecto tão importante na adolescência e, diante das diversidades, o direito ao exercício livre da sexualidade deve ser defendido, em vista da construção identitária do adolescente. É nesse momento que são definidos e atribuídos responsabilidades e direitos bem como o modo de proteger tais direitos (FOUCAULT, 1984; LÉON, 2004).

A adolescência se reflete, a nível legal, a partir do princípio constitucional da igualdade, no qual o ECA afirma que crianças e adolescentes passam a ser sujeito de direitos e a contar com uma Política de Proteção Integral e com prioridade absoluta, sem distinção de raça, cor, ou classe social. Como direitos fundamentais, o ECA determina o Direito à Vida e à Saúde; o Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade; o Direito à Convivência Familiar e Comunitária; o Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer; o Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho (BRASIL, 1990).

No entanto, o ECA não expressa em seu texto, o direito à diversidade e à igualdade, nem à comunicação e à liberdade de expressão, sendo esses direitos abordados pelo Estatuto da Juventude (EJ) que dispõe dos direitos dos jovens com forte ênfase na emancipação, autonomia e participação (BRASIL, 2013)⁶.

Esses marcos legais vão muito além do recorte etário no que diz respeito a ser criança, adolescente ou jovem, e expressam o processo de reconhecimento de desigualdades sociais que determinam quem acessará os direitos (CASTRO; MACEDO, 2019).

É necessário, portanto, analisar a situação desses adolescentes e jovens em relação às suas vulnerabilidades, que nos remetem à ideia de fragilidade, capazes de afetar a saúde (FONSECA et al., 2013). Nesse sentido, a compreensão sobre a vulnerabilidade exige a observação de três condições: quem é vulnerável, a que está vulnerável e porque encontra-se vulnerável (PNUD, 2014). Dessa forma, estar em condição vulnerável pressupõe fragilidade diante dos contextos vivenciados. Logo, a vulnerabilidade abrange contextos individuais (referente aos aspectos biológicos, cognitivos e emocionais); sociais (que abrangem os aspectos sociais, econômicos e culturais) e programáticos (referente aos recursos sociais que podem promover proteção, bem-estar físico, psicológico e social) (AYRES et al., 2009; NEVES, 2006).

Portanto, na adolescência⁷, fatores decorrentes da própria faixa etária, independente de qual estatuto seja escolhido, podem contribuir para o aumento da

⁶Importante considerar que já foi superada a sobreposição debatida sobre EJ com o ECA e dessa forma, se aplica o ECA aos adolescentes entre 15 e 18 anos e, excepcionalmente o EJ quando não conflitar com as normas de proteção integral dos adolescentes. (BRASIL, 2013).

⁷Segundo a antropóloga Mead (2001), a adolescência difere radicalmente das sociedades ocidentais e não ocidentais, onde o ponto principal para essa diferenciação é o que ela chama de uma "atitude mental" diante de algumas questões, como nascimento, sexo e morte sendo considerados como "naturais" para os samoanos (população de seu estudo), tidos como "estruturas inevitáveis da

vulnerabilidade, como, por exemplo, a falta de habilidades para a tomada de decisões, a inexperiência em lidar com sentimentos e a responsabilidade frente ao envolvimento em relacionamentos sexuais e afetivos (TAQUETE, 2013).

Diante disso, o acesso à informação sobre prevenção ao HIV nas escolas permite maior conhecimento sobre os direitos à saúde pelos adolescentes e jovens e abre espaço para construção de valores e hábitos que serão refletidos na vida adulta.

1.2 DIREITOS HUMANOS

A conceitualização de saúde é tão ampla como a própria noção de vida que envolve, por um lado, ações de forma global pelo Estado e de outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos. Da mesma forma, determinar o acesso a saúde é bastante complexo, visto que passou a incorporar dimensões menos tangíveis, tanto do sistema de saúde como da população que o utiliza (MCINTYRE; MOONEY, 2007).

Historicamente, a insurgência dos direitos humanos foi a resposta à profunda crise sofrida pelo positivismo jurídico associada à derrota do fascismo na Itália e do nazismo na Alemanha, diante das barbáries ocorridas em nome da lei. Com o pós-guerra, no âmbito do Direito Constitucional, os países passaram a adotar textos constitucionais abertos a princípios, destacando o princípio da dignidade da pessoa humana, como ocorreu no Brasil na Constituição Federal de 1988, tratando-os como princípios fundamentais. Nesse contexto, os direitos humanos foram idealizados com foco para o direito de liberdade, amplamente discutido à época, onde o Estado excedia o uso de seu poder sobre o povo. A partir de então, desenvolveu-se esse dinâmico movimento de direitos humanos estabelecendo parâmetros comuns por meio de tratados e declarações internacionais, sendo, contudo, aquém do desejável, diante da conduta de Estados violadores da implementação dessas regras e princípios estabelecidos. Tempos depois, surgiram os direitos sociais, expondo como dever do Estado a garantia de tais direitos. Após a Segunda Guerra Mundial, em 1948, é criada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (PIOVESAN, 2012; BOBBIO, 2004).

Os direitos humanos operam em defesa dos desiguais, em favor daquelas pessoas que mais necessitam de proteção visando assegurar os direitos dos seres

existência”, em oposição ao aplicado nas sociedades ocidentais como questão “não natural”, gerando assim possíveis conflitos nessa fase da adolescência.

humanos e não dos Estados, tanto nacional como internacionalmente, em toda e qualquer situação, reconhecendo o critério da preferência da norma mais favorável às vítimas entre o direito internacional e o direito interno alinhando um sólido arcabouço jurídico-conceitual juntamente com a realidade institucional e social de cada país. Logo, os direitos humanos tratam dos direitos no plano internacional e os direitos fundamentais tratam no âmbito nacional (PIOVESAN, 2012).

Segundo Bonavides (2000), "nenhum princípio é mais valioso para compendiar a unidade material da Constituição que o princípio da dignidade da pessoa humana"; logo, este princípio unifica e centraliza todo o sistema normativo, reconhecendo como princípio supremo na hierarquia das normas.

Quando um país como o Brasil, se propõe a fundamentar suas relações com base nos Direitos Humanos, a soberania deste Estado ficará submetida às regras jurídicas, utilizando obrigatoriamente a prevalência dos direitos humanos, agindo com flexibilidade e relativização. Como exemplo, a Convenção Americana de Direitos Humanos, também denominada Pacto de San José da Costa Rica, que é o instrumento de maior importância no sistema interamericano que reconhece e assegura uma série de direitos civis e políticos, como garantias judiciais, da liberdade de consciência e religião, de pensamento e expressão, bem como da liberdade de associação e da proteção à família, proibindo a escravidão e a servidão humana, do qual o Brasil faz parte, além dos Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos⁸ e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁹. O ser humano passou então, a elevar-se a categoria de sujeito de direito internacional, lugar até então reservado aos Estados (PIOVESAN, 2012).

De acordo com Piovesan (2017):

“Os sistemas global e regional não são dicotômicos, mas complementares. Inspirados pelos valores e princípios da Declaração Universal, compõem o universo instrumental de proteção dos direitos humanos no plano internacional. Em face desse complexo universo de instrumentos internacionais, cabe ao indivíduo que sofre violação de direito a escolha do aparato mais favorável, tendo em vista que, eventualmente, direitos idênticos são tutelados por dois ou mais instrumentos de alcance global ou regional,

⁸O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos teve por finalidade tornar juridicamente vinculantes os direitos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos criando mecanismos de monitoramento internacional de sua implementação pelos Estados Partes.

⁹O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi um importante marco por ter assegurado os direitos econômicos, sociais e culturais deixando-os de ser meras recomendações, devendo os Estados dispor do máximo de recursos disponíveis para a sua efetivação.

ou ainda, de alcance geral ou especial. Nesta ótica, os diversos sistemas de proteção de direitos humanos interagem em benefício dos indivíduos protegidos”.

Em suma, todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Ser universal define que “a condição de pessoa há de ser o requisito único para a titularidade de direitos, afastada qualquer outra condição”, e indivisível “porque os direitos civis e políticos não de ser somados aos direitos sociais, econômicos e culturais, já que não há verdadeira liberdade sem igualdade e nem tampouco há verdadeira igualdade sem liberdade”, sendo essencialmente complementares e em constante dinâmica de interação. (PIOVESAN, 2003).

Importante considerar que o direito à saúde é reconhecido também como um direito humano que trata da preservação da vida e da dignidade humana e para sua efetivação depende da realização de outros direitos humanos, uma vez que estes estão inter-relacionados com outros direitos como os direitos a não-discriminação, à privacidade, à informação, à segurança pessoal e quando não respeitados ou entendidos, essa violação impacta desfavoravelmente sobre a saúde e sobre a população. Importante considerar o papel do Estado em assegurar e garantir à saúde para todos, trazendo condições para que as pessoas possam ser saudáveis, cuidando assim em promover a promoção e proteção à saúde (MANN, 1996).

Essa ideia de direito à saúde, prevista no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos visa que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar...”, “...à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença...” sendo reafirmada no artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconhecendo que toda pessoa tem o direito a desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, assegurando assim, seu direito à saúde. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948; ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1966).

Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos é vista como um importante marco que trouxe direitos iguais e inalienáveis entre todas as pessoas, onde os Países-Membros, como o Brasil, se comprometeram em promover o respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais do ser humano, independentemente

de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Ou seja, é o princípio da igualdade para o ordenamento jurídico, já contemplado por Aristóteles que o definia como o “tratamento igualitário entre iguais e desigual entre os desiguais, conforme sua desigualdade” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948; COSTA; MARTINS, 2016).

Constata-se, portanto, que o direito à saúde deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas públicas aplicando os direitos humanos.

1.3 DIREITO À INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO AO HIV

Diante da epidemia do HIV, o Brasil implementou políticas e programas que norteiam o cuidado em saúde, como o Plano de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST (Plano de Enfrentamento à Epidemia de AIDS /DST entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis), o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) que faz parte do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, direcionadas ao enfrentamento de suas vulnerabilidades e foram criadas a fim de reduzir a discriminação e o preconceito, e fortalecer os direitos humanos relacionados à saúde (FONSECA et al., 2013; BRASIL, 1996). No entanto, a prevenção em geral é tratada de forma secundária.

A preocupação com a saúde dos adolescentes e jovens guiou a criação das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, em vigor desde 2010 no Brasil, que visa garantir o acesso aos serviços de saúde a fim de reduzir novos casos de HIV, IST e gravidez na adolescência (BRASIL, 2010).

Qualquer pessoa está vulnerável à infecção pelo HIV, dependendo, dentre outros fatores, das premissas individuais, sociais e programáticas (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000). A aplicação de políticas públicas que sejam efetivas quanto as ações para ofertar a esse jovem o cuidado em saúde, passa pela realização de um trabalho de educação continuada com profissionais que atendem esse público, muitas vezes estigmatizados por suas

escolhas, com o objetivo de ampliar o olhar preventivo, dado que, investir no adolescente, pode influenciar de forma positiva o desenvolvimento do País.

Ocorre que, segundo Cohn (2004), diante da necessidade de investimento em setores de saúde e de educação, as políticas públicas para as populações que ainda não estão no mercado de trabalho, como é o caso de alguns adolescentes e jovens¹⁰, ocorrem de forma pontuais e segmentadas não sendo, algumas vezes, regidas pelos direitos sociais.

As ações existentes se tornam insuficientes, inadequadas e ineficazes para atender essa população realmente como sujeitos de direitos, uma vez que necessitam de financiamentos e planejamentos em longo prazo (RUA, 1998; LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006).

O direito à saúde exige a necessidade da existência de mecanismos efetivos, transparentes e acessíveis, de monitoramento e responsabilização nos âmbitos nacional e internacional e só pode ser exercido com a informação, sendo, portanto, necessária a postura do Estado em tornar os programas por todas as pessoas de todas as formas (THIEDE; MCINTYRE, 2008; ONU, 2005).

O direito à informação conflui no direito à saúde, posto que os Estados possuem o dever de respeitar, proteger e cumprir com as suas obrigações decorrentes desse direito humano fundamental. É o direito que toda pessoa tem de receber informações em poder do Estado sobre qualquer assunto (ONU, 2005 MARTINS, 2011).

De acordo com Thiede e McIntyre (2008), a assimetria da informação ocorre quando uma das partes do sistema de saúde possui informações significativas, enquanto a outra parte não as possui suficientemente para usar o sistema de maneira adequada, de modo a atender suas reais necessidades. Diante disso, a redução do acesso à prevenção em saúde pode ser determinada devido ao baixo nível de educação em saúde, sendo a informação fundamental para diminuir a distância entre a oportunidade e a real utilização dos serviços de saúde (SANDERS et al., 2009).

Essa desigualdade da informação em saúde, não deveria ser um problema uma vez que o usuário espera que o sistema de saúde utilize todas as informações buscando o resultado mais favorável. Porém, esse desequilíbrio impossibilita que o usuário exija determinado padrão de cuidado com a sua saúde (ARROW, 1963)

¹⁰Dentre a população economicamente ativa – PEA, composta por 62% de adolescentes e jovens, apenas 26,2% dos jovens de 15 a 24 anos são contribuintes da Previdência Social.

As desigualdades em saúde envolvem discussões sobre políticas públicas em diversos locais do mundo, tendo profunda ligação tanto com os cenários políticos nacionais e internacionais, quanto com a globalização e crescimento econômico (MCINTYRE; MOONEY, 2007).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 em seu artigo 224 garante as articulações de ações públicas para a população jovem, tanto governamentais como não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Para sua efetivação é fundamental o conhecimento e reconhecimento da demanda de crianças e adolescentes a fim de promover e proteger seu desenvolvimento (BRASIL, 1990).

De acordo com Ayres (2002), a Educação em Saúde no Brasil é dominada por perspectivas unidirecionais, centradas na transmissão de informação, tendo como obstáculo, nas lições de Paiva e Ayres (2004), o debate dos defensores da abstinência que propõem o "diga não" (às drogas, ao sexo), baseando-se em valores como castidade, monogamia e "ignorância até o dia da primeira experiência", assim como a falta de espaços para elaboração de planejamentos de ações com base em teorias, definições e princípios pactuados e ainda, ser considerada as políticas de saúde do Brasil no contexto da descentralização do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, equidade e universalidade.

Deve ser considerada também, que as informações referentes ao monitoramento e avaliação das ações programáticas no âmbito estadual nem sempre estão disponíveis de forma organizada e sistematizada, dificultando a avaliação da gestão política das IST/AIDS pelas secretarias estaduais (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006).

A fim de garantir o direito à saúde de adolescentes, em 1989 foi criado o "Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)" que contemplava ações de prevenção e promoção à saúde, com ações voltadas à redução da gravidez na adolescência, uso de álcool e drogas e de infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV (BRASIL, 1996). Buscando ampliar e fornecer capacitação, tanto para os adolescentes da educação básica da rede pública quanto para os gestores e profissionais de educação e saúde, os Ministérios da Saúde e Educação se interligaram e criaram em 2007 o Programa de Saúde na Escola (PSE) visando ações voltadas à prevenção, promoção e atenção à saúde quanto ao consumo excessivo de álcool e drogas, educação

permanente em saúde, bem como saúde sexual e reprodutiva direcionada a adolescentes (BRASIL, 2007).

O acesso à saúde continua sendo amplamente discutido, uma vez que traz a oportunidade de utilização dos serviços de forma que seja permitido seu uso adequadamente. E estar bem-informado resulta do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo (MCINTYRE; MOONEY, 2007). Logo, é importante perceber a influência que a mídia exerce na educação em saúde, como a utilização de campanhas de comunicação de massa a fim de modificar o comportamento em saúde das populações, fazendo com que o indivíduo possua melhores elementos para a tomada de decisão em saúde (WAKEFIELD; LOKEN; HORNIK, 2010).

O cidadão sem a informação que lhe é devida por direito, não se torna capaz de reivindicar seus direitos, prejudicando inclusive o exercício de sua autonomia e de sua cidadania. Quando a pessoa recebe a informação em saúde tem a possibilidade em se tornar ativo e participativo e, assim, exercer efetivamente o seu direito à saúde.

Os adolescentes e jovens têm menos acesso a informações e serviços, se comparados ao público adulto (RODRIGUES et al., 2016). Entre eles, o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV é impactado pelas desigualdades de gênero, raça, situação social, baixa escolaridade, falta de acesso aos programas de saúde e outras razões que evidenciam a urgência de políticas públicas específicas que reduzam a vulnerabilidade ao HIV na população jovem, como por exemplo, ações de educação em saúde nas escolas (RODRIGUES et al., 2016; MENNA; ALI; WORKU, 2015).

Diante disso, a escola é vista como um ambiente oportuno para ações educativas direcionadas à prevenção ao HIV e outras IST, haja vista ser onde adolescentes passam grande parte do dia além de ser o local de formação e construção do conhecimento que os empodera ao desenvolvimento da autonomia no cuidado em saúde (SANTOS et al., 2021).

O direito à prevenção ao HIV busca remover as barreiras legais ao acesso a serviços que reduzam o risco de exposição ao HIV. Nesse sentido, o presente estudo visa identificar o cenário do direito ao acesso à informação sobre a prevenção em HIV entre adolescentes e jovens na escola de forma abrangente, tendo em vista que no Brasil não são vistos estudos tratando da prevenção ao HIV entre adolescentes nas escolas.

2 OBJETIVOS

O objetivo desse estudo é compreender o cenário do direito ao acesso à informação sobre prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens nas escolas¹¹

Os objetivos secundários são:

1. Analisar as informações sobre prevenção ao HIV que estão sendo divulgadas nas escolas;
2. Analisar quais estratégias as escolas utilizam para as informações chegarem aos adolescentes e jovens;
3. Analisar a relevância e compreensão pelos adolescentes e jovens das informações divulgadas.

¹¹Conforme Tabela 1.

3 METODOLOGIA

A revisão de escopo foi a abordagem escolhida para o presente estudo, entre os tipos de revisão de literatura existentes. Consiste em mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento, examinar a extensão, alcance e natureza da investigação, sumarizar e divulgar os dados da investigação e identificar as lacunas de pesquisas existentes (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

Para a estrutura metodológica desse estudo foi utilizado o modelo de Arksey e O'malley (2005) que compreende as seguintes etapas:

- (1) Identificação da pergunta de pesquisa;
- (2) Identificação dos estudos relevantes;
- (3) Seleção dos estudos;
- (4) Extração dos dados;
- (5) Conexão, síntese e relato dos resultados.

De acordo com referencial teórico, as perguntas norteadoras desse trabalho são:

- Quais informações sobre prevenção ao HIV estão disponíveis para os adolescentes e jovens?
- Como as informações sobre prevenção ao HIV estão disponíveis para os adolescentes e jovens?
- A informação sobre prevenção ao HIV é aceitável para universo de adolescentes e jovens?
- Qual a qualidade da informação ensinada com os adolescentes e jovens sobre prevenção ao HIV?

3.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES, SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A identificação das publicações foi realizada na plataforma *Pubmed*, utilizando diversos estudos a fim de dar abrangência ao fenômeno estudado. Para a estratégia de busca foram usados os seguintes descritores: *prevention hiv, information, education, adolescente*.

O recorte temporal contemplou as publicações entre os anos de 2011 a 2022, por ser um lapso temporal significativo no que tange as mudanças ocorridas na

epidemia do HIV que afetaram o aumento da incidência da população de adolescentes e, ainda neste período, houve a diminuição dos programas de educação em sexualidade nas escolas, sendo, portanto, um período crítico no tocante as políticas públicas que envolvem a prevenção ao HIV da população de adolescentes e jovens.

A busca na base de dados resultou em 1.187 publicações, com produções científicas envolvendo diversos contextos regionais não somente do Brasil.

Para a pré-seleção dos artigos, inicialmente foram avaliados o título e o resumo, sendo selecionados 82 artigos, para leitura na íntegra, contando apenas com artigos científicos publicados com texto completo disponível para acesso aberto e nos seguintes idiomas: português, inglês, espanhol e italiano.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: artigos de revisão e artigos que não abordavam o tema desse estudo.

Ao final foram selecionados 30 artigos apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 — Artigos Selecionados

Nº	Continente	Ano Publicação	Autoria	Periódico	Título	País do Estudo
1	ÁFRICA	2022	Barchi F, Ntshebe O, Apps H, Ramaphane P.	Int Nurs Rev	Contraceptive literacy among school-going adolescents in Botswana.	República do Botswana
2	ÁFRICA	2021	Beebwa E, Muzooro C, Ashaba S, Groves S, Atwine F.	Afr Health Sci	Knowledge, attitude, and preferred strategies towards HIV/AIDS prevention among adolescents attending secondary schools in South Western Uganda	República de Uganda
3	ÁFRICA	2020	Mostert K, Sethole KM, Khumisi O, Peu D, Thambura J, Ngunyulu RN, Mulaudzi MF.	Afr Health Sci	Sexual knowledge and practice of adolescent learners in a rural South African school	República da África do Sul

4	ÁFRICA	2020	Elshiekh HF, Hoving C, de Vries H	Arch Sex Behav	Exploring Determinants of Condom Use among University Students in Sudan	República do Sudão
5	ÁFRICA	2019	Zulu JM, Blystad A, Haaland MES, Michelo C, Haukanes H, Moland KM.	Int J Equity Health	Why teach sexuality education in school? Teacher discretion in implementing comprehensive sexuality education in rural Zambia.	República da Zâmbia
6	ÁFRICA	2019	Kemigisha E, Bruce K, Ivanova O, Leye E, Coene G, Ruzaaza GN, Ninsiima AB, Mlahagwa W, Nyakato VN, Michielsen K.	BMC Public Health	Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda.	República de Uganda
7	ÁFRICA	2018	Nacken A, Rehfuess EA, Paul I, Lupapula A, Pfadenhauer LM.	Health Educ Res.	Teachers' competence, school policy and social context-HIV prevention needs of primary schools in Kagera, Tanzania.	República Unida da Tanzânia
8	ÁFRICA	2016	Nubed CK, Akoachere JTK.	BMC Public Health	Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior secondary school students in Fako Division, South West Region, Cameroon.	República de Camarões
9	ÁFRICA	2015	Madiba S, Mokgatle M.	BMC Public Health	Students want HIV testing in schools a formative evaluation of the acceptability of HIV testing and counselling at schools in	República da África do Sul

					Gauteng and North West provinces in South Africa.	
10	ÁFRICA	2015	Cho H, Luseno W, Halpern C, Zhang L, Mbai I, Milimo B, Hallfors DD.	Sex Transm Infect	Discordance of HIV and HSV-2 biomarkers and self-reported sexual behaviour among orphan adolescents in Western Kenya.	República do Quênia
11	ÁFRICA	2015	Sanga, Z., Kapanda, G., Msuya, S. et al.	BMC Public Health	Factors influencing the uptake of Voluntary HIV Counseling and Testing among secondary school students in Arusha City, Tanzania: a cross sectional study.	República Unida da Tanzânia
12	ÁFRICA	2015	Duflo E, Dupas P, Kremer M.	Am Econ Rev	Education, HIV, and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya.	República do Quênia
13	ÁFRICA	2013	Oljira L, Berhane Y, Worku A	J Int AIDS Soc	Assessment of comprehensive HIV/AIDS knowledge level among in-school adolescents in eastern Ethiopia.	República Democrática Federal da Etiópia
14	ÁFRICA	2013	Oppong Asante K, Oti-Boadi M.	Afr Health Sci.	HIV/AIDS knowledge among undergraduate university students: implications for health education programs in Ghana.	República de Gana

15	ÁFRICA	2012	Esau O.	SAHARA J.	'Checkmating HIV&AIDS': Using chess to break the silence in the classroom.	República da África do Sul
16	ÁFRICA	2011	Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C.	Am J Public Health	Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe.	República do Zimbábue
17	AMÉRICA	2018	Raifman J, Beyrer C, Arrington-Sanders R.	LGBT Health	HIV Education and Sexual Risk Behaviors Among Young Men Who Have Sex with Men.	Estados Unidos da América
18	AMÉRICA	2017	Brown LK, Whiteley L, Houck CD, Craker LK, Lowery A, Beausoleil N, Donenberg G.	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry	The Role of Affect Management for HIV Risk Reduction for Youth in Alternative Schools.	Estados Unidos da América
19	AMÉRICA	2017	Wang B, Stanton B, Deveaux L, Lunn S, Rolle G, Adderley R, Poitier M, Koci V, Marshall S, Gomez P.	Implement Sci	Multi-year school-based implementation and student outcomes of an evidence-based risk reduction intervention	Comunidade das Bahamas
20	AMÉRICA	2016	Arbeit MR, Fisher CB, Macapagal K, Mustanski B.	LGBT Health	Bisexual Invisibility and the Sexual Health Needs of Adolescent Girls.	Estados Unidos da América
21	ÁSIA	2020	Inthavong K, Ha LTH, Anh LTK, Sychareun V.	Glob Health Action	Knowledge of safe sex and sexually transmitted infections among high school students, Vientiane Prefecture, Lao PDR.	República Democrática Popular do Laos

22	ÁSIA	2020	Mansor N, Ahmad N, Rahman HA	PLoS One	Determinants of knowledge on sexually transmitted infections among students in public higher education institutions in Melaka state, Malaysia	Federação da Malásia
23	ÁSIA	2013	Thanavanh B, Harun-Or-Rashid M, Kasuya H, Sakamoto J.	J Int AIDS Soc	Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic.	República Democrática Popular do Laos
24	ÁSIA	2013	Shrestha RM, Otsuka K, Poudel KC, Yasuoka J, Lamichhane M, Jimba M.	BMC Public Health.	Better learning in schools to improve attitudes toward abstinence and intentions for safer sex among adolescents in urban Nepal	República Democrática Federal do Nepal
25	ÁSIA	2012	Gao X, Wu Y, Zhang Y, Zhang N, Tang J, Qiu J, Lin X, Du Y.	PLoS One	Effectiveness of school-based education on HIV/AIDS knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China.	República Popular da China
26	ÁSIA	2012	KUDO Y	Japan journal of nursing science	Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information–Motivation–Behavioral Skills model	Estado do Japão

27	EUROPA	2020	Zizza A, Guido M, Recchia V, Grima P, Banchelli F, Tinelli A.	Int J Environ Res Public Health	Knowledge, Information Needs and Risk Perception about HIV and Sexually Transmitted Diseases after an Education Intervention on Italian High School and University Students	República Italiana
28	EUROPA	2018	Mičulková V, Fialová A, Kovačič T, Hamplová L, Veselý D, Hulínský P.	Cent Eur J Public Health	What do Czech adolescents know about HIV?	República Checa
29	EUROPA	2016	Mazzitelli M, Caridà G, Scigliano C, Vallone MC, Pirrò F, Lombardo MR, Clemente G, Bernaudo F, Postorino MC, Strazzulla A, Maselli R, Torti C.	Ann Ist Super Sanita	Knowledge of HIV infection and transmission: a knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP) survey among a sample of students at the "Magna Graecia", University of Catanzaro	República Italiana
30	EUROPA	2015	Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD, Giménez-García C, Kalichman SC	AIDS Behav	What Works Well in HIV Prevention Among Spanish Young People? An Analysis of Differential Effectiveness Among Six Intervention Techniques	Reino da Espanha

3.2 EXTRAÇÃO DE DADOS, CONEXÃO, SÍNTESE E RELATO DOS RESULTADOS

A separação das informações dos artigos considerou os seguintes elementos: ano da publicação, ano de realização, país, população do estudo, idade dos adolescentes e jovens estudados, gênero dos adolescentes, religião, raça, tipos de

escola, tipo do estudo. As informações foram organizadas por meio de planilhas no software Excel® (Microsoft Office 365).

Iniciamos a análise crítica da produção científica sobre o direito ao acesso à informação sobre prevenção ao HIV pelos adolescentes e jovens nas escolas.

Para a extração das categorias, utilizamos o modelo proposto por Gruskin, Mills e Tarantola (2007), trazido pelas Nações Unidas em 2001, seguindo a lógica dedutiva orientada pelos conceitos da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados.

A disponibilidade determina que devem ser oferecidos com a máxima disponibilidade de recursos disponíveis pelos governos, serviços de assistência à saúde assim como bens e instalações, considerando que os serviços de saúde, bens e instalações precisam ser alcançados por todas as pessoas sem qualquer tipo de discriminação. Na acessibilidade devem ser observadas as seguintes dimensões: não discriminação - sem nenhum tipo de proibição e acessível especialmente às populações mais vulneráveis e marginalizadas; acessibilidade física - devem estar ao alcance físico e seguro de toda população especialmente as mais vulneráveis e marginalizadas; acessibilidade econômica; acessibilidade de informação - não se restringe a ter informações pessoais de saúde tratadas com confidencialidade e sim ter o direito a procurar, receber e comunicar informações e ideias relativas a assuntos de saúde. No tocante a aceitabilidade é fundamental que as instalações, bens e serviços de saúde estejam culturalmente e eticamente apropriados às populações a serem atendidas, respeitando sua tradição cultural. A qualidade diz respeito a forma apropriada do ponto de vista científico e médico dos bens, serviços de saúde e instalações, devendo ser de ótima qualidade (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007; PAIVA, 2011).

Desse modo, foram desenvolvidas as seguintes categorias:

Na categoria 1 - será abordado sobre a disponibilidade da informação, na qual serão relatadas quais informações sobre prevenção ao HIV estavam disponíveis para os adolescentes e jovens na escola, como conhecimento sobre HIV, formas de transmissão e métodos de prevenção.

Na categoria 2 - será abordado sobre quais informações são ensinadas para os adolescentes e jovens nas escolas bem como quais as fontes de informações são disponibilizadas para eles bem como as estratégias didáticas utilizadas pela escola.

Na categoria 3 - será abordado sobre a forma como as informações sobre a prevenção ao HIV para os adolescentes e jovens são culturalmente aceitáveis para o universo deles.

Na categoria 4 - será abordada sobre a qualidade das informações sobre prevenção ao HIV disponibilizadas aos adolescentes e jovens, de acordo com o padrão ouro da ciência.

A análise desses dados se dará por meio do quadro dos direitos humanos cuja explicação se dará na continuação, no referencial teórico.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A abordagem do direito ao acesso à informação sobre a prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens será realizada por meio do quadro teórico dos direitos humanos, como mencionado anteriormente, uma vez que trata da dignidade da pessoa humana, seu bem-estar e a promoção da saúde. Dessa forma, busca-se unir as esferas dos conhecimentos técnicos, científicos e metodológicos a fim de desenvolver ações que permitam o alcance das medidas de prevenções ao HIV entre adolescentes no ambiente escolar (CHILTON; ROSE, 2009).

Dentro da estrutura dos direitos humanos, o direito ao acesso à informação sobre prevenção do HIV entre adolescentes e jovens está diretamente relacionado com outros direitos, como à saúde, à educação e a não discriminação (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Atualmente o acesso à informação sobre as medidas preventivas do HIV é entendido como expressão de dois direitos: o direito à saúde e o direito a não discriminação, sendo importante observar que esses direitos estão interligados, ou seja, quando há a violação de um desses direitos, provavelmente, poderá ocorrer a violação do outro de forma direta ou indireta (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007).

Diante disso, o acesso à informação deve ser compreendido muito além dos direitos humanos, posto que é considerado como instrumento para a defesa, o monitoramento e a efetividade de outros direitos, particularmente das populações mais vulneráveis (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007).

Entendendo, de acordo com Ayres et al. (2003), a vulnerabilidade como um movimento que considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento devido a um conjunto de aspectos tanto individuais, coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Por sua vez o direito à saúde é a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, além de acesso universal e igualitário a todas as pessoas aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo o desenvolvimento e individualidade do ser humano (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007).

Estar bem-informado resulta do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo (MCINTYRE; MOONEY, 2007) sendo necessário conhecimento acerca de como usar os serviços de saúde para tomar as melhores decisões para si.

É necessário considerar que a percepção de saúde e doença é individual e que essa subjetividade implica nos critérios de escolha da pessoa no contexto de cuidados em saúde, bem como suas preferências, que implicarão nas escolhas realizadas em relação à sua saúde, pois quanto maior o conhecimento das opções disponíveis, maior a possibilidade de escolha. Essa trajetória se torna possível por meio da educação (THIEDE; MCINTYRE, 2008; PERLOW, 2010).

Para compreensão dessa análise, entre os princípios transversais estão: a responsabilização governamental, participação social, atenção às populações vulneráveis, não discriminação e fortalecimento das políticas públicas (CHILTON; ROSE, 2009). À vista disso, esse quadro teórico se mostra como um caminho promissor para enfrentar as demandas relacionadas ao direito do acesso à informação sobre a prevenção do HIV entre adolescentes e jovens nas escolas.

Logo, a Declaração dos Direitos Humanos consolidou a liberdade de informação como um direito fundamental e, dessa forma, a Organização dos Estados Americanos visa assegurar que todas as pessoas tenham direito ao acesso à informação respeitado, sendo dever do Estado a iniciativa em divulgar e disseminar as informações essenciais e de interesse público a todos os cidadãos, defendendo que o exercício desse direito do cidadão não deve estar sujeito a demonstração de interesse específico (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948; OEA, 1969).

A ausência de acesso a cuidados eficazes para a maioria das pessoas que vivem com alguma doença nos países pobres também pode ser considerada como violação dos direitos humanos, visto que estes são incontestáveis na prestação de cuidados bem como da implementação de programas de saúde pública. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Os elementos centrais das abordagens que se baseiam em direitos incluem analisar as leis e políticas utilizadas pelos programas, integrando sistematicamente os princípios fundamentais de direitos humanos, como participação, não discriminação, transparência e responsabilidade nas respostas de políticas e programas, enfocando assim, os princípios transversais do direito à saúde, sendo eles: disponibilidade,

acessibilidade, aceitabilidade e qualidade ao definir padrões para a prestação de serviços em saúde (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007).

O direito à saúde, por se tratar de um direito inclusivo, se estende para além do cuidado em saúde propriamente dito, pois se trata, também, do acesso à educação e informação relativa à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Logo, esse direito está inter-relacionado com os direitos humanos, sem se tornar superior ou inferior, mas sim equivalentes no que diz respeito a sua importância (PAIVA, 2011).

A ideia de direito à saúde aparece desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, em artigo 25, sendo trazido como um direito fundamental a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, sendo seu objetivo universal sua realização no mais elevado nível possível realizado por meio de ações dos setores como sociais e econômicos, além, é claro, do setor de saúde (BRASIL, 2004).

De forma mais articulada, a "saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que leve a viver uma vida digna", mostrando essa inter-relação e interdependência com outros direitos, incluindo os direitos à educação, à dignidade humana, à vida, a não-discriminação, à igualdade, à privacidade, ao acesso à informação (BRASIL, 2004).

Logo, o direito à saúde envolve diversos fatores socioeconômicos com o fim de possibilitar que as pessoas tenham uma vida saudável, contendo diversas liberdades, como o direito de controlar sua própria saúde e corpo, liberdade sexual e reprodutiva, assim como prerrogativas, incluindo o direito a um sistema de proteção à saúde que ofereça igualdade de oportunidades para as pessoas usufruírem o mais alto nível de saúde sustentável (BRASIL, 2004).

Considerando o direito à saúde como um direito inclusivo deve ser interpretado como a realização pelos governos e por meio de assistência e cooperação internacional, que tenham o máximo de recursos disponíveis a fim de alcançar progressivamente a completa realização dos direitos à saúde.

A relação entre direitos humanos e saúde foi estabelecida inicialmente pelo Dr. Jonathan Mann, primeiro coordenador do programa de aids da Organização Mundial da Saúde (OMS) na qual tanto o modelo dos direitos humanos como da saúde pública poderia realizar a promoção da justiça social e ainda estabelecer os parâmetros de saúde num movimento global, trazendo como conceito-chave a salvaguarda da

dignidade das pessoas; a promoção da equidade ou não-discriminação; e a participação dos indivíduos e grupos nas questões que os afetam (BRASIL, 2004).

Dentre as estruturas que trabalham com direitos humanos e saúde proposta por Gruskin e Tarantola (2008) está a abordagem de sistemas programáticos sugeridos que traz a implementação de direitos por meio de programas de saúde envolvendo o desenho, implementação, o monitoramento e a avaliação de programas de saúde. Nesse sistema, deve ser observado como a garantia de atenção à participação de comunidades são afetadas, a não discriminação na forma como as políticas e programas são conduzidos, como ocorre a atenção ao contexto legal e político na implementação dos programas, a transparência na forma como as prioridades são definidas e a responsabilização jurídica pelos resultados.

Com isso, o conceito de "abordagem de saúde baseada em direitos" apresenta uma diversidade de entendimentos e é entendida por Gruskin e Tarantola (2008) como a observação de "sinergias e conflitos de decisão entre saúde e direitos humanos e trabalhar em um sistema de transparência e responsabilização de modo a alcançar o mais alto padrão de saúde possível", trazendo como princípios centrais a não discriminação, igualdade e participação genuína das comunidades afetadas.

Por ser tão importante e fundamental para as pessoas e a sociedade, a Organização das Nações Unidas (1948) traz a definição sobre o Entendimento Comum da Abordagem Baseada nos Direitos Humanos para o Desenvolvimento, visando promover a implementação dos direitos humanos conforme preconizado pela Declaração Universal de Direitos humanos, na busca de padrões de direitos humanos no planejamento de programas para desenvolvimento em todos os setores e o desenvolvimento de capacidade "daqueles que têm deveres" cumprirem suas obrigações e/ou de os "sujeitos de direitos" reivindicarem seus direitos.

Desse modo a utilização dos padrões de direitos humanos nos sistemas de saúde deve ser analisada pela sua disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados entre os diferentes grupos populacionais (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007).

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionadas 30 publicações que abordaram a respeito do acesso à informação sobre a prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens nas escolas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Os estudos sobre a temática, após serem lidos exhaustivamente, foram caracterizados conforme Tabela 2.

Tabela 2 — Caracterização dos estudos

N ^a	Autoria	Ano Publicação	Ano Realização	País do Estudo	População do Estudo	Idade	Gênero	Religião	Raça	Tipos de escola	Tipo do estudo	Tipo do estudo
1	Barchi F, Ntshebe O, Apps H, Ramaphane P.	2022	2020	República do Botsuana	alunos matriculados em cinco clubes ARK baseados em escolas	entre 14 e 19 anos	feminino/masculino	não informado	não informado	secundária pública	transversal	quantitativo
2	Beebwa E, Muzoora C, Ashaba S, Groves S, Atwine F.	2021	não informado	República de Uganda	adolescentes	entre 12 e 19 anos	feminino/masculino	não informado	não informado	secundária pública e privada	grupo focal	qualitativo
3	Mostert K, Sethole KM, Khumisi O, Peu D, Thambura J, Ngunyulu RN, Mulaudzi MF.	2020	não informado	República da África do Sul	aprendizes	entre 12 e 18 anos	feminino/masculino	cristianismo	não informado	secundária rural	transversal	quantitativo
4	Elshiekh HF, Hoving C, de Vries H	2020	2014	República do Sudão	30 estudantes universitários	entre 18 a 24 anos	feminino/masculino	não informado	não informado	universitária	estudo de caso	qualitativo

5	Zulu JM, Blystad A, Haaland MES, Michelo C, Haukanes H, Moland KM.	2019	2017	República da Zâmbia	18 professores das séries 5- 12 de seis escolas	não informa do	não informado	não informado	não informa do	primária e secundária	estudo de caso	qualitativo
6	Kemigisha E, Bruce K, Ivanova O, Leye E, Coene G, Ruzaaza GN, Ninsiima AB, Mlahagwa W, Nyakato VN, Michielsen K.	2019	2016/2017	República de Uganda	1.096 adolescentes, alunos, professores e pais	entre 9 e 12 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	primária, rural	estudo randomiza do e grupo focal	misto
7	Nacken A, Rehfuess EA, Paul I, Lupapula A, Pfadenha uer LM.	2018	2016	República Unida da Tanzânia	20 alunos, 15 professores e 7 informantes- chave	idade média de 13 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	primária, urbana e rural	grupo focal	qualitativo

8	Nubed CK, Akoacher e JTK.	2016	2014	República de Camarões	464 estudantes	entre 13 a 25 anos	feminino/masculino	cristianismo	não informado	secundária	transversal	quantitativo
9	Madiba S, Mokgatle M.	2015	2013	República da África do Sul	2.970 estudantes do 10º ao 12º ano	entre 14 e 27 anos	feminino/masculino	não informado	não informado	secundária, rural e urbanas	transversal	quantitativo
10	Cho H, Luseno W, Halpern C, Zhang L, Mbai I, Milimo B, Hallfors DD.	2015	2011	República do Quênia	837 adolescentes órfãos	entre 15 e 18 anos	feminino/masculino	não informado	não informado	primária	ensaio clínico	quantitativo
11	Sanga, Z., Kapanda, G., Msuya, S. et al.	2015	não informado	República Unida da Tanzânia	400 alunos	entre 13 e 24 anos	feminino/masculino	cristianismo	africana	secundária, pública e privada, religiosa	transversal	quantitativo

1 2	Duflo E, Dupas P, Kremer M.	2015	2003	República do Quênia	adolescentes	idade média entre 13,5 e 20,5 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	primária	coorte	quantitativo
1 3	Oljira L, Berhane Y, Worku A	2013	não informado	República Democráti ca Federal da Etiópia	2.766 alunos	entre 14 e 19 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	secundária	transversal	quantitativo
1 4	Oppong Asante K, Oti-Boadi M.	2013	não informado	República de Gana	324 estudantes universitários	média de 23 anos de idade	feminino/ masculino	cristianismo	não informa do	universitária, privada	transversal	quantitativo
1 5	Esau O.	2012	não informado	República da África do Sul	29 alunos	não informa do	não informado	não informado	não informa do	primária	Pesquisa- ação	qualitativo
1 6	Hallfors D, Cho H, Rusakanik o S, Iritani B, Mapfumo	2011	2007	República do Zimbábue	329 meninas	entre 10 e 16 anos	feminino	não informado	não informa do	primária, rural, secundária	ensaio clínico	quantitativo

	J, Halpern C.											
17	Raifman J, Beyrer C, Arrington-Sanders R.	2018	2011/2013	Estados Unidos da América	30.617 adolescentes do sexo masculino	entre 13 e 24 anos	Homens que fazem sexo com homens (HSH), homens que fazem sexo apenas com mulheres (MSW), e jovens HSH (YMSM)	não informado	branca	não informado	transversal	quantitativo
18	Brown LK, Whiteley L, Houck CD, Craker LK, Lowery A, Beausoleil N, Donenberg G.	2017	não informado	Estados Unidos da América	estudantes de escolas alternativas para alunos com problemas emocionais ou comportamentais	entre 13 e 19 anos	feminino/masculino	não informado	branca	escola alternativa para problemas comportamentais e emocionais	ensaio clínico	quantitativo

19	Wang B, Stanton B, Deveaux L, Lunn S, Rolle G, Adderley R, Poitier M, Koci V, Marshall S, Gomez P.	2017	2011 a 2014	Comunidade das Bahamas	208 professores da 6ª série, 75 da 7ª série e 58 da 8ª série e 4.411 alunos inicialmente na 6ª série	média de 10,4 anos	feminino/masculino	não informado	não informado	primária e secundária	intervenção	quantitativo
20	Arbeit MR, Fisher CB, Macapaga I K, Mustanski B.	2016	2015	Estados Unidos da América	jovens de minorias sexuais e de gênero, incluem mulheres cisgênero com atração por homens e mulheres, comportamento sexual anterior com parceiros masculinos e femininos e/ou identidade bissexual. Quarenta meninas adolescentes de 14 a 17 anos	entre 14 e 17 anos	homens cisgêneros, homens transgêneros e jovens com identidades de gênero não binárias, nenhum dos quais foi incluído nas presentes análises devido ao foco nas meninas.	não informado	branca	sem informação	estudo randomizado e grupo focal	misto

2 1	Inthavong K, Ha LTH, Anh LTK, Sychareu n V.	2020	2019	República Democráti ca Popular do Laos	337 alunos	entre 14 e 20 anos	feminino/ masculino	não informado	Lao	secundária	transversal	quantitativo
2 2	Mansor N, Ahmad N, Rahman HA	2020	2018/2019	Federação da Malásia	600 estudantes	entre 18 e 30 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	universitária	transversal	quantitativo
2 3	Thanavan h B, Harun-Or- Rashid M, Kasuya H, Sakamoto J.	2013	2010	República Democráti ca Popular do Laos	300 estudantes do sexo masculino solteiros	entre 16 e 19 anos	somente estudante s do sexo masculino	budismo	não informa do	secundária	transversal	quantitativo
2 4	Shrestha RM, Otsuka K, Poudel KC, Yasuoka J, Lamichha ne M, Jimba M.	2013	2010	República Democráti ca Federal do Nepal	634 alunos do 9º e 10º anos	média de 15,1 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	urbana	transversal	quantitativo

2 5	Gao X, Wu Y, Zhang Y, Zhang N, Tang J, Qiu J, Lin X, Du Y.	2012	2011	República Popular da China	1.468 alunos	entre 11 e 18 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	secundária	coorte	quantitativo
2 6	KUDO Y	2012	não informado	Estado do Japão	jovens	média de 17 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	secundária, universitária, pública e privada	transversal	quantitativo
2 7	Zizza A, Guido M, Recchia V, Grima P, Banchelli F, Tinelli A.	2020	2018/2019	República Italiana	230 estudantes	entre 15 e 24 anos	feminino/ masculino	cristianismo	não informa do	secundária e universitária	coorte	quantitativo
2 8	Mičulková V, Fialová A, Kovačič T, Hamplová L, Veselý D, Hulínský P.	2018	2015	República Checa	1.627 adolescentes	entre 13 e 15 anos	feminino/ masculino	não informado	não informa do	primária	transversal	quantitativo

29	Mazzitelli M, Caridà G, Scigliano C, Vallone MC, Pirrò F, Lombardo MR, Clemente G, Bernaudo F, Postorino MC, Strazzulla A, Maselli R, Torti C.	2016	não informado	República Italiana	estudantes	entre 18 e 20 anos	feminino/masculino	muçulmano	malaia	universitária	transversal	quantitativo
30	Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD, Giménez-García C, Kalichman SC	2015	não informado	Reino da Espanha	239 jovens	entre 18 a 25 anos	feminino/masculino	não informado	não informado	secundária, urbana	transversal	quantitativo

Os estudos analisados foram realizados entre os anos de 2003 e 2019 devido a intervenção que foi realizada durante 7 anos, iniciando em 2003, cujo estudo foi publicado em 2011. Os estudos foram agrupados por continentes, sendo que a maior parte deles, dezesseis artigos, concentra-se no continente africano, especificamente nos países pertencentes à África Subsaariana, como República da África do Sul, República do Botsuana, República de Camarões, República Democrática Federal da Etiópia, República de Gana, República do Quênia, República Unida da Tanzânia, República de Uganda, República da Zâmbia, República do Zimbábue (BEEBWA *et al.*, 2021; DUFLO; DUPAS; KREMER, 2015; NACKEN *et al.*, 2018; HALLFORS *et al.*, 2011; BARCHI *et al.*, 2022; NUBED; AKOACHERE, 2016; OPPONG ASANTE; OTI-BOADI, 2013; ZULU *et al.*, 2019; KEMIGISHA *et al.*, 2019; SANGA *et al.*, 2015; CHO *et al.*, 2015; ELSHIEKH; HOVING; DE VRIES, 2020; MADIBA; MOKGATLE, 2015; MOSTERT *et al.*, 2020; ESAU, 2012), por ser a região mais gravemente afetada pela epidemia de HIV do mundo com mais de dois terços de todas as pessoas vivendo com HIV (UNAIDS, 2020). O restante encontra-se entre: o continente asiático, seis estudos, realizados na República Democrática Popular do Laos (INTHAVONG *et al.*, 2020; THANAVANH *et al.*, 2013), na República Popular da China (GAO *et al.*, 2012), no Estado do Japão (KUDO, 2012), na Federação da Malásia (MANSOR; AHMAD; RAHMAN, 2020) e na República Democrática Federal do Nepal (SHRESTHA *et al.*, 2013); o continente americano, quatro estudos, sendo três nos Estados Unidos da América (RAIFMAN; BEYRER; ARRINGTON-SANDERS, 2018; ARBEIT *et al.*, 2016; BROWN *et al.*, 2017) e um na Comunidade das Bahamas (WANG *et al.*, 2017); o continente europeu, quatro estudos, na República Italiana (ZIZZA *et al.*, 2021; MAZZITELLI *et al.*, 2016), no Reino da Espanha (BALLESTER-ARNAL *et al.*, 2015) e na República Checa (MIČULKOVÁ *et al.*, 2018).

As populações estudadas incluíram, predominantemente, estudantes, professores e informantes-chaves. No caso dos informantes-chaves, estes selecionados propositalmente, pois deveriam ser capazes de fornecer percepções aprofundadas em relação ao projeto de uma futura intervenção de HIV baseada na escola, sendo eles: dois diretores de escolas primárias, um especialista do governo regional em HIV, um representante do setor de saúde preocupado com HIV/AIDS, um profissional para intervenções não governamentais de prevenção de HIV e dois

funcionários em cargos de liderança na organização não governamental *Jambo Bukoba e.V.* (NACKEN et al., 2018); no estudo Zulu et al. (2019) foram apenas professores; no estudo Kemigisha et al. (2019) foram estudantes, professores e pais; no estudo Wang et al. (2017) foram professores e alunos.

Os estudantes tinham idade entre 10 e 25 anos, sendo grande parte com idade entre 15 e 19 anos como nos estudos Zizza et al. (2021), Raifman, Beyrer e Arrington-sanders (2018), Duflo, Dupas e Kremer (2015), Nacken et al. (2018), Madiba e Mokgatle (2015), Barchi et al. (2022), Brown et al. (2017), Inthavong et al. (2020), Nubed e Akoachere (2016), Oppong Asante e Oti-boadi (2013), Shrestha et al. (2013), Sanga et al. (2015). Esses adolescentes estudavam em escolas primárias como nos estudos Duflo, Dupas e Kremer (2015), Nacken et al. (2018), Gao et al. (2012), Mičulková et al. (2018), Hallfors et al. (2011), Esau (2012), Zulu et al. (2019), Kemigisha et al. (2019), Wang et al. (2017), Cho et al. (2015), secundárias nos estudos Zizza et al. (2021), Beebwa et al. (2021), Gao et al. (2012), Madiba e Mokgatle (2015), Hallfors et al. (2011), Mostert et al. (2020), Barchi et al. (2022), Inthavong et al. (2020), Nubed e Akoachere (2016), Thanavanh et al. (2013), Zulu et al. (2019), Ballester-arnal et al. (2015), Kudo (2012), universitárias nos estudos Zizza et al. (2021), Oppong Asante e Oti-boadi (2013), Mazzitelli et al. (2016), Mansor, Ahmad e Rahman (2020), Kudo (2012), Elshiekh, Hoving e De Vries (2020) e uma escola alternativa para alunos com problemas emocionais ou comportamentais no estudo Brown et al. (2017). Os estudos não citaram quais eram os tipos de escolas, apenas os estudos Beebwa et al. (2021), Oppong Asante e Oti-boadi (2013), Sanga et al. (2015), Kudo (2012) citaram ser públicas e privadas, o estudo Wang et al. (2017) foi realizado em escola pública e o estudo Sanga et al. (2015) utilizou as escolas religiosas. As escolas eram localizadas em área urbana nos estudos Nacken et al. (2018), Madiba e Mokgatle (2015), Shrestha et al. (2013), Ballester-arnal et al. (2015) e em área rural nos estudos Nacken et al. (2018), Madiba e Mokgatle (2015), Hallfors et al. (2011), Mostert et al. (2020), Kemigisha et al. (2019), não sendo informado em grande parte dos estudos.

O critério de seleção da população dos estudos quanto ao gênero foram, em sua maioria, masculino e feminino como nos estudos Zizza et al. (2021), Beebwa et al. (2021), Duflo, Dupas e Kremer (2015), Nacken et al. (2018), Gao et al. (2012),

Mičulková *et al.* (2018), Madiba e Mokgatle (2015), Mostert *et al.* (2020), Barchi *et al.* (2022), Brown *et al.* (2017), Inthavong *et al.* (2020), Nubed e Akoachere (2016), Oppong Asante e Oti-boadi (2013), Kemigisha *et al.* (2019), Shrestha *et al.* (2013), Sanga *et al.* (2015), Wang *et al.* (2017), Cho *et al.* (2015), Mazzitelli *et al.* (2016), Mansor, Ahmad e Rahman (2020), Kudo (2012), Elshiekh, Hoving e De Vries (2020), Ballester-arnal *et al.* (2015); os estudos (HALLFORS *et al.*, 2011; ARBEIT *et al.*, 2016) abordaram somente o sexo feminino e os estudos (RAIFMAN; BEYRER; ARRINGTON-SANDERS, 2018; THANAVANH *et al.*, 2013) somente o sexo masculino. O estudo Raifman, Beyrer e Arrington-sanders (2018) adotou como critério de seleção os grupos: homens que fazem sexo com homens, homens que fazem sexo apenas com mulheres e jovens homens que fazem sexo com homens. O estudo Arbeit *et al.* (2016) analisou a população de jovens bissexuais femininas.

Poucos informaram a religião da população de seus estudos, sendo o cristianismo citado como maioria nos estudos Zizza *et al.* (2021), Mostert *et al.* (2020), Nubed e Akoachere, Oppong Asante e Oti-boadi (2013), Sanga *et al.* (2015), muçulmano no estudo (MAZZITELLI *et al.*, 2016) e budismo no estudo Thanavanh *et al.* (2013).

Com relação a raça/etnia da população dos estudos, apenas os estudos Raifman, Beyrer e Arrington-sanders (2018), Arbeit *et al.* (2016), Brown *et al.* (2017) citaram que a população se identificou como branca, no estudo Inthavong *et al.* (2020) com a etnia Lao, no estudo Sanga *et al.* (2015) como africana¹², no estudo (MAZZITELLI *et al.*, 2016) com a etnia malaia.

Quanto à metodologia, os estudos Zizza *et al.* (2021), Raifman, Beyrer e Arrington-sanders (2018), Duflo, Dupas e Kremer (2015), Gao *et al.* (2012), Mičulková *et al.* (2018), Madiba e Mokgatle (2015), Hallfors *et al.* (2011), Mostert *et al.* (2020), Barchi *et al.* (2022), Brown *et al.* (2017), Inthavong *et al.* (2020), Nubed e Akoachere (2016), Oljira, Berhane e Worku (2013), Thanavanh *et al.* (2013), Oppong Asante e Oti-boadi (2013), Shrestha *et al.* (2013), Sanga *et al.* (2015), Wang *et al.* (2017), Cho *et al.* (2015), Mazzitelli *et al.* (2016), Mansor, Ahmad e Rahman (2020), Kudo (2012), Ballester-arnal *et al.* (2015) foram quantitativos, totalizando 23; os

¹²Devemos notar que africano embora não seja raça e etnia está colocado no estudo de Sanga como raça e etnia.

estudos Beebwa et al. (2021), Nacken et al. (2018), Esau (2012), Zulu et al. (2019), Elshiekh, Hoving e De Vries (2020) foram qualitativos totalizando cinco; os estudos Arbeit et al. (2016), Kemigisha et al. (2019) utilizaram métodos mistos, totalizando dois estudos.

Nos estudos quantitativos, os métodos utilizados foram: transversal nos estudos Mostert et al. (2020), Barchi et al. (2022), Inthavong et al. (2020), Oljira, Berhane e Worku (2013), Thanavanh et al. (2013), Opping Asante e Oti-boadi (2013), Shrestha et al. (2013), Sanga et al. (2015), Mazzitelli et al. (2016), Mansor, Ahmad e Rahman (2020), Kudo (2012), Ballester-arnal et al. (2015), Madiba e Mokgatle (2015), Mičulková et al. (2018), Nubed e Akoachere (2016), Raifman, Beyrer e Arrington-sanders (2018); coorte no estudo Duflo, Dupas e Kremer (2015), Zizza et al. (2021), Gao et al. (2012); ensaio clínico nos estudos Hallfors et al. (2011), Brown et al. (2017), Cho et al. (2015). O estudo Wang et al. (2017) usou o método de intervenção.

Os métodos utilizados nos estudos qualitativos foram: grupo focal nos estudos Beebwa et al. (2021), Nacken et al. (2018). A estratégia de pesquisa ação foi realizado por Esau (2012). Por sua vez, o estudo de caso por meio de entrevistas em profundidade foi realizado pelos estudos Zulu et al. (2019), Elshiekh, Hoving e De Vries (2020).

Os estudos Arbeit et al. (2016) e Kemigisha et al. (2019) utilizaram métodos mistos sendo as abordagens usadas o estudo randomizado e o grupo focal.

5.2 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Após análise dos resultados emergiram quatro categorias: (1) Disponibilidade, (2) Acessibilidade, (3) Aceitabilidade, (4) Qualidade. A Tabela 3 apresenta a seguir:

Tabela 3 — Categorias para análise dos resultados

Categoria	Síntese dos resultados
Quais informações sobre a prevenção ao HIV estão disponíveis para os adolescentes e jovens?	Informações disponíveis sobre métodos preventivos
	Métodos de prevenção desatualizados
	O papel formativo da escola

Como as informações sobre prevenção ao HIV estão acessíveis para os adolescentes e jovens?	Necessidade da participação ativa dos adolescentes e jovens
	Mensagem do medo
	Relação entre escola e serviço de saúde no acesso à prevenção ao HIV
A informação sobre prevenção ao HIV é aceitável para o universo de adolescentes e jovens?	Prevenção ou prazer
	Prevenção ao HIV em segundo plano
Qual a qualidade da informação compartilhada com os adolescentes e jovens sobre prevenção ao HIV?	Melhor nível de evidência

5.3 DISPONIBILIDADE

Disponibilidade discorre sobre a oferta de recursos disponíveis pelas escolas aos adolescentes e jovens com relação às informações sobre prevenção ao HIV. Aqui, buscamos identificar quais informações sobre prevenção ao HIV estavam disponíveis para os adolescentes e jovens na escola, como conhecimento sobre HIV, métodos preventivos, formas de transmissão.

5.3.1 INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS SOBRE MÉTODOS PREVENTIVOS

Nossos resultados mostraram que as informações disponíveis sobre a prevenção ao HIV para os adolescentes e jovens nas escolas abordavam apenas alguns métodos preventivos, como a abstinência e o preservativo.

Magno et al. (2022) apresenta que os temas mais frequentemente abordados em ambiente escolar são gravidez e prevenção à IST. Desse modo, nossos resultados corroboram com essas informações e mostram a necessidade de maior abrangência de assuntos que impactem numa maior disponibilidade acerca de métodos preventivos à infecção pelo HIV.

De acordo com Artigo XIX da Declaração Universal dos Direitos Humanos, todo ser humano tem direito a receber e transmitir informações, especialmente sobre

assuntos relacionados à saúde, inclusive os adolescentes e jovens como preceitua o artigo 71 do ECA e do EJ. Já a Convenção Americana sobre Direitos Humanos apresenta em seu artigo 13, corroborando com esse direito, a garantia de liberdade de informação disposta pela Organização dos Estados Americanos (1969).

Assim, a legislação existente define a forma adequada dos direitos dos adolescentes e jovens porém, o Estado tem o dever de garantir à saúde aos cidadãos de forma plena, incluindo o direito à informação. Nesse sentido, podemos afirmar que os dados acerca da disponibilidade de informação sobre dos métodos preventivos ao HIV são apresentados, na escola, de maneira incompleta para os adolescentes e jovens pois abordam somente uma fração pequena diante das opções existentes, evidenciando a lacuna presente na abordagem da educação de adolescentes e jovens.

Dessa forma, se torna necessário incluir no programa de educação em sexualidade na escola todas as informações pertinentes à prevenção ao HIV para os adolescentes e jovens, garantindo assim, seu direito de escolher o método preventivo que entender adequado para seu momento atual de vida.

Nossos resultados mostraram que os adolescentes têm dificuldade em identificar corretamente as formas de prevenção do HIV.

De acordo com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS, o grupo de jovens entre 15 e 24 anos tem menor entendimento sobre as formas de transmissão do HIV quando comparados a adultos. Nossos resultados se assemelham aos supracitados e induzem que a forma de dispor informações para os mais jovens deve ser revista e reestruturada de maneira adequada, que permita entendimento e compreensão dos temas abordados entre os adolescentes.

5.3.2 MÉTODOS DE PREVENÇÃO DESATUALIZADOS

Desde o início da epidemia do HIV, a sociedade passou por diversas transformações e houve grande evolução científica e médica no mundo que conduziram para a criação de diferentes métodos preventivos à infecção pelo HIV.

De acordo com nossos dados, os métodos de prevenção ao HIV apresentados para os adolescentes e jovens nas escolas foram os mesmos desde o início da epidemia de HIV.

O estudo apontou a abstinência sexual e uso de preservativo como os métodos de prevenção ao HIV presentes desde o início da epidemia. Atualmente existem diferentes métodos que complementam a resposta preventiva ao HIV, que podem ser combinados, segundo as características individuais e o momento de vida de cada pessoa. Inseridos nesse conjunto de ações, conhecido como prevenção combinada, estão o uso de profilaxias pré e pós-exposição ao HIV, oferta de testagem para HIV, entre outros.

A prevenção combinada é reconhecida como uma das estratégias de prevenção mais eficazes, sendo capaz de reduzir o risco de infecção por HIV, principalmente em populações que apresentam condições mais conhecidas de vulnerabilidade (BRASIL, 2021).

Diante disso, verifica-se a necessidade de realizar alterações a respeito das informações disponíveis no programa de ensino e destinadas aos adolescentes e jovens para que conste todos os tipos de métodos preventivos ao HIV.

5.4 ACESSIBILIDADE

A abordagem da acessibilidade se dará sobre as informações ensinadas para os adolescentes e jovens nas escolas, as fontes dessas informações e como as estratégias didáticas são utilizadas pela escola.

5.4.1 O PAPEL FORMATIVO DA ESCOLA

Nossos resultados apontaram que os professores não foram devidamente treinados pelos programas de ensino e não se sentiam preparados para dar aulas sobre educação em sexualidade e que, muitas vezes, essas aulas eram ministradas simultaneamente com outras disciplinas.

O estudo artigo Magno et al. (2022) corrobora com nosso resultado mostrando que alguns professores não têm conhecimento como o PSE (programa saúde na escola) deve ser executado nas escolas e levanta a discussão sobre as aulas de

saúde sexual ocorrerem geralmente nas aulas de ciências e física, focando no ensino do sistema reprodutor masculino e feminino, a prevenção de IST e a gravidez não-desejada na adolescência.

Paiva, Pupo e Barboza (2006) apontam um dos principais motivos indicados pelos Programas Municipais de DST/AIDS para a não realização de ações preventivas com adolescentes e jovens nas escolas é a falta de recursos humanos e que 35% desses profissionais da educação não estão preparados para a execução dessas ações. De acordo com Suplicy et al. (2004) os professores deveriam estar preparados para lidar com tabus e preconceitos bem como para polemizar os questionamentos e receios dos estudantes e não focar no ensino biológico. Já Leonello e Abbate (2006) mostram a importância da formação do professor para realizar esse tipo de abordagem relacionadas à discussão de saúde, devendo ser incluída no currículo escolar.

Nossos resultados mostraram que os professores são vistos como confiáveis entre os adolescentes e jovens no que se refere ao ensino sobre a educação em sexualidade.

Segundo Magno et al. (2022), os adolescentes e jovens apontam como desafio a ausência de diálogo sobre sexualidade, gravidez, diferenças de gênero e prevenção de IST no ambiente familiar e por isso, buscam informações em outras fontes como a internet, redes sociais ou parentes mais velhos, que poderiam ser consideradas fontes menos confiáveis.

Magno et al. (2022), mostra ainda, que tanto os professores como os profissionais de saúde poderiam desempenhar um papel estratégico no PSE, uma vez que os adolescentes e jovens os consideravam como potenciais facilitadores para acessar e adquirir conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva.

De acordo com Raifman, Beyrer e Arrington-sanders (2018) a escola é reconhecida como um lugar adequado para a realização de programas de educação em sexualidade pois atinge muitos adolescentes. Do mesmo modo, Egypto (2003) orienta que a escola e a família tem papéis diferentes e complementares na educação em sexualidade, sendo que uma não exclui a outra.

Medeiros (2000) mostra que a escola complementa o que é ensinado no lar sobre sexualidade de forma a desenvolver o respeito pelo corpo e sentimento e formas de combater preconceitos.

É na escola que o indivíduo passa grande parte de sua vida, como orienta Lima (1999).

Conforme Egypto (2003), Medeiros (2000), Lima (1999), Altmann (2001), Vilar (2004), diante da carência de recursos materiais e de professores capacitados para realizar a educação em sexualidade a escola deixa de realizar debates sobre diversidade sexual.

Nossos resultados coincidem com essa informação. No entanto, a falta de capacitação é apontada como uma barreira de acesso à informação de qualidade.

Considerando o que determina o artigo 205 da Constituição Federal do Brasil, os adolescentes e jovens têm o direito à educação e ao ensino de qualidade, sendo considerada a qualidade, todas as informações e meios de auxiliar para que eles possam ter uma vida de qualidade.

Segundo Altmann (2003), a escola é o lugar onde a sexualidade se manifesta diante do interesse dos estudantes, sendo função do Estado propiciar a informação e educação em sexualidade por meio de implementação de políticas públicas que promovam a saúde dos adolescentes e jovens.

No Brasil, os Ministérios da Saúde e Educação implantaram o Programa Saúde nas Escolas com o objetivo de “contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dos adolescentes e jovens da rede pública de ensino” (MEC, 2007).

De acordo com a UNICEF, desde o início da década de 2000, os países da África Subsaariana vêm envidando esforços para melhorar o acesso à educação obtendo resultados surpreendentes, como em 2019 com a diminuição pela metade das crianças que não frequentam a escola em idade escolar. Porém, ainda, aproximadamente 87% das crianças aprendem pouco, não conseguindo ler nem compreender um texto simples aos 10 anos de idade.

Com isso, verifica-se a necessidade de realizar alterações nos programas de ensino sobre educação em sexualidade nas escolas e conseqüentemente sua implementação a fim de possibilitar que os adolescentes e jovens possam ter uma vida de qualidade.

5.4.2 NECESSIDADE DA PARTICIPAÇÃO ATIVA DOS ADOLESCENTES E JOVENS

Nossa pesquisa mostrou que não existiu a participação ativa dos adolescentes e jovens nas decisões sobre melhores formas de ensino e condução dos temas sobre educação em sexualidade nas escolas bem como especificamente da prevenção ao HIV. O currículo escolar não estimula essa participação.

A pesquisa realizada por Magno et al. (2022) apontou que o ensino sobre a sexualidade e saúde sexual e reprodutiva no currículo era realizado de forma superficial e dependia da forma como cada professor abordava o assunto e não havia incentivo para a participação de adolescentes e jovens na discussão desses assuntos.

A Convenção sobre os Direitos da Criança, de acordo com padrões internacionais de direitos humanos, reconhece que os adolescentes têm o direito em ter acesso às informações corretas e apropriadas sobre como proteger sua saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, devendo ser garantida pelo Estado, gerando assim, sua capacidade de participar de modo significativo na sociedade.

Segundo Paiva, Pupo e Barboza (2006), os programas de educação em sexualidade podem se tornar mais atraentes e efetivos para adolescentes e jovens, quando estes participam do desenvolvimento do currículo, facilitando assim, o diálogo entre diferentes interessados, especialmente entre jovens e adultos, podendo identificar suas preocupações, crenças comuns sobre sexualidade, sugerir atividades que as abordem.

Os princípios transversais de acordo com Gruskin, Mills e Tarantola (2007) mostram a necessidade da participação da população afetada por um problema específico a fim de trazer suas necessidades e junto com poder público para viabilizar melhores soluções.

Nossos resultados corroboram com esse estudo, mostrando a necessidade de ações que envolvam a escuta ativa dos adolescentes e jovens para conhecer como a informação pode ser ensinada e ainda a linguagem adequada a ser utilizada a fim de obter amplo entendimento por eles.

5.4.3 MENSAGEM DO MEDO

Foi possível identificar que o medo da gravidez não desejada e do adoecimento pelo HIV eram formas de imposição de medo aplicada aos adolescentes e jovens. A informação chegava de forma opressora, alegando que práticas sexuais antes da idade adulta e do casamento levariam à gravidez não-desejada ou mesmo ao adoecimento por aids.

O estudo Magno et al. (2022) mostra que a saúde sexual reprodutiva ensinada de forma coletiva, não engajava a opinião dos adolescentes e jovens, não despertava interesse, e segundo os jovens, o objetivo parecia ser assustá-los para que a prevenção surgisse a partir do medo imposto.

Conforme a ONU defende, em seu artigo 25, que todos têm direito à saúde e bem-estar, logo, não é crível utilizar a linguagem opressora para informar sobre a abstinência, uma vez que a sexualidade faz parte da personalidade da pessoa.

Brêtas (2004) ensina que a sexualidade deve ser construída e aprendida, sendo parte integrante do desenvolvimento da personalidade, podendo interferir tanto no processo de aprendizagem como na saúde mental e física da pessoa. O professor desenvolve a função de educador sexual no ambiente escolar, sendo necessário o cumprimento eficaz desse papel, como orientado por Egypto (2003).

Segundo Paiva (2011), os defensores da abstinência defendem a não realização do sexo baseado em valores como castidade e monogamia, porém nem sempre é compartilhado por outras pessoas.

Desse modo, nossos resultados se assemelham com a literatura e mostram a necessidade de mudança na condução dos assuntos abordados na educação em sexualidade e apontam a importância de uma maior participação dos adolescentes e jovens nas etapas de elaboração dos conteúdos das aulas de educação em sexualidade.

5.4.4 RELAÇÃO ENTRE ESCOLA E SERVIÇO DE SAÚDE NO ACESSO À PREVENÇÃO AO HIV

A respeito da vinculação entre o programa de educação em sexualidade nas escolas e a atenção primária, podemos afirmar que inexistiu essa conexão em nossos resultados. No entanto, foi possível identificar que os profissionais da saúde exerciam

a função de educadores sexuais por meio de programas de educação apenas quando eram convidados pela escola, prática não comum.

De acordo com Magno et al. (2022), a falta de interação entre os serviços de saúde e as escolas é considerado uma barreira para o desenvolvimento de melhorias nos programas de promoção de saúde sexual reprodutiva e o planejamento de atividades conjuntas entre a escola e o sistema de saúde era complexo diante da pouca capacitação dos professores e da desconsideração sobre as necessidades específicas daquela população, bem como a falta de envolvimento dos diretores e professores no PSE.

Como preceitua os artigos 6º e 196 da Constituição Federal é dever do Estado ofertar o cuidado necessário de forma preventiva, mediante políticas públicas, sociais e econômicas visando a redução do risco da doença e outros agravos de forma a buscar a saúde como define a OMS como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Desse modo, nossos resultados se assemelham com os estudos analisados e indicam a necessidade de melhor articulação entre a área da saúde e da educação a fim de despertar entre adolescentes e jovens o interesse e a autonomia para o cuidado em saúde.

5.5 ACEITABILIDADE

Aqui abordaremos a aceitabilidade, no que diz respeito a forma como as ações de prevenção ao HIV para os adolescentes e jovens são culturalmente aceitáveis para eles.

5.5.1 PREVENÇÃO OU PRAZER

A abstinência das práticas sexuais não foi aceitável entre os adolescentes e jovens, considerando o argumento ensinado para eles na escola que abordavam a possibilidade da gravidez não-desejada e de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV.

De acordo com Magno et al. (2022), em um estudo realizado sobre a educação em saúde sexual reprodutiva entre adolescentes em um bairro de baixa renda do Brasil a partir da perspectiva de adolescentes, profissionais de saúde primários e professores, o ensino sobre educação em sexualidade frequentemente se concentra de forma limitada na abstinência e no uso de preservativos, supostamente para retardar a iniciação sexual dos adolescentes e jovens, mesmo essa abordagem se mostrou ineficaz pois, de acordo com Ministério da Saúde, no Brasil a iniciação sexual entre os adolescentes se inicia com idade média de 14,9 anos (Brasil,2009).

Foi possível identificar que crenças religiosas apontadas como conservadoras orientam sobre castidade e práticas sexuais apenas para reprodução influenciam negativamente professores que apresentaram dificuldade de ensinar sobre sexualidade diante de determinadas crenças religiosas.

Magno et al. (2022) mostrou que crenças religiosas são relatadas como uma barreira para falar sobre sexualidade, impondo que os adolescentes e jovens somente poderiam fazer sexo depois do casamento. No entanto, a sexualidade era vista pelos adolescentes e jovens como comum desta fase da adolescência, independentemente de validação externa da comunidade, corroborando assim, com nossos achados.

De acordo com a Declaração dos Direitos Sexuais, decidida no XIII Congresso Mundial de Sexologia, 1997, as necessidades humanas básicas tais quais, o desejo de contato, intimidade, expressão emocional, prazer, carinho e amor, devem ser protegidas, uma vez que o direito à sexualidade integra o direito da personalidade, e que toda pessoa tem o direito ao livre exercício da sexualidade, resguardado inclusive internacionalmente, como valor jurídico (DIAS, 2004; WAS, 2013).

A UNESCO (2010) define educação em sexualidade como uma forma de abordagem que deve ser apropriada para a idade e culturalmente relevante aos adolescentes e jovens, fornecendo informações sobre sexo e relacionamentos, cientificamente corretas, realistas e sem prejulgamento a fim de desenvolver neles, habilidades de tomada de decisão, comunicação e redução de riscos em relação a muitos aspectos da sexualidade.

Do ponto de vista do direito, não é legítimo abdicar do prazer quando existem métodos e informações disponíveis para que os adolescentes e jovens possam se prevenir contra HIV.

5.5.2 PREVENÇÃO AO HIV EM SEGUNDO PLANO

Nossos resultados mostraram que a prioridade da informação ensinada para os adolescentes e jovens foi sobre a prevenção da gravidez não-desejada. Segundo Lima et al. (2004), gravidez não-desejada pressupõe a existência da consciência sobre a possibilidade da gravidez no exercício da sexualidade e da constituição de razões suficientemente fortes para impedir sua consecução em nome de outros objetivos, demonstrando que a prevenção ao HIV vem seguida da contracepção.

Constata-se assim que a informação para a prevenção ao HIV está disponível apenas para aqueles no qual o controle da reprodução é uma questão importante. Logo, podemos apontar a exclusão dos adolescentes gays, HSH pois eles não recebem a informação sobre a prevenção ao HIV, restrita às discussões sobre contracepção.

Segundo Paiva, Antunes e Sanchez (2020) a discussão sobre prevenção ao HIV e desigualdade de gênero nas escolas é fundamental para que os adolescentes e jovens possam se proteger contra o HIV e outras IST além da gravidez não-desejada, contrariando assim o que pregam grupos políticos cristãos conservadores.

Desse modo, é importante analisar o contexto de vida de cada pessoa, já que os adolescentes e jovens não são homogêneos - são diferentes gêneros, sexualidade, marcadores de classe e de raça, e a restrição da informação ou mesmo a parcialidade dos assuntos abordados não são aceitáveis.

A educação em sexualidade no ambiente escolar prioriza a informação sobre métodos contraceptivos, sendo a prevenção da gravidez o principal objetivo das ações em saúde realizadas. Outros assuntos como a prevenção ao HIV e outras IST ocupam um lugar secundário nas estratégias de educação em sexualidade e, de uma forma geral, não contemplam outras identidades de gênero ou orientações sexuais e as informações sobre prevenção são insuficientes.

Logo, para que a resposta preventiva à epidemia do HIV seja efetiva também no ambiente escolar, é imprescindível que a oferta de informação seja ampla e abrangente no que diz respeito ao conhecimento dos diferentes métodos preventivos. Essa informação ensinada deve incentivar também a ocorrência da não discriminação, da não violência, visto que todos têm os mesmos direitos e deveres.

As orientações sexuais e as identidades de gênero presente nos estudos analisados eram diversas. No entanto, nenhuma pesquisa analisada foi realizada com pessoas transexuais e esse fato pode ser associado ao comportamento conservador das localidades dos estudos, ditadas pelo discurso da heteronormatividade.

Em vista disso, observamos que os programas e currículos das escolas, em relação a educação em sexualidade, não discutia sobre as minorias sexuais, orientação sexual ou diferentes identidades de gênero para além da cisgeneridade.

Para Pino (2007) a heteronormatividade age no sentido de enquadrar todas as relações em um binarismo de gênero que pretende organizar as práticas, os atos e desejos, com base no modelo do casal heterossexual reprodutivo, mesmo as relações entre pessoas do mesmo sexo, onde a sociedade segue os padrões de comportamentos sendo como dominantes, e aqueles que se desviem desses padrões são estigmatizados.

Vergueiro (2014) entende como uma primeira definição para a cisgeneridade como sendo a identidade de gênero das pessoas com a experiência interna e individual do gênero correspondente ao sexo atribuído no nascimento.

O estudo Raifman, Beyrer e Arrington-Sanders (2018) indicou que quando a educação em sexualidade inclui minorias sexuais, consegue maiores reduções nos comportamentos sexuais de risco entre adolescentes e jovens pertencentes à essas minorias. Outro dado relevante diz respeito ao fato da busca por esse aprendizado em fontes externas, como a pornografia e a internet. Ou seja, a negligência presente na informação desqualificada pode levar à maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, uma vez que diante de outras fontes de informação, a prevenção não é um assunto abordado ou priorizado.

Com a ampliação do acesso à informação sobre HIV é possível a redução da vulnerabilidade das pessoas por meio de mudanças das condições sociais, como a redução da desigualdade de gênero e fortalecimento dos Direitos Humanos (UNAIDS, 2007).

Portanto, é necessário realizar alterações no programa de ensino sobre educação em sexualidade incluindo informações sobre prevenção ao HIV para todos os adolescentes e jovens sem discriminação de qualquer natureza independente de orientação ou identidade sexual.

5.6 QUALIDADE

Aqui será abordada a qualidade da informação disponível para os adolescentes e jovens sobre prevenção HIV nas escolas, com o melhor nível de evidência, de acordo com o padrão ouro da ciência.

Foi notável a baixa qualidade da informação ensinada nas escolas para os adolescentes e jovens, uma vez que se referia apenas aos métodos preventivos da abstinência sexual e contracepção, visto que deveriam ser ensinados nas escolas para esses adolescentes e jovens, além dos métodos preventivos ao HIV, a oferta, os serviços de saúde existentes, onde estes estão disponíveis, como acessá-los, e ainda sobre seus direitos como os direitos à privacidade, a confidencialidade, a não discriminação.

Atualmente as melhores evidências sobre prevenção no Brasil englobam os diferentes métodos preventivos que complementam a prevenção combinada.

Segundo Gruskin & Tarantola (2001), há um movimento interdisciplinar de saúde e Direitos Humanos que tem produzido programas voltados à realização do “mais alto padrão de saúde possível focando nas populações mais desfavorecidas e marginalizadas”.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) contemplando o período de 2009 a 2019 com estudantes do 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) das redes pública e privadas nas capitais do Brasil, com idade predominantes entre 13 e 15 anos, o uso de preservativo pelos estudantes diminuiu muito durante esse período, sendo que entre as meninas passou de 69,1% para 53,5% e entre os meninos a queda foi de 74,1% para 62,8%, indicando uma maior exposição aos riscos de agravos à saúde e gravidez não-desejada, demonstrando assim, a necessidade de ampliar as ações para informar aos adolescentes e jovens quanto às práticas sexuais seguras (IBGE, 2022).

Os direitos humanos devem ir além de oferecer uma estrutura para ação e planejamento devem transformar condições que criam ou perpetuam a pobreza, privação, marginalização e discriminação (GRUSKIN; TARANTOLA, 2008).

Os direitos humanos e a saúde estão integrados sem um sobrepor o outro.

Segundo o IBGE (2022), entre 2009 e 2015, houve queda significativa no que se refere ao ensino sobre prevenção da gravidez, prevenção de IST e HIV nas escolas entre os estudantes, demonstrando que havia uma lacuna no acesso à informação, uma vez que a escola tem papel fundamental na transmissão desse conhecimento.

Diante disso, fica evidente a necessidade de reforçar ações sobre métodos preventivos ao HIV e outras IST e à gravidez não-desejada.

6 CONCLUSÃO

O direito ao acesso à informação não tem sido preservado e respeitado. Os estudos analisados mostram ações de educação em sexualidade nas escolas como forma de executar os currículos e programas educacionais. Porém, as informações sobre prevenção ao HIV ensinadas para os adolescentes e jovens, como parte desses programas, são obsoletas, na medida que não incorporam todas as formas de prevenção ao HIV, como a testagem regular para o HIV e outras IST, o tratamento como prevenção, a profilaxia pós-exposição (PEP) e a profilaxia pré-exposição (PrEP), além do uso do preservativo.

Esse ensinamento superficial sobre o direito à prevenção ao HIV na escola é uma barreira para que adolescentes e jovens possam fazer escolhas para sua saúde sexual e reprodutiva, fortalecendo, assim, sua autonomia.

Outra limitação é o fato do despreparo dos professores para ensinar a educação em sexualidade nas escolas, uma vez que os programas de ensino utilizam a abstinência como forma de prevenção, não sendo, portanto, considerado o prazer nas relações sexuais, como preceituam os direitos humanos.

Assim, a qualidade da informação não tem sido abrangente. Os métodos de prevenção ao HIV são pouco discutidos, sendo o tema mais comum a prevenção à gravidez não-desejada na adolescência, devido ao papel da religião no domínio escolar estar nas políticas públicas nesses países, que fortalece o estigma da adolescente que engravida, que, em alguns locais, precisam sair da escola e deixar de estudar. A informação não é ensinada no sentido dos direitos com ênfase em gênero, raça e orientação sexual mas sim, na interdição do sexo e a veiculação do medo em face da possibilidade de infecção pelo HIV.

No Brasil, as diretrizes da saúde e da educação contribuíram com a promoção dos Direitos Humanos especialmente no que tange ao gênero, raça e orientação, tendo sido implantado o Projeto Escola sem Homofobia (2011) e com isso, sendo percebida a ameaça na ordem familiar e a moral desse grupo religioso. Assim, há um progressivo retrocesso nas ações de prevenção desde 2012, destacando-se a autocensura nas escolas diante das narrativas governamentais, confrontando assim, com os direitos humanos, a educação e a laicidade do Estado.

Desse modo, percebemos lacunas diante do cenário do direito ao acesso à informação sobre prevenção ao HIV entre adolescentes e jovens nas escolas sendo necessário o debate intersetorial com o governo e sociedade civil.

A partir dos achados dessa pesquisa é central a realização de alterações substanciais nos currículos no plano das políticas públicas tanto da área da educação como da saúde de modo que a educação em sexualidade possa ser inclusiva, não discriminatória, participativa, com oferta de informação acessível, aceitável e qualificada, visando incluir todos os métodos preventivos, os direitos pertinentes com uma maior participação dos adolescentes e jovens bem como a comunidade nas etapas de elaboração dos conteúdos das aulas de educação em sexualidade, com uma linguagem apropriada para essa população, para que as escolas possam colaborar, ainda mais, no desenvolvimento de pessoas conscientes de seus comportamentos e práticas, livres de julgamentos e discriminação, por meio de estratégias culturalmente mais significativas para os adolescentes e jovens.

7 FINANCIAMENTOS

Este estudo teve o apoio da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, em virtude da concessão de bolsa de estudos para a pesquisadora no período vigente do mestrado.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. Orientação sexual em uma escola: recortes de corpo e gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, 2003.

ALTMANN, H. Orientação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais. **Revista Estudos Feministas**, São Paulo, 2001.

ARBEIT, M R *et al.* Bisexual Invisibility and the Sexual Health Needs of Adolescent Girls. **LGBT Health**, 2016. Disponível em: doi: 10.1089/lgbt.2016.0035.

ARKSEY, H; O'MALLEY, I. Scoping studies: Towards a methodological framework. **Internacional Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **Am Econ Rev**, 1963.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966.

AYRES, J R C M *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J R C M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface**, Botucatu, 2002.

AYRES, J R de C M *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde: *In*: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade_Ayres_e_cols.pdf.

BALLESTER-ARNAL, R *et al.* What Works Well in HIV Prevention Among Spanish Young People? An Analysis of Differential Effectiveness Among Six Intervention Techniques. **AIDS Behav**, 2015. Disponível em: doi: 10.1007/s10461-014-0863-3.

BARCHI F *et al.* Contraceptive literacy among school-going adolescents in Botswana. **Int Nurs Rev**, 2022. Disponível em: doi: 10.1111/inr.12713.

BEEBWA, E *et al.* Knowledge, attitude, and preferred strategies towards HIV/AIDS prevention among adolescents attending secondary schools in South Western

Uganda. **Afr Health Sci.**, 2021. Disponível em: doi:10.4314/ahs.v21i3.14. Acesso em: 21 set. 2022.

BOBBIO, N. **Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, P. **Teoria constitucional da democracia participativa**: por um direito constitucional de luta e resistência, por uma nova hermenêutica, por uma repolitização da legitimidade, f. 140. 2000. 280 p.

BRASIL. **Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**: Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf.

BRASIL. **Ministério da Saúde**: Prevenção Combinada. Brasília, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF. Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.

BRASIL. Estatuto da Juventude, de 04 de agosto de 2013. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm.

BRASIL. **Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE**. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasil, 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente**: Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. Brasília, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde.** Saúde e direitos humanos. Brasília, 2004, p. 19-26.

Disponível em:

http://www.dhnet.org.br/dados/revistas/saude/r_saude_direitos_humanos_2004.pdf.

BRITO, A M; CASTILHO, E A; SZWARCOWALD, C L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Trop**, 2000.

BROWN, L K *et al.* The Role of Affect Management for HIV Risk Reduction for Youth in Alternative Schools.. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 2017. Disponível em: doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.010.

BRÊTAS, J R S. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. **Temas sobre Desenvolvimento**. p. 29-38, 2004.

CAMARA, c. **Articulações entre governo e sociedade civil: um diferencial na resposta brasileira à aids.** Impulso. 2002. Disponível em:

<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp32art04.pdf>.

CASTRO, E G; MACEDO, S C. Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto da Juventude: interfaces, complementariedade, desafios e diferenças. **Rev. Direito e Práxis**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40670>.

CAVALCANTE, M B; BARROSO, M G. Adolescence, alcohol and drugs: a reflection in the health promotion perspective. **Esc Anna Ner**, 2008.

CHILTON, M; ROSE, D. A rights-based approach to food insecurity in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 7, p. 1203-1211, 2009.

CHO, H *et al.* Discordance of HIV and HSV-2 biomarkers and self-reported sexual behaviour among orphan adolescents in Western Kenya. **Sex Transm Infect**, 2015. Disponível em: doi: 10.1136/sextrans-2014-051720.

COHN, A. O modelo de proteção social no Brasil: qual o espaço da juventude? *In*: NOVAES, R; VANNUCHI, P. **Juventude e sociedade: trabalho, cultura e participação**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004, p. 160-179.

COSTA, AV; MARTINS, FJB. A proteção constitucional da orientação sexual do homossexual. **ETIC**, 2016.

DIAS, Maria Berenice. **Conversando sobre homoafetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, f. 70, 2004. 140 p.

DUFLO, E; DUPAS, P; KREMER, M. Education, HIV, and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya. **Am Econ Rev**, 2015. Disponível em: doi: 10.1257/aer.20121607.

EGYPTO, A C. O projeto de orientação sexual na escola. *In*: EGYPTO, A C. **Orientação sexual na escola: um projeto apaixonante**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

ELSHIEKH, H F; HOVING, C; DE VRIES, H. Exploring Determinants of Condom Use among University Students in Sudan. **Arch Sex Behav**, 2020. Disponível em: doi: 10.1007/s10508-019-01564-2.

ESAU, O. 'Checkmating HIV&AIDS': Using chess to break the silence in the classroom. **SAHARA J**, 2012. Disponível em: DOI: 10.1080/17290376.2012.744899.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FONSECA, DC. A adolescência e subjetividade: pressupostos teóricos para uma análise dos sentidos e significados no campo da saúde. **Educação: teoria e prática**, v. 21, n. 36, p. 63-83, 2011.

FONSECA, F F *et al*. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr**. 2013.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**, f. 148. 1984. 295 p.

GAO, X *et al*. Effectiveness of school-based education on HIV/AIDS knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China. **PLoS One**, 2012. Disponível em: oi: 10.1371/journal.pone.0044881.

GRECO, D B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso.

GRUSKIN, S; MILLS, E J; TARANTOLA, D. Health and human rights: History, principles, and practice of health and human rights.. **Lancet**, Londres, v. 370, n. 9585, p. 449-455, agosto 2007.

GRUSKIN, S; TARANTOLA, D. **K. Heggenhougen, & S. Quah**: Health and human rights: overview. San Diego: International encyclopedia of public health, v. 3, 2008, p. 137-146.

HALLFORS, D *et al.* Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. **Am J Public Health**, 2011. Disponível em: doi: 10.2105/AJPH.2010.300042.

HOSEK, S; HENRY-REID, L. PrEP and Adolescents: The Role of Providers in Ending the AIDS Epidemic. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1743>.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. <https://www.ibge.gov.br/>. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>.

INTHAVONG, K *et al.* Knowledge of safe sex and sexually transmitted infections among high school students, Vientiane Prefecture, Lao PDR. **Glob Health Action**, 2020. Disponível em: doi: 10.1080/16549716.2020.1785159.

KEMIGISHA, E *et al.* Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda. **BMC Public Health**, 2019. Disponível em: doi:10.1186/s12889-019-7805-y.

KUDO, Y. Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information–Motivation–Behavioral Skills model. **japan journal of nursing science**, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x>.

LEONELLO, V M; ABBATE, S L. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos da graduação em Pedagogia. **Interface**, 2006.

LIMA, C T B *et al.* Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 4, n. 1, 2004.

LIMA, M S S. Gravidez em adolescentes: o papel da escola pública. **Psicologia em Revista**, 1999.

LOPES, R; SILVA, C R; MALFITANO, A P. Adolescência e juventude de grupos populares urbanos no Brasil e as políticas públicas: apontamentos históricos. **Revista HISTEDBR**, Unicamp, v. 23, p. 114-130, 2006.

LÉON, O D. Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes. **Última Década**, 2004.

MADIBA, S; MOKGATLE, M. "Students want HIV testing in schools" a formative evaluation of the acceptability of HIV testing and counselling at schools in Gauteng

and North West provinces in South Africa. **BMC Public Health**, 2015. Disponível em: doi: 10.1186/s12889-015-1746-x.

MAGNO, M *et al.* School-based sexual and reproductive health education for young people from low-income neighbourhoods : Northeastern Brazil: the role of communities, teachers, health providers, religious conservatism, and racial discrimination. **Sex Education**, 2022. Disponível em: DOI: 10.1080/14681811.2022.2047017.

MALTA, D C *et al.* Trend of the risk and protective factors of chronic diseases in adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2009 e 2012). **Rev. bras. epidemiol.** 2014.

MANN, J M; TARANTOLA, D. Respondendo ao HIV/AIDS: Uma Perspectiva Histórica. **Saúde e Direitos Humanos**, 1998.

MANN, J. Saúde pública e direitos humanos. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 135-145, 1996.

MANSOR, N; AHMAD, N; RAHMAN, H A. Determinants of knowledge on sexually transmitted infections among students in public higher education institutions in Melaka state, Malaysia. **PLoS One**, 2020. Disponível em: doi: 10.1371/journal.pone.0240842.

MARTINS, P L. Acesso à informação: um direito fundamental e instrumental. **Acervo - Revista do Arquivo Nacional**, v. 24, n. 1, p. 233-244, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/43568>.

MAZZITELLI, M *et al.* Knowledge of HIV infection and transmission: a knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP) survey among a sample of students at the "Magna Graecia", University of Catanzaro. **Ann Ist Super Sanita**, 2016. Disponível em: doi: 10.4415/ANN_16_04_12.

MCINTYRE, D; MOONEY, G. The economics of health equity. **Cambridge University**, New York, 2007.

MEAD, Margaret. **Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilisation**. Harper Collins, f. 128, 2001. 256 p.

MEC. **Programa Saúde nas Escolas**. BRASIL. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nasescolas>.

MEDEIROS, S Z. **Método para educadores na arte de ensinar-aprender a sexualidade do adolescente: uma proposta participativa** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MENNA, T; ALI, A; WORKU, A. Effects of peer education intervention on HIV/Aids related sexual behaviors of secondary school students in Addis Ababa, Ethiopia: a quasi-experimental study. **Reprod Health**, v. 12, n. 84, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0077-9>.

MIČULKOVÁ, V *et al.* What do Czech adolescents know about HIV? **Cent Eur J Public Health**, 2018. Disponível em: doi: 10.21101/cejph.a4929.

MOSTERT, K *et al.* Sexual knowledge and practice of adolescent learners in a rural South African school. **Afr Health Sci**, 2020. Disponível em: doi: 10.4314/ahs.v20i1.6.

NACKEN, A *et al.* Teachers' competence, school policy and social context-HIV prevention needs of primary schools in Kagera, Tanzania. **Health Educ Res.**, 2018. Disponível em: doi: 10.1093/her/cyy036.

NEVES, MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Rev. bras. de bioética**, v. 2, n. 2, p. 152-172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>.

NUBED, C; AKOACHERE, JF T K. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior secondary school students in Fako Division, South West Region, Cameroon. **BMC Public Health**, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3516-9>. Acesso em: 21 set. 2022.

OLJIRA, L; BERHANE, Y; WORKU, A. Assessment of comprehensive HIV/AIDS knowledge level among in-school adolescents in eastern Ethiopia. **J Int AIDS Soc.**, 2013. Disponível em: doi:10.7448/IAS.16.1.17349.

OMS/OPS. **La salud del adolescente y el joven em las Américas**. D.C., 1985.

OPPONG ASANTE, K; OTI-BOADI, M. HIV/AIDS knowledge among undergraduate university students: implications for health education programs in Ghana. **Afr Health Sci**, 2013. Disponível em: doi: 10.4314/ahs.v13i2.11.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. Bangkok: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA), Convenção Americana de Direitos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”). 1969.

OZELLA, S; AGUIAR, WMJ de. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PAIVA, V; ANTUNES, M C; SANCHEZ, M N. O direito à prevenção da Aids em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola. **Interface**, Botucatu, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180625>.

PAIVA, V; AYRES, J R C M. Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. **Sexuality Research & Social policy**, 2004.

PAIVA, V; PUPO, L R; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2006.

PAIVA, V. **Vulnerabilidade e direitos humanos: Livro 1. Da doença à cidadania**, f. 160. 2011. 319 p.

PERLOW, E. Accessibility: global gateway to health literacy. **Health Promot Pract**, 2010.

PINO, N P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu**, 2007.

PIOVESAN, F. A proteção dos direitos humanos no sistema constitucional brasileiro. **Revista de direito constitucional e internacional**, São Paulo, v. 11, n. 45, p. 216-236, 2003.

PIOVESAN, F. **TEMAS DE DIREITOS HUMANOS**. Saraiva Educação S.A., v. 3, 2017.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 13 ed. SARAIVA, f. 352, 2012. 704 p.

PNUD. **PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório do Desenvolvimento Humano**. 2014. Disponível em: https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf.

RAIFMAN, J; BEYRER, C; ARRINGTON-SANDERS, R. HIV Education and Sexual Risk Behaviors Among Young Men Who Have Sex with Men. **LGBT Health**, 2018. Disponível em: doi: 10.1089/lgbt.2017.0076.

RODRIGUES, JA *et al.* Fatores contribuintes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 20, n. 2, p. 141-148, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.08>.

RUA, M G. As políticas e a juventude dos anos 90. *In*: RUA, M G. **Jovens acontecendo na trilha das políticas pública**. Brasília: CNPD, v. 2, 1998, p. 731-752.

SANDERS, L M *et al.* Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. **Pediatrics**, 2009.

SANGA, Z *et al.* Factors influencing the uptake of Voluntary HIV Counseling and Testing among secondary school students in Arusha City, Tanzania: a cross sectional study. **BMC Public Health**, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1771-9>.

SANTOS, A F de M; ASSIS, Mônica. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, 2011.

SANTOS, FNC *et al.* Educação por pares para prevenção de HIV/aids entre adolescentes. **Hu rev [Internet]**, v. 47, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/33904>.

SHRESTHA, R M *et al.* Better learning in schools to improve attitudes toward abstinence and intentions for safer sex among adolescents in urban Nepal. **BMC Public Health**, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-244>.

SOUZA, M A. Movimentos sociais no Brasil contemporâneo: participação e possibilidades no contexto das práticas democráticas. **Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, Coimbra, p. 1-16, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.45862020>.

SUPLICY, M *et al.* Guia de orientação sexual: diretrizes e metodologia. **Casa do Psicólogo**, São Paulo, 2004.

SÃO PAULO. **Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual**: Diversidade sexual e cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP. 2018. 47 p.

TAQUETE, S R. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: Semelhanças e diferenças. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 225-235, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200029>.

THANAVANH, B *et al.* Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic. **J Int AIDS Soc.**, 2013. Disponível em: doi: 10.7448/IAS.16.1.17387.

THIEDE, M; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Caderno de Saúde Pública**, 2008.

TOMITA, N E *et al.* Oral health education for teenagers: development of dynamics methods. **Rev Fac Odontol Bauru**, 2001.

UNAIDS. Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access. Geneva; 2007.

UNAIDS. **Atualização Global sobre AIDS 2020**: Aproveitando o momento. 2020. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>.

UNESCO. Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde. Brasília, DF: UNESCO, 2010.

VERGUEIRO, V. É a natureza quem decide? Reflexões trans* sobre gênero, corpo, e (ab?) uso de substâncias. In: JESUS, J. G. d. (Ed.). **Transfeminismo: Teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Metanoia, 2014. p. 19– 41.

VILAR, D. Educação em sexualidade nas escolas: é preciso uma política clara. In: VILAR, D. **A Página da Educação**, v. 13. 2004.

WAKEFIELD, M A; LOKEN, B; HORNIK, R. Use of Mass Media Campaigns to Change Health Behavior. **Lancet**, 2010.

WANG, B *et al.* Multi-year school-based implementation and student outcomes of an evidence-based risk reduction intervention. **Implement Sci**, 2017. Disponível em: doi: 10.1186/s13012-016-0539-7.

WAS, WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. **Declaração dos Direitos Sexuais**. 2013. Disponível em: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>.

ZIZZA, A *et al.* Knowledge, Information Needs and Risk Perception about HIV and Sexually Transmitted Diseases after an Education Intervention on Italian High School and University Students. **Int J Environ Res Public Health**, 2021. Disponível em: doi: 10.3390/ijerph18042069.

ZULU, J M *et al.* Why teach sexuality education in school? Teacher discretion in implementing comprehensive sexuality education in rural Zambia. **Int J Equity Health**, 2019. Disponível em: doi: 10.1186/s12939-019-1023-1.