

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE

JANAINA CALU COSTA

Reflexões sobre sexualidade, corpo e poder no ambiente escolar a
partir do Programa Saúde na Escola

Brasília

2014

JANAINA CALU COSTA

Reflexões sobre sexualidade, corpo e poder no ambiente escolar a
partir do Programa Saúde na Escola

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Saúde Coletiva e Educação na
Saúde, do Programa de Pós-Graduação em
Educação da Faculdade de Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul para
obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Ms. Emília Carvalho Leitão Biato

Brasília

2014

JANAINA CALU COSTA

Reflexões sobre sexualidade, corpo e poder no ambiente escolar a
partir do Programa Saúde na Escola

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Saúde Coletiva e Educação na
Saúde, do Programa de Pós-Graduação em
Educação da Faculdade de Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul para
obtenção do título de Especialista.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Emília Carvalho Leitão Biato - orientadora
(Universidade Federal do Mato Grosso)

Margareth Cristina de Almeida Gomes
(Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde)

Costa, Janaína Calu

Reflexões sobre sexualidade, corpo e poder no ambiente escolar a partir do Programa Saúde na Escola/ Janaína Calu Costa. – 2014

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) – Faculdade de Educação/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014

Orientadora: Emília Carvalho Leitão Biato

1. Programa Saúde na Escola. 2. Sexualidade. 3. Educação sexual.

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos desde que reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano.

À minha mãe, pelos
exemplos cotidianos e
pelo amor incondicional.

Ao meu irmão,
pela inspiração
da rebeldia.

A todos aqueles que lutam
incansavelmente
por uma sociedade mais justa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao EducaSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde por proporcionarem essa oportunidade aos bolsistas e aos colaboradores do DAB de mergulharem em um novo mundo de intensa formação e descobertas.

Aos tutores do curso de especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, que tornaram essa nova experiência mais serena, especialmente à Heloísa Germany pelo carinho, atenção e preocupação. Um agradecimento especial também à Jeane Félix e Luciana Barone.

Aos professores que, cada um à sua maneira, abriram novos horizontes e perspectivas em nossas vidas, pessoal e profissionalmente e, para mim, com maior afeto Dagmar Meyer, Luciano Bedin e Daniele Noal.

À professora Emília Biato, por quem me encantei logo de cara, nos meus contatos iniciais com a ‘gestão do cuidado’ e tive a oportunidade de escolhê-la como orientadora. Agradeço pela paciência e compreensão nesse período de orientação à distância.

À Margareth pelo incentivo e inspiração.

Aos especializandos que reavivaram o espírito da juventude no DAB, de todas as maneiras possíveis.

Às companheiras de equipe do Programa Saúde na Escola no Ministério da Saúde: Thaís Severino, Carol Zamboni, Sabrina Horácio, Denise Bueno, Edna Moura, Rimena Araújo, Fabiana Azevedo, Mariana Vasconcelos e às recém-chegadas Danielle Cruz e Raquel Nunes.

Aos meus amigos do curso de Ciências Sociais da USP, de certa forma responsáveis pela ‘contaminação’ que sofri e pela paixão descoberta pela sociologia e pela política.

Aos parceiros de pós-graduação desde os tempos da graduação: Dani Canella, Grasi Fretta, Keila ‘Kelly’ Brito, Nayara Côrtes, Hugo Fanton, Ana Paula Martins.

Às amigas e companheiras de militância que lutam Juntas! ‘por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres’, especialmente Bianca Biw Cruz, Maia Fortes, Evelin Minowa, Fabiana Nascimento, Bia Mei, Juliana Selbach, Nati Dória, Giulia Tadini, Tati Ribeiro, Paula Kauffman, Joana Salém, Ju Lemchem e tantas outras que constroem uma realidade diferente por esse Brasil.

Às parceiras que a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição uniu: Kimi Cris, Carol F., Kelly, Renata, Lorena, Mara e Bruna.

A todos aqueles que tornaram a estadia em Brasília mais suave e mais humana e nunca me deixaram desistir: Renata Albuquerque, Kátia Azambuja, Bel Mesquita, Luiza Freire, Paola Rodrigues, Rodolfo Mohr.

Teus educadores não podem ser
outra coisa senão teus libertadores¹.

(Friedrich Nietzsche)

Like gender, sexuality is political².

(Gayle Rubin, 1984)

¹ Nietzsche, F. W. Escritos sobre educação. Edições Loyola: São Paulo, 2003.

² “*Como o gênero, a sexualidade é política*”. Gayle Rubin, Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. Pleasure and danger: exploring female sexuality. Ed. Carole Vance. Boston: Routledge, 1984, 267-319.

RESUMO

Costa, Janaína Calu. **Reflexões sobre sexualidade, corpo e poder no ambiente escolar a partir do Programa Saúde na Escola.** Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, 2014.

O Programa Saúde na Escola tem como objetivo contribuir para o fortalecimento de ações de programas e projetos compartilhados entre saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades. Em articulação com o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, dentre outros objetivos, procura promover a incorporação de ações derivadas do debate da sexualidade (diversidades, gênero, prevenção de DST/Aids) ao cotidiano das escolas públicas. Esses temas ocupam um lugar importante na construção de diferentes formas de percepção sobre os corpos dos adolescentes e jovens, das relações de poder, de autonomia; são fundamentais para a construção da igualdade de gênero e para a formação de pessoas saudáveis e responsáveis. A partir do histórico de promoção da saúde nas escolas e da articulação de conceitos-chaves como sexualidade, corpo, poder, promoção da saúde e educação, pretende-se promover uma reflexão sobre as maneiras como a temática da sexualidade permeia as práticas educativas escolares e os mecanismos de controle social. A inclusão da sexualidade enquanto tema contemplado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais é indício da inserção deste assunto no currículo e no espaço escolar. Essa proposta evidencia o interesse do Estado pela sexualidade da população. Passa a ser de responsabilidade também da escola – e não mais apenas da família – o desenvolvimento de uma ação educativa que promova a saúde das crianças e dos adolescentes. Ao mesmo tempo, desenvolve-se uma forma de monitoramento e controle do comportamento relativo à sexualidade dos educandos. Reconhecer a importância histórica dos processos de inserção do tema no ambiente escolar é refletir sobre a evolução de toda sociedade, pois trata-se de um dispositivo relacionado diretamente com os processos históricos, mantendo vivas as possibilidades de resistência e transgressão, inclusive.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde na Escola; sexualidade; controle social.

ABSTRACT

Costa, Janaína Calu. **Reflections on sexuality, body and power in the school environment from the School Health Program.** Completion of course work [Specialization in Public Health and Health Education]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, 2014.

The School Health Program aims to contribute to the strengthening of programs and actions shared between health and education, to cope with vulnerabilities projects. In conjunction with the Health and Prevention in Schools project, among other objectives, seeks to promote the incorporation of actions derived from discussion of sexuality (diversity, gender, STD / SIDA) to the everyday public schools. These issues play an important role in the construction of different perceptions on the bodies of adolescents and youth, power relations, autonomy; are fundamental to the construction of gender and the formation of healthy and responsible people. From the history of health promotion in schools and articulation of key concepts such as sexuality, body, power, health promotion and education, is intended to promote reflection on the ways in which the issue of sexuality pervades educational practices in schools and mechanisms of social control. The inclusion of sexuality as a subject covered by the National Curriculum Parameters is evidence of insertion of this subject in the curriculum and in school. This proposal demonstrates the State's interest in sexuality of the population. Shall also be the responsibility of the school - and not just family - the development of an educational activity that promotes the health of children and adolescents. At the same time, it develops a way of monitoring and controlling the behavior of the students on sexuality. Recognize the historical importance of the processes of insertion of the subject in the school environment is a reflection on the evolution of the whole society, because it is a directly related to the historical processes device, keeping alive the possibilities of resistance and transgression, inclusive.

KEYWORDS: School Health Program; sexuality; social control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Acre
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Amazonas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IREPS	Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MG	Minas Gerais
ONG	Organização não-governamental
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PR	Paraná
PSE	Programa Saúde na Escola
RJ	Rio de Janeiro
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SPE	Saúde e Prevenção na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1. Programa Saúde na Escola – PSE	09
1.2. Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE	12
2. JUSTIFICATIVA	15
1.1. Promoção da saúde no contexto escolar	15
1.2. Abordagem da temática da sexualidade na escola	17
1.3. A perspectiva de controle social	18
3. OBJETIVOS	20
1.1. Objetivo Geral	20
1.2. Objetivos Específicos	20
4. MÉTODO	21
5. RESULTADOS	23
1.1. Evolução das iniciativas de promoção de saúde no ambiente escolar ao longo da história	23
1.2. A relação da escola com a sexualidade	25
1.3. Sexualidade, corpo e poder	28
5.1.1. Mas que corpo é esse?	30
1.4. O poder e a escola	31
1.1.1. O lugar da educação em saúde	34
1.5. A ação de educação para saúde sexual e reprodutiva no Programa Saúde na Escola	35
1.1.1. Saúde sexual e saúde reprodutiva	36
1.1.2. Gênero	38
1.1.3. Diversidades	39
1.1.4. Prevenção de DST e Aids	40
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam um lugar importante na edificação da identidade e da autonomia dos adolescentes e jovens³; são fundamentais para a construção da igualdade de gênero e para a formação de pessoas saudáveis e responsáveis. É preciso considerar que as condições em que essas construções se dão, são dependentes das relações e estruturas sociais em que os sujeitos estão inseridos, marcadas por muitas formas de desigualdades (Brasil, 2006a).

Iniciativas em nível nacional têm sido tomadas para incentivar o debate acerca da temática da saúde sexual e reprodutiva, especialmente nas escolas do País, extrapolando algumas vezes a centralidade no educador, e propondo necessária articulação com os profissionais da saúde.

Debater esses dois conceitos implica conhecer de antemão qual a perspectiva de sexualidade que impera tanto no espaço escolar, quanto no universo sanitário.

Neste estudo, de caráter descritivo e reflexivo, pretende-se abordar as maneiras como a temática da sexualidade permeia as práticas educativas escolares de modo a ampliar discussões e potencializar medidas que promovem a vida e o cuidado.

1.1. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído via Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 (Anexo A), e tem como objetivo contribuir para o fortalecimento de ações de desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, proporcionando à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dessa parcela da população (Brasil, 2007a).

³ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é determinada pela faixa etária de 10 a 19 anos de idade e a juventude, dos 15 aos 24 anos (UNESCO, 2004).

Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.

O objetivo do Programa é implementar ações de avaliação, atenção, prevenção e promoção da saúde dos escolares, nas escolas públicas brasileiras, segundo critérios estabelecidos na Portaria nº 1.413 de 10 de julho de 2013 e em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990; 2007a; 2013). Além disso, é um dos programas com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconhecendo-o como uma importante ação intersetorial (Brasil, 2012a).

São diretrizes do Programa: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes (Brasil, 2007a).

O PSE está fundamentado em cinco componentes, sendo dois deles colocados em prática diretamente com os educandos atendidos; para os três primeiros componentes estão previstas ações essenciais (obrigatórias), determinadas de acordo com os programas prioritários para o Governo Federal e que condicionam o repasse do recurso financeiro aos municípios, e ações optativas, que são estratégicas e devem ser realizadas de acordo com o planejamento e as demandas de saúde do território:

Componente I – Avaliação das condições de saúde: compreende ações de identificação de possíveis alterações nas condições de saúde dos educandos. Neste componente estão contempladas as ações de avaliação do estado nutricional, saúde bucal, saúde ocular, situação vacinal, saúde auditiva, agravos em eliminação e doenças negligenciadas, desenvolvimento de linguagem.

Componente II – Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos: compreendem as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; promoção da atividade física e de lazer; saúde mental; promoção da cultura de paz e Direitos Humanos; educação para a saúde sexual e reprodutiva; prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas; saúde ambiental; prevenção de violências e acidentes; formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares.

Componente III – Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e Saúde e de jovens para o PSE para atuação conjunta nas atividades que compreendem o Programa.

Componente IV – Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes: acompanhamento da situação de saúde dos educandos para o levantamento de necessidade da comunidade escolar, planejamento e execução das ações de saúde e educação, bem como ao longo da rede de atenção à saúde. O monitoramento deve ser realizado através de ações locais e por pesquisas e inquéritos nacionais e oficiais, como o Censo Escolar e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).

Componente V – Monitoramento e avaliação do PSE: monitoramento e avaliação do Programa através da coleta de informações do trabalho realizado pelas equipes por meio de sistemas de informação e formulários eletrônicos.

A participação no PSE se dá através de adesão municipal, anualmente, por meio de Termo de Compromisso firmado pelos/as secretários/as municipais de saúde e educação com pactuação de metas a serem alcançadas em cada uma das ações dos Componentes I e II.

São selecionadas via sistema de adesão as escolas e respectivos níveis de ensino que serão contemplados pelo Programa e também vinculadas, para cada uma delas, as equipes de Atenção Básica que se articularão com as equipes de educação para realização das ações. As equipes de saúde realizam visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais identificadas.

Até o ano de 2012 participavam apenas equipes que compunham a Estratégia Saúde da Família (ESF) e educandos a partir do Ensino Fundamental (Brasil, 2008; 2011). Em 2013 o PSE foi expandido para creches e pré-escolas e para adesão com todas as equipes de Atenção Básica (Brasil, 2013).

No ano de 2014, 4.769 municípios realizaram adesão ao PSE, contemplando 24.293.892 educandos, 78.333 escolas e 28.678 equipes de Atenção Básica⁴.

Articulado com diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Educação, o PSE amplia seu escopo de formulações políticas para além da própria coordenação, o que possibilita a incorporação das políticas vigentes e elaboradas pelas demais áreas técnicas ao processo de desenvolvimento de suas diretrizes e dos seus princípios.

⁴ Dados não publicados, retirados diretamente do sistema de adesão e disponibilizados pelo Núcleo de Tecnologia da Informação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

1.2. Saúde e Prevenção nas Escolas

Criado em 2003, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) tem como proposta a realização de ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, focadas em adolescentes e jovens, através da articulação dos setores de saúde e de educação. Objetiva-se a incorporação destas ações ao planejamento das secretarias estaduais e municipais, bem como aos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) das escolas públicas de Ensino Fundamental e Médio.

Trata-se de uma iniciativa dos Ministérios da Educação e da Saúde (Departamento de DST⁵, Aids e Hepatites Virais), em parceria com agências internacionais vinculadas à Organização das Nações Unidas, como UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas) (UNAIDS, 2008).

O projeto também tem como meta o envolvimento de um número maior de atores que contribuam com esse processo, como os próprios jovens, a comunidade escolar, universidades, ONGs e redes de jovens vivendo com HIV.

A partir dessas articulações, espera-se contribuir para a redução da infecção pelo HIV e da incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST); redução do uso de álcool, tabaco e outras drogas e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), promover o enfrentamento da violência de gênero, do racismo, do sexismo, da homofobia, do estigma e da discriminação em relação à vida com HIV/Aids, bem como a equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual dos/as adolescentes e jovens, por meio do acesso à informação e estímulo à reflexão sobre esses temas, fomentando a participação juvenil para que possam atuar como sujeitos transformadores das suas realidades.

As principais atividades do Saúde e Prevenção nas Escolas são (UNAIDS, 2008):

- Constituição de grupos de trabalho entre os setores de saúde e educação nos estados e municípios;
- Formação de profissionais de educação e de saúde;

⁵ DST significa doenças sexualmente transmissíveis, porém no nome do Departamento é utilizada a sigla e não o nome por extenso.

- Disponibilização de preservativos nas escolas;
- Produção e reprodução de materiais educativos e informativos sobre os temas abordados;
 - Organização de Encontros nacionais e estaduais para promover intercâmbio de experiências;
 - Elaboração de concurso anual de histórias em quadrinhos e outras mídias sobre a temática de prevenção do HIV/Aids entre estudantes de escolas públicas do Ensino Fundamental e Médio;
- Estímulo ao protagonismo juvenil.

A partir de 2008, o projeto foi institucionalizado em âmbito federal com o lançamento, pelos dois Ministérios, do Programa Saúde na Escola. O SPE foi incorporado ao PSE, como área técnica de referência para algumas ações do Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos; são elas: i) Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/Aids; ii) Prevenção ao uso de álcool, tabaco, *crack* e outras drogas e iii) Formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/Aids. Hoje, a principal meta do projeto é a expansão das ações em todos os municípios do País.

Foram produzidos pelo Departamento e distribuídos para os municípios que aderiram ao Programa os seguintes cadernos para educação entre pares (que também estão disponíveis para acesso público na *Internet*⁶): Adolescências, juventude e participação; Álcool e outras drogas; Diversidades sexuais; Gêneros; Metodologia de educação entre pares; Prevenção das DST, HIV e Aids; Raças e etnias; Sexualidades e saúde reprodutiva.

A ação que envolve educação para saúde sexual e direitos reprodutivos aborda as seguintes temáticas: saúde sexual, saúde reprodutiva, gênero, diversidades e prevenção de DST e Aids.

Além dos materiais citados, a Caderneta da Saúde da/do Adolescente é um dos principais instrumentos que os profissionais da saúde, em articulação com as equipes de educação, atuantes nas escolas, podem utilizar para organizar a atenção à saúde dessa parcela da população. As principais mudanças físicas e psicológicas que ocorrem nessa etapa da vida são abordadas nos documentos, apresentados em versões para meninas e meninos, como o desenvolvimento dos corpos desde a infância até a vida adulta, orientações de alimentação

⁶ Disponíveis em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/adolescentes-e-jovens-para-educacao-entre-pares-spe>

saudável, aparecimento de espinhas, violência sexual, sexo seguro, gravidez, odontograma, além de direitos e deveres dos jovens.

Em 2007, foi realizado um projeto-piloto de implantação da Caderneta em oito municípios de várias regiões brasileiras, como Tabatinga (AM), Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG), Petrópolis (RJ) e Rio Branco (AC). A experiência ajudou o profissional de saúde a entender e auxiliar adolescentes no serviço de saúde e fazer as articulações com a educação. No processo de implantação da Caderneta, em 2008, foram priorizados os municípios inseridos no Programa Saúde na Escola, incluindo as 27 capitais.

Hoje, as Cadernetas de Saúde da/do Adolescente são distribuídas de acordo com um sistema de implantação, em que os Coordenadores Estaduais de Saúde do Adolescente e Jovem e das capitais preenchem um formulário anualmente. Essas referências realizam o cálculo de adolescentes dos municípios pelo Censo Demográfico do IBGE e pela capacidade de implantação dos municípios. Nesse formulário constam informações sobre os municípios que participarão da implantação, quais serão as estratégias (oficinas, reuniões, cursos), se os municípios têm o PSE ou outros programas estaduais ou municipais. No caso das capitais, eles informam o número de unidades de saúde que participarão e as demais informações descritas acima. A Caderneta já foi adotada por 3.700 municípios do País (66,4%).

Até 2013, a presença da Caderneta na Unidade Básica de Saúde (UBS) era registrada pelo PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade⁷), porém foi retirada no último ciclo. A partir de agosto de 2014 novas questões serão introduzidas nos questionários para monitoramento da implantação nos municípios.

⁷ O PMAQ - AB tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

2.JUSTIFICATIVA

2.1. Promoção da saúde no contexto escolar

O direito à Educação no Brasil é garantido pela Constituição Federal de 1988, sendo hoje dividida em três ciclos básicos: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio (Brasil, 1996; 1988). O Ensino Fundamental compreende a educação do 1º ao 9º ano e deve ocorrer entre os seis e 14 anos de idade; o Ensino Médio, dividido em três anos, compreende o período subsequente, dos 15 aos 17 anos.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2007, 97,6% das crianças brasileiras de sete a 14 anos frequentavam a escola (IPEA, 2009). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011 apontam que no Brasil, o acesso à escola era de 97,4% para a população de seis a 14 anos e de 87,7% na faixa etária de 15 a 19 anos de idade (IBGE, 2012).

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida; juntamente com outros espaços sociais, ela ocupa um lugar decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas (Demarzo; Aquilante, 2008).

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, a educação deve ser inspirada nos princípios de liberdade e solidariedade humana e o ensino público deve centrar-se na gestão democrática, cujos princípios são a participação de profissionais da educação na elaboração do Projeto Político-Pedagógico (PPP) da escola e a participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes (Brasil, 1996).

No âmbito do Programa Saúde na Escola, a participação da comunidade é ampliada também para a inclusão das equipes de Atenção Básica que compartilham o território no planejamento das ações, na construção do PPP e na sua execução e monitoramento, buscando garantir as diretrizes do Programa no currículo escolar, sendo que muitas delas já são preconizadas pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).

Os PCN são as normas que orientam o currículo a ser desenvolvidos nas escolas. Os conteúdos de saúde devem estar contemplados no processo de formação de crianças, adolescentes, jovens e adultos como uma abordagem transversal e interdisciplinar, considerando que tais conteúdos constituem objeto da atenção de todos os níveis de ensino, integrados a todas as disciplinas como prática cotidiana do processo ensino/aprendizagem (Brasil, 1998a; 1998b; 1998c).

Através do trabalho desenvolvido cotidianamente, os educandos, dentre outras habilidades, deveriam ser capazes de situar-se no mundo como cidadãos conscientes de seus direitos e deveres políticos, civis e sociais; capazes de adotar no dia-a-dia atitudes de solidariedade, cooperação e repúdio às injustiças e que, especificamente em relação à saúde, estejam aptos a “conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva” (Brasil, 1998a).

A escola é fruto das relações que nela se dão, participando da constituição da identidade dos indivíduos que dela participam (Seffner, 1998); além dos saberes clássicos, deve ser capaz de transformar-se em um espaço de promoção de saúde.

Considera-se a definição de promoção da saúde estabelecida durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, em Otawa/Canadá: trata-se do “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (Brasil, 2002). Ao ser desdobrada e ampliada essa perspectiva influencia a discussão sobre o papel da escola na construção de vidas mais saudáveis.

Com o advento de ações intersetoriais de promoção da saúde no ambiente escolar, novos atores passam a fazer parte desse processo de construção de identidade e desenvolvimento de hábitos.

O papel do profissional de saúde nesse contexto, diz respeito à democratização do conhecimento em saúde e pressupõe que, em primeiro lugar, este reconheça que sua prática como sendo parte da educação em saúde, compreendendo que a ação educativa está implicada na própria ação de saúde (Valença, 1992 apud Biato & Góes, 2006).

Usualmente, os profissionais da área de saúde têm compreendido a educação em saúde na escola como intervenções pontuais, com conteúdos referentes às doenças do momento (campanhas de vacinação, epidemias, campanhas de curta duração, etc.).

2.2. Abordagem da temática da sexualidade na escola

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sociais. No entanto, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (Brasil, 2006a).

Em relação à temática da sexualidade, esta é abordada nos PCN como um tema transversal, denominada Orientação Sexual, em que são englobadas as relações de gênero, o respeito a si mesmo e ao outro e à diversidade de crenças, valores e expressões culturais existentes na sociedade; a importância da prevenção das DST/Aids e da gravidez indesejada na adolescência, entre outras questões (Brasil, 1998a; 1998b; 1998c).

Fatores do contexto familiar e da escola podem ser protetores para o comportamento sexual de risco. As pesquisas têm mostrado que a iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino é mais precoce do que a observada para o sexo feminino. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2012 mostrou que 89,1% dos escolares disseram ter recebido informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids na escola. A proporção dos estudantes entrevistados que receberam orientação na escola sobre como adquirir preservativos gratuitamente foi de 69,7%. Em relação à dependência administrativa da escola, o percentual encontrado entre os estudantes da rede pública (72,3%) foi maior do que o registrado entre os da rede privada (56,7%) (IBGE, 2013).

De certa forma, podemos considerar que a educação sexual acontece desde as relações familiares, mesmo entre famílias que não trabalham o assunto de forma aberta. O comportamento dos pais entre si, na relação com os filhos, nos cuidados recomendados, nas expressões, gestos e proibições que estabelecem, são exemplos carregados dos valores associados à sexualidade que a criança e o adolescente apreendem (Brasil, 1998b).

A discussão sobre a inclusão da temática da sexualidade no currículo das escolas de Ensino Fundamental e Médio vem se intensificando desde a década de 70, provavelmente em função das mudanças comportamentais dos jovens dos anos 60, dos movimentos feministas e de grupos que pregavam o controle da natalidade. Com diferentes enfoques e ênfases, há registros de discussões e de trabalhos em escolas desde a década de 20. A retomada contemporânea dessa questão deu-se juntamente com os movimentos sociais que se propunham, com a abertura política, repensar o papel da escola e dos conteúdos por ela trabalhados (Brasil, 1998b).

A sexualidade é construída, portanto, a partir das possibilidades culturalmente estabelecidas, sendo um processo permanentemente permeado por valores, crenças e padrões socialmente estabelecidos de comportamento. Esses padrões são intensificados por instituições como igrejas, escolas, mídia, etc., que se configuram como importantes instrumentos de controle social a partir desses valores vigentes na sociedade.

2.3. A perspectiva de controle social

A expressão controle social tem origem na sociologia e é, de forma geral, empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. Mannheim (1971) a define como o “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”. Para algumas análises marxistas, “a burguesia tem no Estado, enquanto órgão de dominação de classe por excelência, o aparato privilegiado no exercício do controle social”, por difundir a ideologia dominante e interferindo no “cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente” (Iamamoto & Carvalho, 1988). A escola é uma das instituições em que a ideologia hegemônica se consolida enquanto discurso oficial, determinando normas e padrões.

É possível inferir que o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado; somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o 'controle social' sobre o conjunto da sociedade (Gramsci, 2000)⁸.

De acordo com Foucault (1979) o controle social relacionado à sexualidade, é um "controle social que começa no corpo, com o corpo. [...] O corpo é uma realidade biopolítica". Entretanto, o autor ressalta que "não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos" (Foucault, 1979).

⁸ No período de democratização do País, principalmente na segunda metade da década de 1980, o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado. A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do 'controle social' no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações, acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária.

3.OBJETIVO

3.1. Objetivo Geral

Identificar os elementos centrais e promover uma reflexão acerca da promoção da saúde no Programa Saúde na Escola, no que diz respeito à realização das ações que envolvem a temática da sexualidade e as relações de poder e sobre o papel do profissional de saúde em articulação com as equipes de educação, a partir de elementos de construção e controle social que ainda dificultam o desenvolvimento da ação junto aos educandos/ famílias/ comunidade. Examina-se sua potencialidade em contribuir na construção de um conhecimento-emancipação, no contexto escolar no Brasil.

3.2. Objetivos Específicos

- Apresentar o histórico das ações de promoção da saúde no ambiente escolar;
- Discorrer sobre as relações históricas da temática da sexualidade no ambiente escolar;
- Discorrer sobre as relações entre sexualidade, corpo e poder e suas implicações para atores envolvidos com a educação e a saúde no ambiente escolar;
- Descrever e analisar criticamente a ação de promoção da saúde sexual e reprodutiva no PSE, apresentando as potencialidades e dificuldades do seu desenvolvimento.

4. MÉTODOS

O trabalho apresentado é produto de um estudo teórico, apoiado em um amplo levantamento de fontes bibliográficas como artigos de periódicos; livros e documentos oficiais (decretos, leis e portarias) sobre o Programa Saúde na Escola, relação da educação com sexualidade, corpo e poder e instrumentos de controle social.

O ponto de partida para o desenvolvimento do trabalho foram documentos oficiais do Ministério da Educação como as Leis de Diretrizes e Bases (LDB) e os Parâmetros Curriculares Nacionais, a partir dos quais foi possível identificar em que âmbitos as temáticas de interesse eram consideradas formalmente.

A partir de então, realizou-se pesquisa bibliográfica para identificação autores da teoria clássica que discutissem os temas. Foram priorizados os seguintes autores: Pierre Bourdieu, Michel Foucault, Émile Durkheim, Gayle Rubin, Joan Scott, Itsvan Mészáros, etc.

O passo seguinte foi a pesquisa de produção acadêmica, recente ou não, tendo como critério os textos que abordassem trabalhassem e discutissem a temática da sexualidade na escola; que relacionassem questões relativas ao poder com sexualidade e com o ambiente escolar; que articulassem o conceito de controle social com as instituições formais como igreja, escola e estado. Foram combinados os descritores ‘sexualidade e escola’, ‘escola e poder’, ‘poder e sexualidade’ e, a partir da leitura dos resumos, foram identificados aqueles textos que colaboravam com a articulação desses conceitos na perspectiva do debate de sexualidade no espaço escolar. Foram utilizadas publicações de periódicos das áreas de saúde, educação e psicologia, indexados pela CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

A partir do pensamento de Deleuze e Guattari (1992), um conceito não se trata de uma elaboração que totalize um pensamento, linear, absoluto e fechado, mas sim um conjunto de componentes heterogêneos agrupados sistematicamente, gerando um corpo irregular em que as partes constitutivas se agrupam através de uma organização e um ajustamento por heterogênese. O conceito não está acabado e remete a outros conceitos, pois, sua constituição parte de um problema e não se dá ao acaso como seria a ideia cartesiana do “pensar e existir”, enquanto faculdade natural inerente ao ser humano.

Os conhecimentos acumulados na experiência profissional e na consulta à literatura concorreram para a realização de todas as fases da análise de conteúdo, trazendo contribuições essenciais para subsidiar a discussão e o confronto de ideias com aquelas expressas nos documentos analisados, permitindo inferências úteis para a descrição e debate sobre os temas propostos.

Para que pudesse ser relacionado o conteúdo teórico com o processo de implantação do Programa Saúde na Escola no território, utilizou-se da metodologia da observação participante, em que o pesquisador entra em contato direto com o fenômeno observado para obter informações relativas à realidade vivenciada pelos atores sociais em seus próprios contextos (Cruz Neto, 1994). Neste caso, as hipóteses de estudo podem tanto ser levantadas no próprio campo como estabelecidas previamente para serem então testadas.

Foram utilizadas como material de análise anotações feitas ao longo de visitas técnicas realizadas em três estados do País. O objetivo principal das visitas foi debater com os grupos gestores do PSE (Grupos de Trabalho Intersetorial – GTI), em nível estadual (GTI-E) e municipal (GTI-M), o desenvolvimento do Programa nos municípios e potencializar as relações intersetoriais entre saúde e educação no território. O relato das experiências é fruto das discussões ocorridas nesses encontros.

Por se tratar de um relato de experiência o projeto é isento de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. As anotações foram realizadas anteriormente ao início da pesquisa e, a princípio, não tinham caráter acadêmico. Nenhuma informação apresentada no resultado do trabalho expõe e/ou compromete as pessoas envolvidas com o Programa e/ou com as visitas técnicas.

A fim de qualificar, mesmo que sucintamente, a descrição sobre a implantação da ação de educação para saúde sexual e reprodutiva no PSE, alguns dados quantitativos são apresentados. A implantação da Caderneta de Saúde da/do Adolescente no País a partir de informações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que avalia o desempenho das equipes de Atenção Básica; e também dos sistemas de monitoramento do PSE, que utiliza o Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) – sob gestão do Ministério da Educação – para acompanhamento da realização de ações dos Componentes II e III.

Esse desenho não busca reproduzir uma realidade estática, mas sim apresentar as linhas vivas da sua construção, e através delas, articular como as concepções instituídas e instituintes são produzidas durante o desenvolvimento do Programa.

5.RESULTADOS

5.1. Evolução das iniciativas de promoção de saúde no ambiente escolar ao longo da história

O histórico das políticas de saúde escolar remonta do final do século XVIII e o início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank elaborou o *System Einer Vollständigen Medicinischen Polizei*, que ficou conhecido como Sistema Frank. Tal sistema englobava desde a prevenção de acidentes, higiene mental, programas de atividade física (atletismo) até a ventilação das salas de aula (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010).

O Sistema Frank resultou na proposição de um código elaborado por Franz Anton Mai, “A primeira lei do código, tratando dos deveres de um oficial de saúde, propunha que este oficial agisse nos colégios, instruindo tanto as crianças quanto os professores a respeito da manutenção e promoção da saúde. Além disso, o oficial de saúde devia esclarecer o adolescente a respeito dos excessos sexuais” (Rosen, 1979).

No Brasil, os primeiros estudos sobre saúde escolar se deram a partir de 1850. Ao final dos anos 1800, época da Primeira República, prevalecia a inspetoria das escolas da Corte (Moncorvo Filho, 1917). A partir do século XX teve impulso a questão da higiene escolar, em que as principais preocupações eram as doenças decorrentes das intensas imigrações, como varíola, cólera, febre amarela, malária, tuberculose, dentre outras (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010).

Na avaliação de alguns autores, a higiene escolar, como então usualmente era denominada, se deu na intercessão de três doutrinas: a da polícia médica, a do sanitarismo e a da puericultura (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010; Lima, 1985). O termo “polícia médica” tem a sua gênese no grego “politéia” e está relacionado a uma teoria prática e administrativa do estado absolutista alemão. Assim posto, a polícia médica foi o mecanismo através do qual o Estado assumiu a função de zelar pela saúde da população, cabendo aos médicos não somente a responsabilidade de tratar os doentes mas, também, controlar todos os aspectos da vida dos indivíduos (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010).

No princípio do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma ‘raça’ sadia e produtiva a partir da observação, exame,

controle e disciplinamento na infância. Ao longo do século, novos componentes técnicos e científicos vão sendo agregados (Valadão, 2004).

No transcorrer do século, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional biomédico para uma concepção ligada à Promoção da Saúde no cenário escolar. Tal concepção é constituinte da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso de múltiplos olhares que surge no final dos anos 80, “como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção de saúde na saúde pública, estendendo-o ao entorno escolar” (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010).

Ao adotar a estratégia IREPS, “a saúde escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista” e, desta forma, “tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo” (Harada, 2003).

No Brasil, por meio do Programa de Saúde do Escolar, criado em 1984, ainda de forma desarticulada, por meio do Fundo de Desenvolvimento da Educação, foram propostas ações que deveriam ter como objetivo proporcionar aos escolares condições adequadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo que o processo educacional se desenvolvesse plenamente (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010).

Auditoria realizada em 2001 constatou que o programa era ineficaz, ineficiente, não promovia a equidade e era objeto de irregularidades em sua execução. Porém, o governo não o abandonou por completo, sendo criada nessa época uma câmara intersetorial com o objetivo de formular diretrizes nesse âmbito. Porém, até o ano de 2005, as ações desse programa se restringiam e se concentravam apenas em campanhas específicas (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010; Brasil, 2007b).

Todas as ações anteriormente descritas passam a constituir, na atualidade, as diretrizes da nova política de atenção à saúde do escolar no Brasil. Nesse sentido, foi instituído em 2007, em todo o território nacional, o Programa Saúde na Escola (Brasil, 2007a).

Para Tavares e Rocha (2006), é inegável o papel da escola em temas ligados à saúde, uma vez que se constitui enquanto cenário propício para lidar com as questões que envolvem especialmente os estudantes, inclusive em seu ambiente familiar e comunitário, bem como a formação de hábitos. Afirmam ainda, que para que o ambiente escolar seja favorável à saúde, as relações com outros cenários, tais como, a família, a comunidade e os serviços de saúde, devem ser identificadas com as condições sociais e os diferentes estilos de vida.

Nesse sentido, busca-se, a partir da proposta do PSE, uma articulação real entre os equipamentos e os atores do território, tendo como objetivo principal a garantia do direito à saúde e à educação integrais e a superação da fragmentação entre diferentes setores, que muitas vezes incidem sobre os mesmos sujeitos de formas isoladas.

5.2. A relação da escola com a sexualidade

“A educação tem por objetivo suscitar e desenvolver na criança estados físicos e morais que são requeridos pela sociedade política no seu conjunto”
(Durkheim, 1978)

Para entendermos as concepções sexuais, é necessário discutir o conhecimento histórico e político relativo ao desenvolvimento das instituições sociais. No processo de laicização progressiva da vida, por exemplo, com a separação entre a Igreja e o Estado, quando a regulamentação da conduta sexual saiu da exclusividade dos cânones jurídicos e religiosos, a sexualidade tornou-se então assunto do Estado, preocupado com o controle demográfico e suas implicações econômicas (Souza, 1997).

Em relação às primeiras abordagens da sexualidade no ambiente escolar, alguns estudos apontam que a partir da segunda metade do século XVIII, na França, aparecem os primeiros indícios de educação sexual, com a repressão às manifestações da sexualidade infantil, com enfoque maior na repressão à masturbação, buscando-se a manutenção da pureza infantil (Sayão, 1997).

Durante o século XIX era comum pensar que o interesse prematuro no sexo, as práticas de excitação sexual e principalmente o alívio sexual, seriam prejudiciais para a saúde e o desenvolvimento das crianças. A ideia em torno da masturbação como uma prática doentia é parte dessa herança. Teóricos se diferenciaram sobre as consequências da precocidade sexual, sendo que alguns, à época, afirmavam que a precocidade sexual tinha como consequência a insanidade enquanto outros previam deficiências de crescimento (Rubin, 1984). Severas medidas eram todas para proteger as crianças e os jovens dessa condição, como pais que

amarravam as crianças a noite para que não se tocassem; médicos extirpavam o clitóris das pequenas meninas onanistas⁹, ...

“Pedido seu conselho, Dr. J. Guerin afirmou que depois que todos os métodos falharam, ele foi bem sucedido em curar o vício do onanismo de jovens meninas ao usar o método da queima do clitóris com ferro quente... Eu aplico o ponto quente três vezes em cada um dos grandes lábios e outra no clitóris... Depois dessa primeira operação, de quarenta a cinquenta vezes ao dia, o número de espasmos voluptuosos diminuíram a três ou quatro... Portanto acreditamos que em casos similares ao submetido a sua consideração, não se deve hesitar no uso do recurso do ferro quente, o quanto antes, para combater o onanismo clitoridiano e vaginal em pequenas meninas” (Zambaco, 1981, p. 31-36 apud Rubin, 1984).

Apesar de horríveis técnicas como essa terem sido abandonadas, as atitudes que as produziram ainda permanecem, a partir da noção de que o sexo em si é prejudicial às crianças e aos jovens. Essa visão foi agregada às estruturas sociais e legais desenvolvidas para isolar os menores do conhecimento e experiência sexuais (Rubin, 1984).

No final do século XIX, tornam-se foco de preocupação as doenças sexualmente transmissíveis (doenças venéreas), a degenerescência da raça e o aumento dos abortos clandestinos. No início do século XX, a finalidade era o ensino da reprodução humana. Em 1973, a educação sexual é oficialmente inserida nos currículos escolares franceses (Sayão, 1997).

Segundo Foucault (1984)¹⁰, é possível observar em instituições como o exército, a burocracia, a administração, as universidades, as escolas, um esforço considerável por diminuir ou minimizar as relações afetivas. Neste caso, em particular, nas escolas:

“Quando se inauguraram as escolas secundárias que acolheram alguns jovens rapazes, um dos problemas foi o de saber como se podia não somente impedir as relações sexuais, claramente, mas também

⁹ Segundo o Michaelis – Moderno Dicionário da Língua Portuguesa (2009), onanismo é um substantivo masculino com os seguintes significados: 1. Coito incompleto para evitar a fecundação; 2. Vício da masturbação.

¹⁰ Nascimento, W.F. (trad.). Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política de identidade. Traduzido de “*Michel Foucault, une interview: sexe, pouvoir et la politique de la identité*”.

impedir as amizades. Sobre o tema da amizade, pode-se estudar, por exemplo, as estratégias das instituições jesuítas — eles estavam cientes da impossibilidade de supressão da amizade, eles tentaram então utilizar o papel que tinha o sexo, o amor, a amizade e de limitá-los”.

A educação é uma instituição milenar e parece auto-sagrar-se a ter como objeto a correção de todos os desvios da conduta humana (Guirado, 1997).

A inclusão da sexualidade enquanto tema transversal contemplado pelos PCN é outro indício da inserção deste assunto no currículo e no espaço escolar. Essa proposta evidencia o interesse do Estado pela sexualidade da população. Passa a ser de responsabilidade também da escola – e não mais apenas da família, no âmbito privado – o desenvolvimento de uma ação educativa que promova a saúde das crianças e dos adolescentes. Ao mesmo tempo, desenvolve-se uma forma de monitoramento e controle do comportamento relativo à sexualidade dos educandos.

A elaboração dos PCN foi uma grande conquista para a educação brasileira, a partir da padronização dos conteúdos curriculares, se configurando como uma nítida demonstração do que o Estado espera dos jovens que se formarão. Esse fato tem certa relação com as concepções de Émile Durkheim, já que os currículos são sugeridos para todos e refletem as necessidades da sociedade, cabendo então aos estabelecimentos de ensino moldá-las aos estudantes.

Nessa concepção durkheimiana, oposta ao idealismo, as consciências individuais são formadas pela sociedade e não pelo espírito ou pela consciência humana. "A construção do ser social, feita em boa parte pela educação, é a assimilação pelo indivíduo de uma série de normas e princípios - sejam morais, religiosos, éticos ou de comportamento - que baliza a conduta do indivíduo num grupo. O homem, mais do que formador da sociedade, é um produto dela" (Durkheim, 1978).

Como a sexualidade parece constitutiva do humano, ela vai atravessar as ações cotidianas de professores e estudantes. É certo que a sexualidade humana figura como um dos temas mais inquietantes e, quase sempre, mais recusados no universo prático do educador; cada vez mais a escola tem sido convocada a enfrentar as transformações das práticas sexuais contemporâneas, principalmente na adolescência, uma vez que seus efeitos se fazem alardear no cotidiano escolar; em todo caso, é inegável que, juntos, sexo e escola configuram um

campo de tensão, instabilidades, e, em última instância, de acentuado mal-estar (Groppa, 1997).

A esse respeito, Castro, Abramovay e Silva (2004) referem que a sexualidade vem sendo tratada na escola principalmente como “um conteúdo restrito ao campo disciplinar da biologia, reificando-se o corpo como aparato reprodutivo, o que molda a compreensão a respeito da saúde e da doença”. Assinalam que a maneira como a sexualidade é abordada na escola geralmente não contempla os anseios e as curiosidades das crianças e adolescentes. Isto sucede porque o enfoque é centralizado apenas no corpo biológico, não incluindo, portanto, os outros aspectos da sexualidade.

Por outro lado, a escola é uma entre as muitas instituições sociais que exercitam uma pedagogia da sexualidade e do gênero, colocando em ação várias tecnologias de governo (Louro, 1999). Por essa pedagogia entende-se que se trata de mecanismos de educação, com metodologias próprias (não necessariamente conscientes) de educação e molde dos corpos. Esses processos prosseguem e se completam através de tecnologias de autodisciplinamento e autogoverno exercidas pelos sujeitos sobre si próprios, havendo um investimento continuado e produtivo desses sujeitos na determinação de suas formas de ser ou “jeitos de viver” sua sexualidade e seu gênero (Louro, 1999). A escola é a lida diária com o conhecimento constituído e a constituir, bem como com a constituição de um imaginário e de um conjunto de relações que definem uma subjetividade.

5.3. Sexualidade, corpo e poder

"O domínio e a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo". (Foucault, 1979)

Sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação do conhecimento, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (Foucault, 2002).

A análise da formação de um certo tipo de saber sobre o sexo, deve ser feita sob o viés do poder, não um poder exercido por direito, ou pela lei, mas pela normalização e controle, se produzindo a cada instante e presente em todas as relações.

Historicamente, os sujeitos tornam-se conscientes de seus corpos na medida em que há um investimento disciplinar sobre eles. Quando o poder é exercido sobre nosso corpo, “emerge inevitavelmente a reivindicação do próprio corpo contra o poder” (Foucault, 2002).

Foucault (1988), ao discorrer sobre a história da sexualidade, descreve um tipo de poder, o biopoder, que se integra à disciplina, agindo "no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos"; através de técnicas de poder sobre os processos biológicos, incluindo-se desde o nascimento, a mortalidade e a saúde da população até o controle de epidemias e da longevidade. O biopoder busca modificar o corpo, transformá-lo, aperfeiçoá-lo e produzir conhecimento e assim como o poder disciplinar, o biopoder é importante para o desenvolvimento do capitalismo na medida em que busca controlar a população e adequá-la aos seus processos.

A partir do século XIX o sexo passa a ser negócio de Estado e, para que ele seja administrado, todo o corpo social e quase cada um de seus indivíduos são convocados a posicionarem-se em vigilância.

A concepção da sexualidade como um negócio de Estado, como tema de interesse público, se dá a partir da interpretação que o comportamento sexual da população diz respeito à saúde pública, à natalidade, à vitalidade das descendências e da espécie, o que, por sua vez, está relacionado à produção de riquezas, à capacidade de trabalho, ao povoamento e à força de uma sociedade.

Além de foco político, a sexualidade possibilita vigilâncias e controle constantes, se configurando como uma via de acesso tanto a aspectos privados quanto públicos, suscitando mecanismos heterogêneos de controle que se complementam, instituindo o indivíduo e a população como objetos de poder e saber.

A esfera da sexualidade também tem sua política interna, desigualdades, e modos de opressão. Como em outros aspectos do comportamento humano, as formas institucionais concretas da sexualidade em um determinado tempo e lugar são produto da atividade humana. São imbuídas de conflitos de interesse e manobras políticas, ambas deliberadas e incidentais. Nesse sentido, o sexo é sempre político. Mas há períodos históricos em que a sexualidade é mais nitidamente contestada e mais excessivamente politizada. Nesses períodos o domínio da vida erótica é, de fato, renegociado (Rubin, 1984).

Uma vez que o sexo for entendido nos termos da análise social e entendimento histórico, uma política do sexo mais realista se torna possível. Uma pessoa pode então pensar as políticas sexuais nos termos de fenômenos como populações, vizinhanças, padrões de ajustamento, migração, conflito urbano, epidemiologia, e tecnologia política. Estas são categorias de pensamento mais frutíferas do que aquelas mais tradicionais como pecado, doença, neurose, patologia, decadência, poluição, ou a ascensão e queda de impérios (Rubin, 1984).

É impossível pensar com clareza as políticas da raça ou gênero porquanto estas são pensadas como entidades biológicas ao invés de construtos sociais. Similarmente, a sexualidade é inacessível à análise política enquanto for concebida primariamente como um fenômeno biológico ou um aspecto da psicologia individual. As muitas formas de fazer-se mulher ou homem, as várias possibilidades de viver prazeres e desejos corporais são sempre sugeridas, anunciadas e promovidas socialmente.

Como o gênero, a sexualidade é política. É organizada em sistemas de poder os quais recompensam e encorajam alguns indivíduos e atividades ao passo em que punem e suprimem outros. Como a organização capitalista do trabalho e sua distribuição de recompensas e poderes, o sistema sexual moderno tem sido objeto de luta política desde sua emergência e durante o seu desenvolvimento. Mas se as disputas entre o trabalho e o capital são mistificadas, os conflitos sexuais são completamente camuflados (Rubin, 1984).

5.3.1. Mas que corpo é esse?

“A Igreja diz: o corpo é uma culpa. A Ciência diz: o corpo é uma máquina. A publicidade diz: o corpo é um negócio. E o corpo diz: eu sou uma festa.”

(Galeano, 2002)

A realidade social demonstra que não existe somente um tipo de juventude, mas grupos que constituem um conjunto heterogêneo, cuja diferenciação é observada pelas oportunidades, dificuldades, facilidades e poder na sociedade. Nesse sentido, o próprio conceito de juventude pode ser considerado uma construção social, por ser produto da sociedade, influenciado por estereótipos, momentos históricos, múltiplas referências e diferentes situações de classe, gênero, etnia, etc.

Segundo Costa (2011) “a própria noção de corpo passaria pela experiência de um corpo, pois nunca saberemos exatamente o que pode ou o que quer este corpo sem o experienciarmos na relação com os outros corpos que o entornam”. Para o autor “a potência da vida estaria ligada ao exercício do corpo, à experiência do corpo naquilo que ele efetivamente pode (e quer), ou seja, na liberdade para exercer sua força”.

O corpo com o qual os profissionais de saúde e de educação lidam, no âmbito do PSE – especialmente nessa fase de adolescência(s) e juventude(s) – é um corpo jovem, passando por profundas transformações físicas, mas também acompanhado de diversas descobertas perturbadoras. São indivíduos permeados de dúvidas sobre quem são, sobre qual papel ocupam no tempo-espaço em que estão inseridos e buscando constante aceitação num ambiente permeado de cobranças e disputas por aceitação. As características principais dessa etapa da vida podem ser definidas como diversidade e transitoriedade.

Identificar uma forma comum para que os profissionais lidem com esses corpos, respeitando o papel e as atribuições de cada setor, mas também respeitando as características dessa fase é um dos grandes desafios do Programa. Superar a lógica de disciplinamento e do controle da educação e a abordagem biologicista da saúde, culminando no empoderamento e na autonomia devem ser objetivos centrais.

5.4. O poder e a escola

“É provavelmente por um efeito de inércia cultural que continuamos tomando o sistema escolar como um fator de mobilidade social, segundo a ideologia da “escola libertadora”, quando, ao contrário, tudo tende a mostrar que ele é um dos fatores mais eficazes de conservação social, pois fornece a aparência de legitimidade às desigualdades sociais, e sanciona a herança cultural e o dom social tratado como dom natural”
(Bourdieu, 1989).

A sociedade disciplinar constitui-se de poderes transversais, que operam por meio das instituições modernas e de estratégias de disciplina e confinamento. Para Foucault

(1994), com o declínio da monarquia, o poder majestático deslocou-se do soberano e espalhou-se pela sociedade, através das normas, nas instituições. No ocidente moderno, o poder deixou de ser operado pela coerção externa e eventual, mas de modo contínuo e vigilante. Foucault (2003) conclui que o “poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada”.

Na modernidade, as práticas disciplinares, como técnicas de exercício de poder, voltavam-se contra o indivíduo e seu corpo, para a sua normalização e adestramento mediante as diversas instituições que esse indivíduo atravessava durante a sua vida. As práticas disciplinares visavam a docilizar os corpos para serem aptos à produção industrial, integrando-os em sistemas de controle eficazes e econômicos (Lima; Rezende, 2013).

A escola, uma dessas instituições da sociedade moderna, através de suas práticas explícitas e implícitas é capaz de apontar modelos, permitindo que os estudantes se reconheçam ou não, neles. Muitos desses modelos parecem ser representações sociais baseadas no senso comum e que são trazidas para a escola, onde tendem a ser cristalizadas como verdades, ratificando então a escola como local em que a sociedade reflete as suas demandas, reforçando-as (Ferrari, 2000).

Educar deveria significar colocar fim à separação entre *Homo faber* e *Homo sapiens*, ou seja, superar a divisão intelectual do trabalho, resgatando suas possibilidades criativas e estruturantes. A educação, que poderia ser uma alavanca essencial para a mudança, tornou-se um instrumento para fornecer conhecimento e pessoal necessário à maquinaria produtiva do sistema capitalista, transmitindo um quadro de valores que legitima os interesses dominantes (Mészáros, 2008).

De acordo com Mészáros (2008),

“no sentido verdadeiramente amplo do termo *educação*, trata-se de uma questão de internalização pelos indivíduos da legitimidade da posição que lhes foi atribuída na hierarquia social, juntamente com suas expectativas “adequadas” e as formas de conduta “certas”, mais ou menos explicitamente estipuladas nesse terreno”.

Bourdieu (1998) considera que as relações de comunicação são sempre relações de poder que dependem do capital material ou simbólico acumulado pelos agentes. Os sistemas simbólicos, enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e

conhecimento, cumprem sua função política de imposição e de legitimação da dominação de uma classe sobre a outra, agindo como uma forma de violência simbólica.

Em poucas palavras, a autoridade alcançada por uma ação pedagógica, ou seja, a legitimidade conferida a essa ação e aos conteúdos que ela transmite seriam proporcionais à sua capacidade de se apresentar como não arbitrária. A autoridade pedagógica e essa legitimidade da instituição escolar e da ação pedagógica que nela se exerce, só pode ser garantida na medida em que o caráter arbitrário e socialmente imposto da cultura escolar é dissimulado, passando a ser apresentada como uma cultura neutra (Bourdieu, 1989).

Uma vez reconhecida como legítima, ou seja, como portadora de um discurso não arbitrário e socialmente neutro, a escola passa a poder exercer, nessa perspectiva, livre de qualquer suspeita, suas funções de reprodução e legitimação das desigualdades sociais. Essas funções se realizariam, em primeiro lugar, paradoxalmente, por meio da equidade formal estabelecida pela escola entre todos os educandos (Bourdieu, 1989).

A vigilância, a punição, os horários e as demais técnicas disciplinares além de moldar corpos, procura neutralizar possíveis movimentos de contrapoder, sendo esses movimentos representados na escola por vandalismo, depredação, motins e demais atos indisciplinados. A escola impede, assim, que movimentos contra o poder se instaurem e resultem numa forma mais vasta de manifestação (Cruz & Freitas, 2011).

O professor é agente de reprodução social e, pelo fato de sê-lo, também é agente da contestação, da crítica. O predomínio das funções de reprodução e de crítica professoral depende mais do movimento social e sua dinâmica, que se dá na sociedade civil, fora dos muros escolares. Por tudo isso a escola é um espaço contraditório: nela o professor se insere como reprodutor e pressiona como questionador do sistema, quando reivindica.

Em períodos de mudança social, o professor enquanto assalariado ou funcionário do Estado se organiza contra a deterioração de suas condições de trabalho. Nesse momento ele contesta o sistema. Porém, para contestar o sistema é necessário estar inserido nele numa função produtiva.

A partir dessa perspectiva, deve-se pensar o papel da educação para a transformação do discurso da diferença, desconstruindo-se a noção associada aos estigmas, com a “generalização indevida” ou a “absolutização das diferenças”. Uma das maneiras de manifestação da estigmatização/segregação do diferente, tão importante quando expresso é aquela silenciosa, que converge para a invisibilidade da diferença, não nomeando-a ou não mencionando-a. Dessa forma, o silêncio se torna a garantia da norma, dos valores e dos comportamentos.

A transformação da sociedade não se realizará somente pela educação, mas ela que possibilitará uma participação mais efetiva nessa participação.

5.4.1. O lugar da educação em saúde

As práticas educativas em saúde têm como foco, usualmente, a prescrição de comportamentos justificados pelo conhecimento técnico e são identificadas por características como neutralidade e universalidade. Como consequência, observamos que os modelos educativos almejam a mudança de comportamento através desse conhecimento, que muitas vezes marginaliza o contexto social e as experiências individuais diante da lógica prescritiva e ignorando que comportamentos considerados saudáveis são muitas vezes contraditórios e transitórios, não podendo ser encarados como verdades universais e permanentes (Brasil, 2006b).

Apesar das mudanças ocorridas ao longo das últimas décadas, decorrentes de importantes mudanças de concepção impulsionadas por marcos políticos como as Conferências de Alma-Ata (1978) e de Ottawa (1986) e a Reforma Sanitária brasileira (1980), que valorizavam a atenção primária à saúde (hoje, Atenção Básica) e as ações de educação em saúde, a prática dos profissionais da área continuam prescritivas.

Tratou-se de tentativas de valorização do saber compartilhado, priorizando os processos dialógicos, com a educação em saúde passando a ser um importante instrumento de promoção da saúde de um modo participativo e emancipatório, com enfoque no estímulo à autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde-doença.

O grande desafio da educação em saúde é conseguir avaliar as potencialidades e os nós críticos da prática preventiva, buscando mais eficiência nas questões de promoção da saúde, considerando cada indivíduo envolvido pela perspectiva da integralidade.

Se há algo a ser repudiado pela saúde que pretendemos garantir, não seria a doença, mas tudo aquilo que petrifica e cristaliza as diferentes formas de vida. O ato educativo passa a ser o exercício desta saúde ampla, para além da reprodução e transmissão do mesmo conhecimento, como costumeiramente observamos e vivenciamos em nossas práticas de ensino e aprendizado (Costa, 2011).

5.5. A ação de educação para saúde sexual e saúde reprodutiva no Programa Saúde na Escola

“Mostrar às pessoas que elas são muito mais livres do que pensam, que elas tomam por verdadeiro, por evidentes, certos temas fabricados em um momento particular da história, e que essa pretensa evidência pode ser criticada e destruída”

(Foucault, 2004).

A pesar de as ações propostas para serem realizadas no desenvolver do PSE serem aquelas de atribuição das equipes de Atenção Básica e/ou das escolas, o fato de serem pactuadas e condicionarem o cumprimento de metas faz com que os profissionais demandem orientações específicas de como proceder de acordo com as ‘expectativas’ do Programa. Observam-se grandes dificuldades para sua execução, tanto por parte das equipes de Atenção Básica, quando pelas equipes de educação que atuam nas escolas.

A partir dessas demandas, foram elaborados alguns materiais que auxiliam no processo de educação permanente dos profissionais de saúde e educação envolvidos com as ações do PSE, desde os gestores até os técnicos que têm contato direto com os educandos. São orientações gerais para realização com indicação de materiais já existentes, das diferentes áreas técnicas de interface e também materiais próprios, produzidos pela equipe do PSE, levando em consideração seus princípios e diretrizes.

As ações referentes à promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças (Componente II) são aquelas que mais geram essa demanda, por diversas razões. Acredita-se que apesar dos avanços nas discussões dos conceitos de promoção e prevenção, estes ainda são pouco concretizáveis para os profissionais da saúde, que ainda se detêm à lógica prescritiva. Já os profissionais da educação manifestam dificuldades em incluir as temáticas no currículo escolar.

No Programa Saúde na Escola a ação de educação para saúde sexual e reprodutiva é pactuada anualmente pelos gestores municipais de saúde e educação e é essencial (obrigatória) para os educandos do Ensino Fundamental e Ensino Médio (incluindo a modalidade Educação de Jovens e Adultos – EJA). Os principais materiais recomendados para realização da ação no âmbito do PSE são os fascículos do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) para educação entre pares e a Caderneta de Saúde da/do Adolescente (Brasil, 2012b; 2009). As temáticas abordadas na ação de educação para saúde sexual e

reprodutiva são: saúde sexual, saúde reprodutiva, gênero, diversidades e prevenção de DST/Aids.

O material produzido pelo SPE apresenta uma metodologia bastante inovadora, que é a ‘educação entre pares’, ou seja, voltada para a lógica do ‘jovem educando jovem’, considerando as peculiaridades das juventudes, para que sejam multiplicadores do conhecimento. É um material bastante elogiado pelos parceiros do PSE.

Ainda assim, justamente por abordar as diversidades, também é material que provoca bastante resistência – assim como a Caderneta – por tratar abertamente e com naturalidade alguns temas ainda polêmicos e de pouca apropriação por parte dos profissionais. As manifestações individuais de resistência são as mais diversas: desde recusa à implantação das Cadernetas até páginas arrancadas dos materiais, para ‘preservar’ os educandos de contato com ‘conteúdo indevido’.

No ano de 2012 (último dado disponível) as atividades sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e Hepatites Virais alcançaram 6.946.159 educandos de escolas participantes do Programa Saúde na Escola¹¹. O sistema de monitoramento do Programa ainda não permite o acompanhamento qualitativo das ações que são desenvolvidas, ou seja, pouco que sabe sobre o conteúdo e a forma de realização das atividades.

Os dados do PMAQ de 5.123 municípios indicam que 19,6% (n=6.828) das Unidades Básicas de Saúde do País que registraram informações, possuem a Caderneta do/da Adolescente sempre disponível; 6,9% (n=2.0408) possuem disponíveis apenas às vezes e 73,6% não disponibilizam nunca (n=25.684). Essa informação corrobora com o observado, de grande dificuldade de implantação da Caderneta do/da Adolescente no País. Segundo relatos de alguns gestores municipais e estaduais do PSE, a não concordância com alguns importantes temas contidos no instrumento é o principal obstáculo. O fato de haver influência pessoal de pessoas como professores, membros da família, padres, etc, é outra questão bastante comentada.

5.5.1. Saúde sexual e saúde reprodutiva

De acordo com os conceitos adotados nos materiais do SPE, a partir de documentos da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), saúde sexual é definida como “a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do

¹¹ Dados retirados do SIMEC, fornecidos pelo Ministério da Educação.

ser sexual”, podendo influenciar aspectos como personalidade e capacidade de comunicação com outras pessoas, não sendo somente relacionada à “procriação e doenças sexualmente transmissíveis”. Já a saúde reprodutiva é “o bem estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, às suas funções e processos e não à mera ausência de doenças ou enfermidades”; trata-se da vivência de uma vida sexual segura e satisfatória, com liberdade para decidir ter ou não filhos, quantos e em que momento da vida.

Abaixo, trecho de um depoimento registrado no fascículo referente à saúde sexual e reprodutiva:

“Estou cansada de saber que para me proteger é preciso usar camisinha. Minha professora de história vive conversando com a gente sobre isso. Só que na vida real isso não é tão simples assim. Se eu tenho uma camisinha na mochila, preciso esconder muito bem. Já pensou se minha mãe acha? Ela vai ficar maluca e me dar um sermão dizendo que sou muito nova pra transar, que posso ficar grávida e que isso vai acabar com a minha vida. Se alguém da minha escola vir, todo mundo vai saber e achar que sou galinha. O que irrita é que essas coisas só acontecem com as meninas. Ninguém enche o saco de um cara que anda com camisinha no bolso. Acho que precisava mais trabalho na escola que fizesse com que as pessoas aceitassem que a camisinha é uma coisa legal e que tinham de parar de perturbar as pessoas por terem camisinha” (Brasil, 2012b, p. 35).

A juventude é o momento em que a experimentação da sexualidade possibilita a estruturação da identidade de cada indivíduo, se configurando como um momento de afirmação da masculinidade ou das modelagens sobre feminilidade, da criação de vínculos e descobertas afetivas, do prazer e do próprio corpo. A interpretação da fase como de crescimento intenso, porém de presente imaturidade, faz com que esses adolescentes e jovens necessitem de referências para conseguirem se afirmar enquanto sujeitos providos de identidade sexual. Essas referências podem estar na família, na escola, na mídia, na igreja e em diversos outros espaços.

As manifestações de dificuldades para lidar com o tema geralmente são referentes a uma divergência nas concepções adotadas, como se essas incentivassem o início precoce da sexualidade, fazendo com que as/os adolescentes tivessem mais parceiros sexuais, estimulando a promiscuidade ou aumentando o risco de gravidez na adolescência. Alguns

profissionais relatam que muitas vezes essa resistência vem da família, que não enxerga a escola como espaço para esse tipo de discussão, devendo ficar reservada ao ambiente privado.

Em relação à Caderneta, a resistência se dá principalmente com o conteúdo referente aos Estágios de Tanner (fotos com as diferentes fases da maturação sexual durante a puberdade), que chega a ser arrancado antes de ser entregue aos educandos.

As responsabilidades relacionadas à saúde reprodutiva são, historicamente, atribuídas unicamente às mulheres. Desde o fim do século XVIII, a natureza feminina era associada gradativamente aos órgãos reprodutivos e essa associação referendava o discurso médico acerca das limitações dos papéis sociais e econômicos das mulheres. O controle da reprodução é um dos pilares que sustenta a medicalização do corpo feminino, se configurando também como uma forma de controle social, por meio do qual padrões de comportamento e diferenças de classe social, raça/etnia são ordenados, mantendo a hegemonia e aprofundando desigualdades de gênero e de classe (Costa *et al*, 2006).

5.5.2. Gênero

Este volume dos fascículos do PSE define gênero como a maneira como “nós somos socializados, ou seja, é formado pelas atitudes, comportamentos e expectativas que a sociedade associa ao que é ser homem ou ser mulher. Elas podem ser aprendidas com os amigos(as), família, nas instituições culturais, educacionais e religiosas ou ainda nos locais de trabalho”. Ainda nesse volume é feita uma diferenciação, definindo identidade de gênero como “a experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo biológico”.

“Quando meu pai soube que minha mãe tinha dado à luz uma filha e não um filho, o relacionamento dos dois piorou muito. Desde pequenininha escutei várias vezes meu pai falar ‘o que adianta ter uma filha se ela não poderá dar continuidade à família? Se ela nem vai poder manter meu sobrenome?’. Quando eu dizia que queria ser professora e trabalhar com crianças, novamente me depreciava, dizendo que o mundo era das máquinas e que eu não teria capacidade nem mesmo para dar continuidade aos negócios dele. Ele nunca aceitou o fato de ter uma filha e não um filho”. (Brasil, 2012c, p. 25)

O debate sobre a construção de gênero, apesar dos inúmeros avanços nas últimas décadas, ainda encontra dificuldades para se consolidar. A determinação de papéis ao longo da infância é reforçada no ambiente escolar. Segundo Louro (2003), a escola forma sujeitos num esquema binário rígido dicotomizado, supondo dois universos opostos: o masculino e o feminino. As diferenças biológicas são apropriadas para reproduzir divisões desiguais de lugar a ser socialmente ocupado, mas também de direitos e deveres. A divisão sexual do trabalho, reforçada por meio do capitalismo industrial urbano, restringia as atividades femininas ao espaço doméstico.

O desafio teórico é utilizar o gênero como categoria analítica capaz de produzir conhecimento histórico, como propõe Scott (1995), reconhecendo-o como “elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos (e como) um primeiro modo de dar significado às relações de poder”. Assim, o gênero, enquanto dispositivo epistêmico, absorve e desloca o sexo, fragmentando-o, enfraquecendo-o ou mesmo dissolvendo sua capacidade substancialista (Butler, 2010).

Poucas são as investigações que abordam o impacto da discriminação de gênero nas políticas públicas educacionais, tais como a persistência da discriminação contra as mulheres expressa em materiais didáticos e currículos (Viana & Unbehaum, 2004). A abordagem de gênero também ganha pouca relevância entre educadores/as, mesmo no conteúdo dos cursos de formação docente. Ainda persiste a dificuldade em se trazer para o centro do debate mais do que as diferenças entre os sexos, mas os significados de gênero subjacentes a essas desigualdades.

5.5.3. Diversidades

O material do SPE referente à temática das diversidades apresenta três conceitos como eixos prioritários: sexo biológico, identidade de gênero e orientação sexual, tendo a sexualidade e o gênero como aspectos intimamente relacionados, partes de um processo por meio do qual ocorre o controle social e a manutenção da ordem, que ocorre por meio de mecanismos exercidos toda vez que um indivíduo transgride as normas e os padrões socialmente estabelecidos para cada um dos sexos, podendo haver uso da violência (física e/ou psicológica) individual ou institucional (Brasil, 2012d).

A homossexualidade só deixou de fazer parte da Classificação Internacional de doenças (CID) na década de 1970 e em 1999 o Conselho Federal de Psicologia lançou resolução que proíbe a participação de psicólogos em atividades que pretendam tratar e curar as homossexualidades (Araújo, 2007).

Socialmente, a afirmação da heterossexualidade é acompanhada pela rejeição da homossexualidade, ou seja, a realidade é ainda mais difícil para aquelas/es que apresentam comportamentos ou manifestam interesses e desejos distintos da norma social vigente, que é a heterossexual. A esses sujeitos restam poucas alternativas diante da sociedade: o silêncio, a dissimulação ou a segregação. Essa rejeição que se expressa, muitas vezes, por declarada homofobia. De modo particular, as expressões físicas de amizade e de afeto entre homens são controladas, em diversas situações sociais (Rubin, 1984).

O debate acerca da homossexualidade é decorrente das concepções de gênero e dos papéis/funções atribuídos a homens e mulheres e do modelo discursivo hegemônico da inteligibilidade do gênero, o qual presume que, para os corpos serem coerentes é necessário haver um sexo estável, expresso por um gênero estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade. (Butler, 2012, p. 216).

5.5.4. Prevenção de DST e Aids

Esse seja talvez o eixo com o qual as equipes de saúde se sentem mais à vontade para trabalhar com os educandos, a grosso modo, por poder ser tratado dentro do binômio saúde-doença e das práticas prescritivas. A depender do modo como as informações referentes à prevenção de DST/Aids são compartilhadas, ferem alguns dos princípios do PSE, especificamente quando a abordagem se dá pela perspectiva da doença, por exemplo, ao buscar ‘sensibilizar’ os educandos com a exposição de órgãos genitais afetados, com feridas, pus, verrugas, etc. Essa é uma das abordagens mais comuns.

O debate acerca da prevenção de DST não pode ser realizado de forma descolada do debate da saúde sexual e por isso, também deve ser permeado dos conceitos de autonomia, responsabilidade, auto-cuidado, dentre outros.

Deve ser garantido também o acesso universal aos métodos contraceptivos previstos para serem distribuídos pelo SUS. Diversas campanhas de sensibilização de adolescentes e jovens já foram veiculadas nacionalmente pelo Governo Federal com o intuito da

sensibilização e, ao longo do tempo, houve uma mudança na abordagem, que passou a incluir a sexualidade de forma mais natural, inclusive com a distribuição de preservativos nas escolas a partir de 2006.

O uso de preservativos encontra grande resistência por parte dos setores mais conservadores das igrejas, cuja preocupação extrapola a prevenção às doenças, está vinculada à prática da sexualidade e à moralidade.

A propagação da ideia do sexo seguro aos jovens, garantido pelo uso do preservativo, somente traria (ou reforçaria) o desregramento sexual, a promiscuidade, a busca do sexo somente para satisfação de um instinto e desta forma, indo de encontro a certos valores pregados pela Igreja, como o vínculo inseparável da relação sexual ao amor e a geração da vida, sendo o matrimônio o lócus correto para a prática do sexo (Dias, 2012):

“a sexualidade humana, separada do amor e da fecundidade, parece reduzida à produção do prazer, deixando de ser premissa para que um homem e uma mulher entrelacem seus destinos, elaborando um projeto comum de vida, aberto a procriação e a educação dos filhos, estabelecendo vínculos de comunhão na família” (Benes, 2007 apud Dias, 2012).

É importante destacar a vulnerabilidade de jovens e adolescentes às DST e HIV/Aids, ressaltando ainda que o aumento desta incidência entre os jovens vem crescendo significativamente em nosso País. Os avanços do tratamento desencadeiam o cotidiano terapêutico permeado por vivências que decorrem do uso permanente de medicamentos, da frequência às consultas, da realização de exames de rotina e demais cuidados para a manutenção de sua saúde, e, ainda somam-se as dificuldades quanto à revelação do diagnóstico para o adolescente.

Uma das grandes preocupações do SPE é a articulação de grupos de adolescentes e jovens que vivem com HIV/Aids, para que atuem como multiplicadores do conteúdo referente à saúde sexual e reprodutiva, bem como da metodologia da educação entre pares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Nosso corpo não é nada mais que a habitação de muitas almas” (Nietzsche, 1988, apud Costa, 2011).

A educação é, por sua origem, seus objetivos e funções um fenômeno social. As maneiras como é colocada em prática relacionam-se ao contexto político, econômico, científico e cultural da sociedade, historicamente determinada. A história da sociedade e de seus instrumentos educativos está diretamente ligada ao comportamento da população, suas condutas disciplinares e ao exercício do poder. O disciplinamento dos corpos – condicionante do comportamento aceitável ou não – também passa pela esfera da saúde.

O Programa Saúde na Escola, por mais que tenha bem definidos os seus princípios e diretrizes, buscando resignificar a prática de promoção da saúde e prevenção de agravos, ainda tem sua materialização limitada pelo contexto educacional e de saúde nos quais está inserido.

Foucault nos oferece estudos que permitem analisar a escola como um espaço que produz saber e poder, onde a disciplina seria essencial para a formação do saber das ciências humanas. As práticas pedagógicas da sociedade disciplinar possibilitam que os corpos sejam vigiados constantemente e que comportamentos sejam diariamente estabelecidos.

A escola produz e reproduz maneiras peculiares de relação com corpo, criando modos de mapear, nomear, normalizar e docilizar o corpo. Essas formas de tratamento, porém, estão sempre relacionadas ao que produzido no corpo social.

O controle da sexualidade e as barreiras encontradas historicamente para seu livre exercício fazem parte desse contexto. O poder sendo exercido desde a infância, e passando pela adolescência e juventude em especial – fases mais intensas da sexualidade pela perspectiva social – tem sido uma das formas mais eficazes de estabelecimento de padrões, de normatização de posturas e de controle social. Estabelece-se dessa maneira, uma ligação entre a contínua construção e desconstrução do sujeito e a própria noção de vida, de corpo e de autonomia.

O corpo do adolescente, por sua vez, é um corpo que demanda urgências, desejos até então inexistentes, um corpo que agride por estar ocorrendo um bombardeio psíquico da sexualidade, até então soterrada pelas primeiras repressões da infância.

Ao mesmo tempo em que são envolvidos na produção pedagógica do cuidado em saúde, os atores envolvidos – educandos, professores, profissionais da saúde – produzem a si mesmos, refletindo valores e mantendo ou modificando comportamentos.

As políticas e programas voltados à sexualidade, costumeiramente fazem uma separação entre contracepção/saúde reprodutiva e prevenção de DST de um lado, e comportamento sexual, do outro. Essa fragmentação resulta da ausência de uma concepção mais abrangente sobre a esfera da sexualidade e acaba por priorizar as ações de educação em saúde fundadas na mudança do comportamento individual e na culpabilização do sujeito por possíveis intercorrências.

Essa postura não leva em consideração que os comportamentos são socialmente apreendidos, e que importantes diferenças de gênero, de identidade sexual, de orientação sexual, dentre outros elementos (construídos também socialmente), determinam comportamentos. É imperativo ampliar o foco das políticas públicas direcionadas à juventude e repensar as maneiras como se trabalha a sexualidade no espaço escolar e no contexto da educação em saúde.

Mesmo em instâncias normativas e disciplinantes existem brechas nas suas estruturas instituídas, o que torna possível o agenciamento de singularidades em uma perspectiva de reconstrução dos saberes e das práticas, por meio de rupturas com os paradigmas aparentemente consolidados. Não se trata de buscar um (outro) consenso, mas cultivar a singularidade e a expressão criativa da existência (Guattari; Rolnik, 1986).

A construção de uma resposta social para as necessidades de adolescentes e jovens, especialmente no que diz respeito à sexualidade, depende da ampliação do acesso à informação e dos recursos para a vivenciarem de maneira menos censurada. Depende também da construção de respostas por parte das instituições que os acolhem e de transformações sociais mais profundas, que diminuam as desigualdades resultantes das relações de poder instituídas em nossa sociedade.

Essas reflexões são necessárias para compreensão dos processos educacionais na escola, mas também da sua articulação com o campo da saúde. Reconhecer a importância histórica dos processos de inserção do tema no ambiente escolar é refletir sobre a evolução de toda sociedade, pois trata-se de um dispositivo relacionado diretamente com os processos históricos, mantendo vivas as possibilidades de resistência e transgressão, inclusive.

REFERÊNCIAS

Araújo, T.W.; Calazans, G. Prevenção de DST /Aids em adolescentes e jovens : brochuras de referência para os profissionais de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde/ Coordenação Estadual de DST/Aids, 2007.

Biato, E.C.L.; Góis, M.C.R. de. O profissional da saúde e seu papel nos espaços de educação: examinando processos dialógicos. Revista da Educação Pública. (15)27: 13-30. Cuiabá: EdUFMT, 2006.

Bourdieu, P. A dominação masculina. Tradução de Maria Helena Kühner – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2002. Tradução do original: *La domination masculine*.

Bourdieu, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.

Bourdieu, P. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. Educ. Rev., Belo Horizonte (10): 3-15, dez. 1989.

Brasil. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e jovens para educação entre pares: sexualidade e saúde reprodutiva – 66 p.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e jovens para educação entre pares: gêneros – 60 p.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e jovens para educação entre pares: diversidades sexuais – 56 p.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e jovens para educação entre pares: prevenção de DST: HIV e Aids – 61 p.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Adolescente – 1ª ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde do Adolescente – 1ª ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. Ministério da Educação/ Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.910, de 08 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. Brasília, 2008.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. – Brasília: MEC/SEF, 1998a.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos (temas transversais: orientação sexual). Brasília: MEC/SEF, 1998b.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos (temas transversais: orientação sexual). Brasília: MEC/SEF, 1998c.

Brasil. Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 23 dez 1996.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

Castro, M. G., Abramovay, M., Silva, L. B. da. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: Unesco, 2004.

Costa, L.B. da. *Com olhos da suspeita: Nietzsche e o estatuto da experiência em educação*. *Revista Reflexão e Ação*, 19(2):28-41, 2011.

Costa, T.; Stotz, E.N.; Grynszpan, D.; Souza, M.C.B. de. *Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução*. *Interface (Botucatu)*, 10(20): 363-380, 2006.

Cruz, P.A.S.; Freitas, S. A. de. *Disciplina, controle social e educação escolar: um breve estudo à luz do pensamento de Michel Foucault*. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília*, ed. 7, 2011.

Cruz Neto, O. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In: Minayo, MCS, organizadora: *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

Deleuze, G.; Guattari, F. *O que é a filosofia?* Tradução de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Munoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

Demarzo, M. M. P.; Aquilante, A. G. *Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde*. In: *PROGRAMA de Atualização em Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

Dias, C.J.P. “Um sinal de decadência”: críticas católicas a promoção do preservativo aos jovens como método de prevenção ao HIV/AIDS. *Revista Angelus Novus*, nº 4, 2012.

Durkheim, *Educação e sociologia*. 11 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

Ferrari, A. *Diferença, igualdade e formação de identidade no contexto escolar*. *Instrumento: Revista de Estudo e Pesquisa em Educação*, 2(1): 87-100. EdUFJF, 2000.

Figueiredo, T. A. M.; Machado, V. L. T.; Abreu, M. M. S.. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2): 397-402, 2010.

Foucault, M. Verdade, poder e si mesmo. In: *Ditos e escritos: ética, sexualidade, política*. p. 294-300. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

Foucault, M. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo, Martins Fontes, 2002.

Foucault, M. Vigiar e punir: história da violência nas prisões (R. Ramallete, Trad.). Petrópolis: Vozes, 1994.

Foucault, M. História da Sexualidade I: Vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal: 1988. Do original em francês: *Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir*.

Foucault, M. Microfísica do poder. 17. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Galeano, E. O livro dos abraços; tradução de Eric Nepomuceno. - 9. ed. – Porto Alegre: L&PM, 2002.

Gramsci, A. Cadernos do Cárcere: Maquiavel - notas sobre o Estado e a política. Edição e Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. V.3

Guattari, E; Rolnik, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

Guirado, M. Sexualidade, isto é, intimidade: redefinindo limites e alcances para a escola. In: Aquino, J. G. (coord.). Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas – 4ª edição. São Paulo: Summus, 1997.

Harada, J. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola promotora de saúde. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

Iamamoto, M. V. & Carvalho, R. de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 6.ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1988.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2009*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

IPEA – Instituto de Pesquisas Sociais Aplicadas Boletins. IPEA – *Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal - Anexo Estatístico nº 17*, 2009.

Lima, G.Z. *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez; 1985.

Lima, N.L. de; Resende, A.O. *O poder normativo na escola e seus efeitos sobre os sujeitos. Estilos clin.*, São Paulo, (18)1:34-52, 2013.

Louro, G. "Pedagogias da sexualidade". In: SILVA, Tomaz T. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

Mannheim, K. *Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

Michaelis – *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Editora Melhoramentos Ltda, 2009.

Mészáros, I. *A educação para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2008.

Moncorvo Filho, C.A.A. *Higiene escolar: seu histórico no Brasil*. In: *Anais do Primeiro Congresso Médico Paulista*. Vol. 3 São Paulo: Seção de Obras d'O Estado de São Paulo; 1917. p. 141-153.

Nascimento, W.F. (trad.). Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política de identidade. Traduzido de “*Michel Foucault, une interview: sexe, pouvoir et la politique de la identité*”. (“*Michel Foucault, an interview: sex, power and the politics of identity*”; entrevista com B. Gallagher e A. Wilson, Toronto, junho de 1982; trad. F.Durant-Bogaert). *The advocate*, no 400, 7 de agosto de 1984, pp. 26-30 e 58. *Verve*, 5: 260-277, 2004.

Rosen, G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Rubin, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. Pleasure and danger: exploring female sexuality. Ed. Carole Vance. Boston: Routledge, 1984.

Sayão, Y. Orientação sexual na escola: os territórios possíveis e necessários. In: Aquino, J. G. (coord.). Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas – 4ª edição. São Paulo: Summus, 1997.

Scott, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995.

Seffner, F. Aids & Escola. Cidadania, doença e qualidade de vida: o caso da AIDS. In: Viola, S. A. e Ritter, P. (orgs.). Cidadania e Qualidade de vida (p. 37-46). Canoas: CELES. Disponível em <http://www.unilasalle.edu.br/seffner/artigo1.htm>. Acesso em: 10 jun 2014

Souza, M.C.C.C. de. Sexo é uma coisa natural? A contribuição da psicanálise para o debate sexualidade/escola. In: Aquino, J. G. (coord.). Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas – 4ª edição. São Paulo: Summus, 1997.

Tavares, M.F.L.; Rocha, R.M. Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de Manguinhos – Rio de Janeiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília, p. 157 a 167, 2006.

UNAIDS. A ONU e a resposta à Aids no Brasil. Brasília, 2008.

UNESCO. Políticas de/para/com Juventudes. Brasília: Unesco, 2004.

Valadão, M.M. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutor. 2004.

Viana, C.P.; Unbehaum, S. O gênero nas políticas públicas. Cadernos de Pesquisa, 34(121): 77-104, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências.

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.

Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

- II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III - territorialidade;
- IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V - integralidade;
- VI - cuidado ao longo do tempo;
- VII - controle social; e
- VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

- I - o contexto escolar e social;
- II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e
- III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;
- III - promoção da alimentação saudável;
- IV - avaliação oftalmológica;
- V - avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI - avaliação auditiva;
- VII - avaliação psicossocial;
- VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
- IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X - prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI - prevenção do uso de drogas;
- XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV - educação permanente em saúde;
- XV - atividade física e saúde;
- XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

Jose Gomes Temporão