

UMA FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO & APOIO

com base na Evidência e nos Direitos para os SDSR/
Intervenções de Prevenção do HIV para os Jovens



Colofon

Holanda, agosto de 2009

Desenvolvido por

Joanne Leerlooijer, Fundação Mundial da População (WPF)

Em cooperação com

STOP AIDS NOW!

Holanda

RESHAPE – Universidade de Maastricht, Save the Children
Holanda e os parceiros da STOP AIDS NOW! Cordaid, Oxfam
Novib, ICCO

África do Sul

Dance4Life, Targeted AIDS Intervention, Catholic Institute of
Education, South African Scouts Association, Universidade de
Stellenbosch, God's Golden Acre

Paquistão

AAHUNG, IHDCS, AMAN Foundation, AAS, PAVNHA, PNAC,
DANESH, WPF Paquistão

Com comentários de Dr. Douglas Kirby

Fotografia: Adriaan Backer

Para pedir mais informação e/ou uma cópia do documento:

Fundação Mundial da População (WPF)

Vinkenburgstraat 2A

3512 AB UTRECHT

Holanda

F (+31) 30 23 93 888

E j.leerlooijer@wpf.org

www.wpf.org

www.mybody.nl

www.interventionmapping.nl

STOP AIDS NOW!

Keizersgracht 390

1016 GB AMSTERDÃ

Holanda

F (+31) 20 52 87.828

www.stopaidsnow.org

UMA FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO & APOIO

com base na Evidência e nos Direitos
para os SDRS/Intervenções de Prevenção
do HIV para os Jovens





PREFÁCIO

Em 2006, algumas organizações na Holanda e no sul identificaram a necessidade de fazer mais uso da evidência de uma educação efetiva de SDR para jovens. Assim começou o desenvolvimento dessa ferramenta. No início de seu desenvolvimento, as organizações na África do Sul e no Paquistão começaram a trabalhar com a ferramenta; seu retorno usou-se adaptá-la e facilitar sua aplicação. A versão atual da ferramenta traduz os princípios e temas acadêmicos e teóricos para sua utilização na prática.

Tudo isso não teria sido possível sem a ajuda de muitos profissionais: nós gostaríamos de agradecer as organizações na África do Sul (Dance4Life, Targeted AIDS Intervention, Catholic Institute of Education, South African Scouts Association, Universidade de Stellenbosc, God's Golden Acre), no Paquistão (AAHUNG, IHDCS, AMAN Foundation, AAS, PAVNHA, PNAC, DANESH, WPF Paquistão) e na Holanda (Save the Children Holanda e os parceiros da STOP AIDS NOW! Cordaid, Oxfam Novib e ICCO). Eles nos deram retorno útil e detalhado, que foi integrado na ferramenta. Nós também agradecemos nossos colegas na Holanda: O professor Herman Schaalma (Universidade de Maastricht), Jo Reinders e Ellen Eiling da WPF, Maaik Stolte e Miriam Groenhof da STOP AIDS NOW!

Agradecimentos especiais para Douglas Kirby por seus comentários preciosos. A ferramenta baseia-se sobretudo em seu trabalho no âmbito da educação sexual para jovens nas escolas. Durante o processo de desenvolvimento, foi muito importante manter uma clara distinção entre os princípios da abordagem baseada em direitos e fatos, os que provêm da evidência.

Dois outros documentos complementam a ferramenta. Um deles é muito mais elaborado: A Intervention Mapping Toolkit for Planning Sexuality Education Programmes (caixa de ferramentas de Mapeamento de Intervenções para o planejamento de programas de educação sexual), que traduz modelos acadêmicos úteis, evidência, teorias e outra informação num prático manual, com muitas dicas, experiências e ferramentas que foram usadas em projetos na África e na Ásia. O segundo documento é um sumário dessa ferramenta de planejamento e de apoio. Consiste de algumas páginas apenas – uma lista de controle para profissionais de programas nas agências de financiamento e em outras organizações, para desenvolver ou avaliar propostas de projetos.

A WPF e a STOP AIDS NOW! aceitam com prazer todos os esforços para aplicar ou distribuir esse documento e comentários para melhorá-lo. Nós também oferecemos capacitação e apoio, tanto na utilização prática da ferramenta, como nos princípios e abordagens subjacentes.

**Joanne Leerlooijer, World Population Foundation (WPF)
Doortje 't Hart, STOP AIDS NOW!**

CONTEÚDO

ABREVIATURAS	7
1. INTRODUÇÃO	9
1.1 SDSR/educação sexual	9
1.2 Objetivo e utilização da ferramenta	10
1.3 Desenvolver a ferramenta	11
1.4 A ferramenta e o Enfoque Quadro Lógico (LFA)	12
1.5 Como usar a ferramenta	13
2. DIREITOS E EVIDÊNCIA	15
2.1 Abordagem com base em direitos	15
2.2 Abordagem baseada na teoria e na evidência	17
2.3 Abordagem baseada na teoria e na evidência	20
3. FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO E DE APOIO	23
A. Envolvimento (passo 1)	23
B. Avaliação das necessidades/analise da situação (passo 2)	26
C. Objetivos (passo 3)	29
D. Elaboração de intervenções baseadas na evidência (passo 4)	33
E. Adoção e implementação (passo 5)	45
F. Monitoria & avaliação (passo 6)	48
4. CARACTERÍSTICAS: ANTECEDENTES	51
A. Envolvimento (passo 1)	51
1. As pessoas apropriadas estão na equipe de projeto?	51
2. Os jovens estão envolvidos no planejamento da intervenção?	52
3. Os facilitadores estão envolvidos no planejamento da intervenção?	53
4. As pessoas relevantes que decidem estão envolvidas no planejamento da intervenção?	53
B. Avaliação das necessidades/análise da situação (passo 2)	54
5. A intervenção baseia-se numa avaliação das necessidades?	54
6. A intervenção baseia-se numa análise da situação?	55

C. Objetivos (passo 3)	57
7. Os objetivos de saúde foram descritos claramente?	57
8. As mensagens de comportamento para os jovens são claras e consistentes?	57
9. A intervenção refere-se a todos os determinantes pessoais de comportamento que sejam relevantes e que possam mudar?	58
10. Há suficientes esforços para promover um entorno de apoio?	59
11. A intervenção baseia-se numa abordagem holística?	59
D. Elaboração de intervenções com base na evidência (passo 4)	61
12. A intervenção está explícita sobre a sexualidade?	61
13. Os facilitadores criam um contexto seguro para que os jovens possam participar?	62
14. A intervenção dá informações corretas e completas?	62
15. A intervenção trata a percepção de riscos?	63
16. A intervenção ajuda as pessoas a entender e desenvolver seus próprios valores, atitudes e consciência sobre a influência social?	63
17. A intervenção inclui capacitação interativa de habilidades?	65
18. Os jovens têm acesso a apoio individual?	65
19. A intervenção promove a comunicação com os pais e outros adultos?	66
20. Os temas da intervenção estão cobertos numa sequência lógica?	66
21. A intervenção é atrativa para o grupo alvo?	67
22. A intervenção foi testada?	68
E. Adoção e implementação (passo 5)	68
23. Fizeram alguma coisa para aumentar a adoção da intervenção?	68
24. A intervenção é implementada pelos facilitadores apropriados?	69
25. Os facilitadores recebem capacitação e apoio para implementar a intervenção adequadamente?	69
26. A implementação é sustentável?	70
F. Monitoria & avaliação (passo 6)	70
27. Avaliaram a mudança dos determinantes de comportamento (avaliação dos efeitos)?	70
28. Monitoraram a elaboração e a implementação da intervenção (avaliação do processo)?	71

REFERÊNCIAS

72

ABREVIATURAS

ARV	Remédio antirretroviral
ATV	Aconselhamento e Testes Voluntários
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CRC	Convenção sobre os Direitos da Criança
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IEC	Informação, Educação e Comunicação
LFA	Logical Framework Approach (Enfoque Quadro Lógico)
MI	Mapeamento de Intervenções
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OVC	Órfãos e Crianças Vulneráveis
SDSR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SMART	Específico, Mensurável, Atingível, Realista e Sujeito a Prazo
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
WPF	Fundação Mundial da População



1. INTRODUÇÃO

Mais da metade da população global consiste de jovens. Muitos deles enfrentam desafios, como o HIV/Aids, DSTs, gravidez na adolescência, desigualdade de gênero e discriminação, especialmente, em países em desenvolvimento. Em todas partes do mundo, há organizações que elaboraram programas para atender esses tipos de problemas, relacionados com a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens (SDSR). Alguns programas têm como objetivo prevenir problemas de SDSR, enquanto há outros que oferecem cuidados a pessoas que enfrentam esses tipos de problemas. Outro objetivo do programa poderia ser de melhorar as políticas ou a legislação. Com a ferramenta, nós nos concentramos em programas que promovem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, a chamada educação sobre SDSR, ou educação sexual.

1.1 SDSR/educação sexual

A caixa de texto 1 oferece uma definição da educação sexual pelo SIECUS,¹ o Conselho de Informação e Educação sobre a Sexualidade dos Estados Unidos. Muitos programas fazem parte da educação sobre SDSR/educação sexual, por exemplo, programas de habilidades de vida, materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC), prevenção do HIV/Aids, prevenção da gravidez, programas orientados unicamente à abstenção, e educação sexual extensa. O alcance e as abordagens subjacentes desses programas podem variar muito, mas todos têm como objetivo prevenir problemas de saúde específicos e promover o bem-estar dos jovens. Também podem variar muito em termos de grupo alvo e em sua implementação.

Muitas organizações têm como objetivo melhorar a qualidade de vida e a saúde dos jovens e, por isso, implementar programas de boa qualidade. Porém, desenvolver programas efetivos não é uma tarefa fácil. As experiências e evidências obtidas com trabalho realizado em todas partes do mundo mostram o que contribui para a qualidade, e o que não contribui.

Essa ferramenta oferece a evidência mais importante, apresentada num formato útil para organizações que trabalham na prática cotidiana da educação SDSR para jovens, mas cujo tempo e recursos são limitados. É um plano para organizações que visa otimizar a elaboração e a avaliação de programas educativos sobre SDSR para jovens.

A educação sexual é um processo de aquisição de informação e formar atitudes, convicções e valores sobre a identidade, relações e intimidade que dura a vida inteira. Envolve o desenvolvimento sexual, a saúde reprodutiva, relações entre pessoas, afetividade, intimidade, imagem do corpo e papéis de gênero. A educação sexual refere-se às dimensões biológicas, socioculturais, psicológicas e espirituais da sexualidade desde 1. o âmbito cognitivo, 2. o âmbito afetivo, e 3. o âmbito do comportamento, inclusive, as habilidades de comunicar efetivamente e tomar decisões responsáveis.

Caixa de texto 1. Definição da educação sexual (SIECUS)

1.2 Objetivo e utilização da ferramenta

A ferramenta foi desenvolvida para organizações que já implementam programas de educação SDR para jovens e que querem analisar seu programa, bem como para aquelas organizações que estão planejando o desenvolvimento de um programa. Pode ser utilizada por profissionais e organizações, sem nenhum acompanhamento ou interação, mas a melhor opção é receber capacitação com uma rede de organizações sobre como usar a ferramenta. Foi demonstrado que isso é uma maneira efetiva de apreender com outras organizações e trocar experiências.

O objetivo da ferramenta é animar as pessoas que desenvolvem a educação sobre SDR para refletir sobre o porquê de determinadas decisões no desenvolvimento e na implementação de programas e sobre as razões pelas quais seu programa e sua implementação são tais como são. Por exemplo, por que um programa concentra-se unicamente no aumento de conhecimentos, prestando quase nenhuma atenção ao desenvolvimento dos valores e atitudes dos jovens? Ou, por que motivo um programa é conduzido por jovens educadores pares, e não por professores? A ferramenta ajuda as organizações a tomar decisões bem informadas sobre o planejamento, o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de programas SDR, passo por passo, de maneira cronológica.

A ferramenta pode ser utilizada para analisar ou planejar uma variedade de intervenções SDR: intervenções na escola ou fora da escola; grandes ou pequenas; voltadas para o HIV, DSTs, e/ou gravidez; voltadas para idosos ou jovens; para órfãos e crianças vulneráveis (OVC); crianças que trabalham; e/ou outros jovens.

As organizações podem utilizar a ferramenta para analisar as intervenções existentes para identificar o que funciona bem e o que deve melhorar. Nenhum programa é perfeito, a efetividade depende de muitos fatores, inclusive, os recursos disponíveis e as limitações no contexto da implementação. Pode ser que não seja possível tratar todas as lacunas identificadas simultaneamente. Uma opção é colaborar com outras organizações que já têm experiências específicas e que são capazes de resolver as lacunas. Por exemplo, uma análise pode mostrar que os jovens não têm acesso a serviços de saúde e de aconselhamento. O resultado poderia ser que se decide colaborar com uma organização que tem experiência com este tipo de serviços.

A ferramenta também pode ser utilizada para elaborar novas intervenções. Oferece um ambiente para a elaboração, a implementação e a avaliação de projetos SDR. Porém, não deveria obrigar as organizações a implementarem os programas completamente de acordo com a ferramenta; o contexto específico da implementação ou o mandato de uma organização podem requerer determinadas decisões que podem não estar de acordo com a ferramenta.

O planejamento de novas intervenções seguindo uma abordagem sistemática, com base em teorias e na prática, requer geralmente muito tempo e, portanto, financiamento. Às vezes, é difícil para as organizações que implementam os programas obter recursos para planejar as intervenções dessa maneira. Outra dificuldade pode se apresentar na 'tradução' da terminologia do Mapeamento de Intervenções para o formato e os requisitos das agências doadoras, já que cada uma tem sua própria terminologia e requisitos. Alguns doadores definem a agenda das agências que implementam os programas e não as consideram quando elas tentam introduzir novas abordagens.

As organizações no Paquistão usaram a ferramenta com vários objetivos:

- Analisar os programas existentes de educação SDR
- Elaborar novos programas educativos de SDR
- Quadro para conduzir a discussão com as organizações doadoras
- Capacitação e melhoria de projetos ou programas
- Documentar o planejamento das intervenções depois
- Vincular distintas organizações e apreender com elas

Caixa de texto 2. Exemplos de como a ferramenta foi usada no Paquistão

1.3 Desenvolver a ferramenta

A ideia de desenvolver essa ferramenta de planejamento e de apoio foi uma iniciativa de várias organizações holandesas que trabalham com órfãos e crianças vulneráveis (OVC). Junto com suas organizações parceiras nos países em desenvolvimento, elas identificaram a necessidade de dispor de informação sobre o que funciona, e o que não funciona nos programas educativos sobre SDR para jovens.

A primeira versão da ferramenta foi desenvolvida junto com a Universidade de Maastricht, baseada principalmente na evidência global, inclusive, estudos de países em desenvolvimento, revisados por Kirby e seus colegas. Eles publicaram vários documentos na Internet que podem ser úteis para ler mais: 1) uma descrição das características da efetividade² e 2) uma ferramenta baseada na revisão³.

A primeira versão da ferramenta foi testada num país com alta incidência do HIV (África do Sul) e em outro, com baixa incidência do HIV (Paquistão), por organizações que implementam intervenções de SDR para jovens (na escola e fora da escola). O retorno mais relevante foi usado na medida do possível para desenvolver a atual versão da ferramenta. O retorno também nos levou a desenvolver uma breve lista de controle (sumário da ferramenta) para os coordenadores de programa nas agências doadoras e para capacitar os parceiros holandeses da STOP AIDS NOW! (doadores) na utilização da lista de controle⁴.

A introdução da ferramenta na África do Sul nos ensinou que é preciso fazer isso com muito cuidado, independentemente de onde se introduz. Sempre tem que ficar claro que a ferramenta não é uma ferramenta de avaliação externa imposta pelos doadores, mas simplesmente uma ferramenta de autoavaliação para intervenções existentes e para planejar novas intervenções.

Mapeamento de Intervenções

A ferramenta foi estruturada usando o modelo de Mapeamento de Intervenções⁵, que ajuda as pessoas que planejam programas de saúde com a sistematização do planejamento e que as encoraja a tomar decisões com base na evidência. O modelo é uma abordagem efetiva para a educação SDR para jovens, olhando a saúde e outros problemas da perspectiva (da mudança) do comportamento. E a educação SDR para jovens tem mais probabilidade de funcionar/ter impacto, se o problema for tratado sistematicamente, com base na evidência e na teoria.

O Mapeamento de Intervenções é um modelo de promoção de saúde usado no mundo inteiro, inclusive, na África e na Ásia. Foi desenvolvido por pesquisadores dos Estados Unidos e da Holanda. O modelo realça a utilização da evidência: Informação sobre os problemas e necessidades do grupo alvo (jovens); estruturas e recursos disponíveis para atender essas necessidades, e informação sobre o que funciona e o que não funciona (eficiência), em termos de abordagens e metodologia.

O modelo de Mapeamento de Intervenções encoraja as pessoas que desenvolvem programas a trabalhar de maneira sistemática. O modelo consiste de 6 passos estreitamente relacionados. Depois de envolver todos os interessados (passo 1), tem que fazer uma análise ampla do problema (passo 2). Essa análise resulta nos objetivos detalhados (passo 3). O passo seguinte consiste de estudar todas as atividades e todos os materiais do programa para ver se cada objetivo foi atingido (passo 4). Para garantir uma adoção e implementação efetiva do programa, é preciso analisar e atender todas as limitações e eventuais estruturas e recursos (passo 5). A última parte do processo consiste no monitoramento e na avaliação (passo 6).

Um elemento chave do modelo é a abordagem da mudança do comportamento. Os riscos de saúde e outros problemas são traduzidos em comportamentos de várias pessoas. Por exemplo, muitas adolescentes enfrentam uma gravidez não planejada por causa de seu próprio comportamento (relações sexuais não protegidas) e por causa do comportamento de outras pessoas (profissionais da área de saúde que não oferecem contraceptivos a jovens; políticos que não elaboram políticas para fornecer contraceptivos a jovens). A mudança de comportamento pode ser utilizada para analisar os motivos do comportamento das pessoas. Por que os profissionais da área de saúde não dão preservativos aos jovens? Existem várias possibilidades: falta de conhecimentos; a atitude de que os jovens não deveriam fazer sexo antes do matrimônio e que não precisam de preservativos; falta de habilidades de entrar em comunicação com jovens sem fazer julgamentos; e a influência de outros ou de normas comunitárias. Todos esses fatores – conhecimentos, atitude e habilidades – podem ser tratados com uma intervenção voltada para os profissionais da área de saúde.

1.4 A ferramenta e o Enfoque Quadro Lógico (LFA)

Como já foi mencionado, muitas organizações ativas na cooperação para o desenvolvimento usam o Enfoque Quadro Lógico (LFA) e outros modelos de gestão de projetos para planejar e monitorar suas intervenções. Às vezes, há confusão sobre a relação entre essa ferramenta de planejamento e de apoio e o LFA e a gestão de projetos.

A ferramenta não substitui o LFA – é um suplemento. O LFA é um enfoque útil, porém, é muito geral. Ao contrário do Mapeamento de Intervenções, o LFA não oferece ferramentas aprofundadas para explorar especificamente fatores que influenciam problemas de saúde (quer dizer, saúde sexual e reprodutiva) ou para desenvolver atividades e materiais de programa. Portanto, o MI pode ser um suplemento útil de seu Quadro Lógico para melhor especificar os resultados e indicadores esperados para o monitoramento e a avaliação.

Há muita duplicação entre as duas abordagens: ambas realçam o envolvimento desde o início dos atores implicados, ambas realçam os objetivos SMART e vinculam o monitoramento e a avaliação com os objetivos. Porém, a ferramenta dá sugestões para o conteúdo das intervenções SDRS e descreve os passos para realizar a intervenção o mais efetivamente possível.

1.5 Como usar a ferramenta

O Capítulo 2 explora ainda mais as duas abordagens usadas na ferramenta: a abordagem com base em direitos e a abordagem com base na evidência. O Capítulo 3 é o 'núcleo' da ferramenta e inclui uma tabela para verificar as características da eficiência. O Capítulo 4 apresenta o contexto de cada característica, inclusive, referências a documentos e literatura com mais informação detalhada.

Em todo o texto, nós inserimos números de referência, por exemplo: 1. No final do documento, há uma lista enumerada desses relatórios, artigos e sítios com informações adicionais.

A tabela no Capítulo 3 consiste de várias colunas. A coluna do lado esquerdo mostra todas as características das intervenções de educação SDRS para jovens que são efetivas. A coluna do centro dá indicadores mais detalhados para cada característica – a. o indicador 'que': o que foi feito ou incluído na intervenção e o que não foi feito ou incluído. b. o indicador 'como': qual foi a qualidade, ou como foi incluído. Os usuários da ferramenta podem dar as seguintes notas para os indicadores 'que' e 'como': ++ excelente; + razoável; +/- precisa melhorar; -- não é feito; e X não aplicável. Os usuários podem acrescentar informação na coluna do lado direito, e mais qualquer comentário sobre as notas e sugestões para melhorar.



2. DIREITOS E EVIDÊNCIA

A ferramenta usa duas abordagens – com base em direitos e com base na evidência. As duas abordagens são descritas na sequência e a seção conclui com uma descrição do vínculo entre elas.

2.1 Abordagem com base em direitos

Todos os jovens do mundo, independentemente de sua religião ou cultura, têm direitos sexuais e reprodutivos. Uma abordagem baseada em direitos serve às necessidades dos jovens envolvendo eles, e tenta desenvolver políticas e programas mais efetivos e sustentáveis. Esse tipo de abordagem oferece o âmbito adequado para atender as verdadeiras necessidades sexuais e reprodutivas dos jovens, e não somente suas necessidades como elas são percebidas por adultos.⁶

Um enfoque baseado em direitos no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, baseia-se em direitos humanos internacionalmente concordados, começando com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que afirma, entre outras coisas, que todas as pessoas têm direito à educação, cuidados de saúde, proteção, apoio e liberdade de expressão.⁷ A ideia da abordagem com base em direitos é investir nas possibilidades dos jovens e em fatores protetores sem moralizar e avisar. A hipótese é que o bem-estar dos jovens pode ser atingido com mais eficiência pelo empoderamento, fortalecendo suas capacidades, melhorando seu acesso a oportunidades e serviços, e oferecendo-lhes ambientes seguros e apoio.⁸ Uma abordagem baseada em direitos permite que os jovens controlem sua própria vida sexual e reprodutiva e que se tornem independentes.

Os Direitos Reprodutivos

baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todas as casais e indivíduos de decidir de maneira livre e responsável sobre o número de filhos que eles querem ter, o momento de ter filhos e o intervalo entre os nascimentos, e de receber informação e recursos para fazer isso, e o direito de atingir o padrão mais alto de saúde sexual e reprodutiva. Também inclui o direito de todos de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção e violência.¹⁴

Caixa de texto 3. Definição dos direitos sexuais e reprodutivos

‘Os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens’ têm sido um tema muito discutido, particularmente, em conferências internacionais. Isso resultou em várias convenções internacionais e a inclusão dos SDDR nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.⁹ Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC) introduziu uma abordagem baseada em direitos para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens. 191 governos do mundo inteiro assinaram e aprovaram a CRC. Eles se comprometeram a respeitar e promover os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, e a assegurar que todas as crianças e jovens com menos de 18 anos sobrevivam, cresçam, sejam protegidos e participem como membros ativos da sociedade.^{10;11}

A partir daquela época, as convenções da ONU foram reforçadas e direitos dos jovens elaborados. Todas as convenções resultaram de encontros internacionais: As Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento (CIPD, 1994, 1999, 2004) e as Conferências da ONU sobre Mulheres em Beijing (1995, 2000, 2005).

Essas conferências contribuíram para que os jovens agora sejam reconhecidos como seres sexuais com direito à autodeterminação, educação e informação, serviços adaptados a jovens, proteção e participação.¹²

Por firmar as convenções, governos de quase todos os países do mundo se comprometeram a expandir o acesso dos adolescentes à informação e serviços relacionados com a saúde reprodutiva, bem como promover o bem-estar dos jovens e a igualdade social.

O núcleo dos direitos dos jovens é o direito de tomar suas próprias decisões, bem informadas, sobre fazer sexo ou não. Os jovens devem receber informação sobre as mudanças que acontecem na adolescência, os riscos que eles enfrentam, e os direitos que o governo lhes deu, firmando as convenções internacionais. Quando os jovens têm problemas ou preocupações, eles devem ter acesso a serviços no âmbito da sexualidade e da saúde reprodutiva, que sejam de confiança e financeiramente possíveis. Esses serviços deveriam estar disponíveis aos jovens, inclusive aconselhamento, contraceptivos e preservativos.

Além disso, os jovens devem ser capazes de proteger eles mesmos e seu parceiro/parceira, especialmente, contra o abuso sexual. Finalmente, para assegurar que as políticas, programas e serviços cumpram as necessidades reais e os direitos dos jovens, eles mesmos devem participar em todos os níveis da tomada de decisões. Isso os fortalecerá para ser membros ativos da sociedade.¹³

Uma abordagem baseada em direitos realça o fato de que todas as pessoas deveriam receber o mesmo tratamento: tanto homens como mulheres, independentemente de sua orientação sexual, se têm ou tiveram um problema de saúde sexual, ou vivem com HIV/Aids. Isso as encoraja a empreender ações em caso de violação dos direitos (por exemplo, em casos de abuso sexual ou discriminação).

Os Direitos Sexuais abrangem direitos humanos já reconhecidos por leis nacionais, documentos internacionais sobre direitos humanos e outras declarações consensuais. Isso inclui o direito de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, ao seguinte:¹⁵

- o mais alto padrão possível de saúde sexual que possa ser atingido, incluindo o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva
- busca, acesso e fornecimento de informações relacionadas à sexualidade
- educação da sexualidade
- respeito à integridade corporal
- escolha de parceiro ou parceira
- decisão de ser ou não sexualmente ativo
- relações sexuais consensuais
- casamento consensual
- decisão de ter ou não filhos e quando os ter
- busca de uma vida sexual satisfatória, segura e prazerosa

Caixa de texto 3. Definição dos direitos sexuais e reprodutivos

Para botar essa teoria de direitos na prática, diversos e muitos agentes devem colaborar, ou seja, governos nacionais, organizações prestadoras de serviços aos jovens e os próprios jovens.¹⁶ Quando se garante que os jovens recebam os direitos aos quais eles têm direito, também é preciso respeitar os direitos dos outros. O direito de tomar as próprias decisões não deve ter um efeito adverso sobre os amigos, o parceiro ou parceira, os pais, a família ou a comunidade. Portanto, a tomada de decisões também significa assumir responsabilidade e levar em conta as expectativas dos outros, quando for relevante.

Uma abordagem programática baseada em direitos humanos é diferente da abordagem baseada em necessidades básicas, porque ela reconhece a existência de direitos e dá mais oportunidades às autoridades (habitualmente, aos governos) de respeitar, promover e garantir esses direitos.

2.2 Abordagem baseada na teoria e na evidência

Uma abordagem baseada na teoria e na evidência aplica a evidência e a teoria em todas as fases do planejamento de programas. Refere-se a todas as informações conhecidas que apoiam ou contradizem as decisões que já foram tomadas ou que estão sendo consideradas. A evidência pode derivar-se de experiências de outros projetos, levantamentos de base/avaliações das necessidades, publicações em revistas científicas, relatórios, boas práticas, entrevistas com especialistas, ou a Internet.¹⁷ Uma fonte importante desta ferramenta foi a revisão de intervenções ao nível mundial realizada por Kirby e seus colegas, como já foi mencionado no capítulo anterior.¹⁸

A informação também pode vir de teorias. Algumas teorias explicam o comportamento e os fatores que influenciam os problemas de saúde, enquanto outras apresentaram princípios para a mudança efetiva de comportamento ou as causas de determinado comportamento.¹⁹ Se esses princípios forem aplicados no planejamento, é mais provável que as intervenções mudem o comportamento. Um guia útil, que pode ser baixado da Internet, dá uma clara explicação de algumas teorias de promoção de saúde e como botá-las na prática.²⁰

Às vezes, vocês encontrarão evidências que se contradizem. Pode ser tentador usar a evidência que apoia a prática ou a abordagem escolhida por sua organização, mas isso não significa necessariamente que a efetividade aumentará. Outro ponto para lembrar é que a evidência que é aplicável em determinado contexto, não se aplica necessariamente a outro. Portanto, é útil usar a evidência, mas é preciso verificar se ela é aplicável em determinada situação. Por exemplo, a evidência vindo da África não pode usar-se automaticamente num contexto asiático, mas a evidência de um país semelhante ao seu, sim, pode ser aplicável.

Comportamento

A evidência mostra que os programas de SDR para os jovens, baseados nos modelos de mudança de comportamento, têm mais probabilidade de serem efetivos. Segundo esses modelos²¹, todos os problemas (de saúde e de direitos) se ‘traduzem’ para comportamentos. Por exemplo, podem existir várias razões pelas quais um grande número de jovens tem doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) que não foram tratadas. Uma razão poderia ser que os jovens infectados não buscam tratamento (comportamento de pessoas sob riscos) Mas isso poderia ser causado pelo comportamento de pessoas no entorno dos jovens: os profissionais da área de saúde não oferecem testes de DSTs ou tratamento aos jovens, ou os responsáveis pelas políticas não incluem a prestação desse tipo de serviços em suas políticas.

A vantagem de usar modelos de mudança de comportamento é que é mais provável que os planejadores levem em conta todos os fatores relevantes para explicar e mudar um problema de saúde. O modelo pode ajudar a identificar fatores em distintos níveis, e também mostrar como esses fatores estão relacionados. Quando os planejadores começam a ter uma ideia clara sobre 'o problema' e os fatores que o determinam, eles podem tratá-los em sua intervenção, com mais probabilidade de provocar mudanças.

O termo 'mudança de comportamento' parece implicar que o modelo só pode ser aplicado caso for necessário mudar comportamentos. Porém, também pode ser utilizado para entender como manter um comportamento que contribui para a promoção da saúde e dos direitos. Por exemplo, para entender por que alguns jovens, sim, fazem testes e aceitam o tratamento, e para ajudá-los a manter esse comportamento.

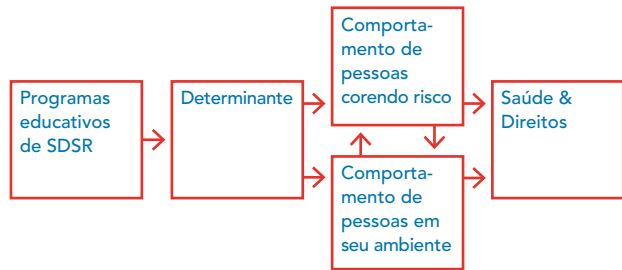


Figura 1. Modelo de promoção de saúde

Determinantes

Depois de determinar o comportamento que contribui para a saúde e os direitos, ou que os restringe, o próximo passo é analisar por que as pessoas fazem o que fazem: por que os jovens com DSTs não procuram tratamento? E por que os profissionais da área de saúde não oferecem testes de DSTs e tratamento? Os modelos de mudança de comportamento distinguem vários fatores que podem influenciar o comportamento (também chamados de determinantes). A Figura 2 mostra um modelo com vários determinantes que influenciam o comportamento (Teoria de Comportamento Planejado²²). Em baixo, nós usamos o exemplo dos jovens que não procuram tratamento, para explicar o modelo.

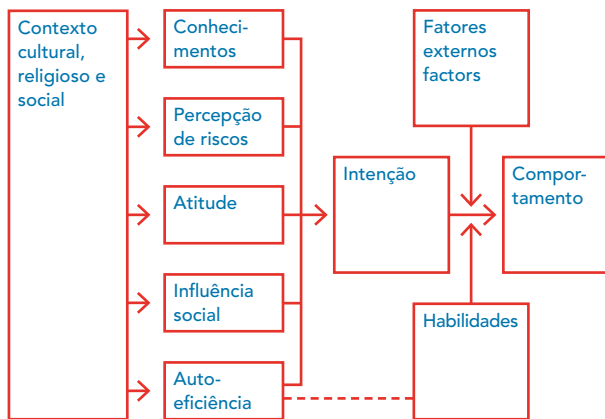


Figura 2. Teoria de Comportamento Planejado

- Conhecimentos: os jovens não têm informações sobre as DSTs ou eles têm ideias erradas; ou eles não sabem que existem serviços onde podem fazer testes ou receber tratamentos.
- Percepção de riscos: eles não o consideram como um risco pessoal, eles não conhecem os riscos de DSTs não tratadas.
- Atitude (vantagens e desvantagens): eles têm uma atitude negativa com respeito aos serviços de DSTs e não querem visitá-los. Muitas vezes, as atitudes são influenciadas pelos valores pessoais.
- Influência social (apoio, normas, pressão dos pares): a norma entre jovens é que não é 'cool' visitar os serviços de DSTs ou que uma DST é uma prova de comportamento promíscuo.
- As habilidades & autoeficiência estão estreitamente relacionadas: uma habilidade relevante nesse exemplo é resistir a pressão dos pares. A autoeficiência é a confiança em si mesmo para usar essas habilidades, também em situações difíceis. Por exemplo, ter suficiente confiança para visitar o serviço, também se os amigos riem em sua cara.
- A intenção de tomar uma atitude ou não: por exemplo, a intenção de visitar o serviço na próxima semana ou no próximo mês. A intenção é formada por todos os fatores acima mencionados. Se alguém tem conhecimento, ou vê os riscos, mas tem uma atitude negativa ou é fortemente influenciado por outros, não é provável que ele visite o serviço. E também pode ser que uma pessoa que tem a intenção de visitar o serviço, não o faça, pela falta de habilidades ou por fatores externos (não há um serviço disponível).
- Fatores externos: uma pessoa tem a intenção de visitar uma clínica, mas se não há uma clínica perto, ou se a clínica não prestar serviços (de maneira amável) a jovens solteiros, pode ser que decida não ir. Fatores externos estão relacionados à legislação, à qualidade de ser financeiramente possível, à disponibilidade e à acessibilidade.
- O contexto cultural, religioso e social influencia todos os determinantes acima mencionados: o que as pessoas sabem, valorizam e têm como costume fazer e suas normas ainda estão influenciados por seu entorno.

Os modelos de mudança de comportamento podem ser usados também para analisar o comportamento de outros no entorno dos jovens. Por exemplo, por que os profissionais da área de saúde não oferecem testes e tratamento de DSTs. Falta conhecimento? Que atitude têm com respeito aos direitos dos jovens? Eles estão influenciados por outros e é por isso que eles não oferecem esses serviços aos jovens? Ou é que faltam habilidades de aproximar-se de jovens? Se um planejador de programas conseguir identificar a relação entre o problema de saúde (DST não tratada), o comportamento e os determinantes, o resultado final da mudança dos determinantes será uma mudança do comportamento e uma melhoria da saúde.

Nós podemos distinguir duas categorias de determinantes: os determinantes pessoais (que pertencem à pessoa) e os determinantes ambientais (que a pessoa não pode controlar). Os determinantes ambientais incluem a influência social e os fatores externos, bem como o contexto cultural, religioso e social. Os determinantes pessoais são o ponto de partida para elaborar um programa de SDSR: o que deve mudar em termos de conhecimentos, percepção de riscos, atitude e autoeficiência. Os determinantes ambientais são analisados e podem resultar numa ação ou num programa específico voltado para pessoas que fazem parte do entorno dos jovens (por exemplo, capacitação para profissionais da área de saúde). Não obstante, há vezes que uma organização não pode fazer nada para melhorar os fatores ambientais.

A mudança de comportamento é um processo complexo no qual muitos determinantes desempenham um papel. O modelo de mudança de comportamento é uma tentativa de estruturar tudo isso e criar categorias de determinantes importantes que podem ser mudados. Não deveria ser feito muito rigidamente. É simplesmente uma ferramenta para entender e mudar comportamentos, onde for possível. Em alguns contextos, ou para problemas específicos, determinados determinantes podem ser mais importantes que outros.

Programa educativo SDSR

Se os planejadores não estão conscientes dos determinantes mais importantes que influenciam o comportamento e o entorno, eles podem identificar os determinantes mais importantes que podem mudar e usá-los como enquadramento para desenvolver atividades e materiais. Por exemplo, eles podem elaborar uma capacitação para melhorar as habilidades de comunicação. Ou eles podem organizar discussões de grupo para conscientizar os jovens sobre seus próprios valores e como eles são influenciados por outros. Quando o vínculo entre os determinantes, o comportamento e o entorno manifestar-se, a mudança dos determinantes pode resultar por fim numa mudança do comportamento e do entorno.

2.3 Abordagem baseada na teoria e na evidência

Qual é a relação entre as abordagens baseadas nos direitos e as abordagens baseadas na evidência? Geralmente, as duas abordagens se apoiam. Por exemplo, os jovens têm o direito de ter acesso a cuidados de saúde adequados para os jovens, e a evidência mostra que os jovens que recebem esse serviço têm uma vida mais saudável. Outro exemplo: os jovens têm o direito de receber informações e educação sobre a sexualidade, sobre como crescer e como prevenir problemas de saúde sexual. A evidência mostra que os jovens, quando recebem essa informação e educação, têm mais probabilidade de ter uma vida mais saudável.

Às vezes pode ser importante fazer coisas para defender os direitos das pessoas, sem saber se isso será efetivo. Por exemplo, segundo a abordagem baseada na evidência, é prudente concentrar as atividades nos determinantes mais importantes que podem ser mudados. Porém, da perspectiva dos direitos, os programas devem às vezes tratar temas discutíveis que podem ser difíceis de mudar. Onde for necessário, a ferramenta explica esses conflitos.



3. FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO E DE APOIO

A. Envolvimento (passo 1)

1. As pessoas apropriadas estão na equipe de projeto?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
As seguintes qualidades estão representadas na equipe de planejamento:		Eles estão envolvidos em todas as fases relevantes do planejamento?		_____
- Gestão de projetos	_____		_____	_____
- Pesquisa	_____		_____	_____
- SDSR dos jovens	_____	Os valores e atitudes dos membros da equipe de planejamento apoiam um projeto SDSR para os jovens baseado nos direitos e na evidência?	_____	_____
- Teorias de mudança de comportamento	_____		_____	_____
- Elaboração de intervenções SDSR para os jovens	_____		_____	_____
- Implementação de intervenções SDSR para os jovens	_____		_____	_____
- Formadores	_____		_____	_____
- Métodos educacionais	_____		_____	_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

2. Os jovens estão envolvidos no planejamento da intervenção?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Foi criado um grupo de trabalho com representantes dos jovens em questão?	_____	Os jovens apropriados participam do grupo de trabalho?	_____	_____
Eles estão envolvidos em todas as fases relevantes do planejamento:	_____	Qual é a qualidade de seu envolvimento?	_____	_____
- Elaboração do plano/proposta de projeto	_____			_____
- A avaliação das necessidades/análise da situação (como entrevistados)	_____			_____
- A interpretação das conclusões da avaliação das necessidades/análise da situação e decisões sobre os objetivos	_____			_____
- A elaboração da intervenção (inclusive, a seleção de atividades/materiais e pré-testes)	_____			_____
- A implementação, como educadores entre pares	_____			_____

3. Os facilitadores estão envolvidos no planejamento da intervenção?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Foi criado um grupo de trabalho com representantes dos facilitadores em questão?	_____	Os facilitadores apropriados participam do grupo de trabalho?	_____	_____
Eles estão envolvidos em todas as fases relevantes do planejamento:	_____	Qual é a qualidade de seu envolvimento?	_____	_____
- Elaboração do plano/proposta de projeto	_____			_____
- A avaliação das necessidades/análise da situação (como entrevistados)	_____			_____
- A interpretação das conclusões da avaliação das necessidades/análise da situação e decisões sobre os objetivos	_____			_____
- A elaboração da intervenção (inclusive, a seleção de atividades/materiais e pré-testes)	_____			_____
- A implementação e a expansão do programa, como formadores de formadores	_____			_____

4. As pessoas relevantes que tomam decisões estão envolvidas no planejamento da intervenção?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Vocês receberam pelo menos um apoio mínimo das autoridades relevantes?		Como avaliam o apoio real que vocês esperam receber ou que vocês já receberam?		
- O Ministério da Educação	_____		_____	_____
- O Ministério da Saúde	_____		_____	_____
- O Ministério da Juventude	_____		_____	_____
Vocês receberam o apoio das organizações comunitárias relevantes e de seus líderes que é necessário para implementar a intervenção completamente?		Como avaliam o apoio real que vocês esperam receber ou que vocês já receberam?		
- Pais/comunidade	_____		_____	_____
- Líderes religiosos e comunitários	_____	Como avaliam o apoio real que vocês esperam receber ou que vocês já receberam?	_____	_____
- Nas escolas: diretoria, administração da escola, direção, funcionários	_____		_____	_____
Vocês envolveram especialistas da educação de SDSR e outras pessoas relevantes?				
- Comissão de Aids	_____			_____
- Associação de planejamento familiar	_____			_____
- Agências de financiamento	_____			_____
- ONGs relevantes (especializadas em abuso sexual, gravidez na adolescência, advocacia)	_____			_____
- Profissionais da área de saúde	_____			_____
- Organizações com base na juventude	_____			_____
- Organizações comunitárias	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

B. Avaliação das necessidades/análise da situação (passo 2)

5. A intervenção foi baseada numa avaliação das necessidades?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Foram estudados todos os aspectos importantes?	_____	Como avaliam a qualidade da avaliação?	_____	_____
Vocês coletaram informações sobre a qualidade geral da vida dos jovens?	_____	Qual é a segurança e qualidade dos dados?	_____	_____
- Quais são as maiores preocupações na vida deles?	_____		_____	_____
- Vocês recolheram dados sobre o tamanho dos problemas de SDR dos jovens? Por exemplo, incidência de HIV/DSTs, gravidez na adolescência, aborto, abuso sexual, estigma e discriminação	_____	Até que ponto os dados são aplicáveis a seu grupo alvo e contexto?	_____	_____
Vocês recolheram informações sobre o comportamento sexual dos jovens?	_____	Os dados foram coletados entre representantes do grupo alvo?	_____	_____
- Comportamento/abstinência sexual	_____		_____	_____
- Práticas sexuais (masturbação, sexo oral/anal, etc.)	_____	Os dados foram coletados entre adultos que trabalham ou convivem com jovens?	_____	_____
- Uso de preservativos/contraceptivos	_____		_____	_____
- Sexo consensual	_____	Os dados foram coletados por pesquisadores/ assistentes capacitados?	_____	_____
- Número/características de parceiros sexuais	_____		_____	_____
- Resolução de problemas de saúde/comportamento que tem como objetivo buscar saúde	_____		_____	_____
- Vocês recolheram informações sobre os determinantes pessoais do comportamento sexual dos jovens, inclusive, conhecimentos/ideias erradas, atitude/valores/crenças, percepção de riscos, habilidades/respeito de si/confiança em si	_____		_____	_____
- As percepções da influência social, pressão dos pares	_____		_____	_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Vocês recolheram informações sobre os determinantes ambientais do comportamento sexual dos jovens?	_____	Foram discutidos abertamente os problemas que acontecem quando o sexo é evitado ou quando se negocia sobre o uso de preservativos ou contraceptivos?	_____	_____
- Influência social/normas comunitárias	_____			_____
- Leis	_____			_____
- Os serviços, aconselhamento e providências de saúde estão disponíveis e financeiramente possíveis	_____			_____
Outras barreiras externas	_____	A metodologia de coleta de dados foi de boa qualidade?	_____	_____
		A análise de dados foi feita de maneira objetiva?	_____	_____
		Os relatórios sobre os resultados foram feitos de maneira objetiva?	_____	_____

6. A intervenção foi baseada numa análise da situação?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Todos os aspectos importantes foram estudados?	_____	Como vocês avaliam a qualidade da análise?	_____	_____
Vocês recolheram e analisaram leis, regras e políticas relevantes (no que diz respeito aos jovens, SDSR, HIV/Aids, gênero e educação), e descobriram até que ponto elas são implementadas?	_____	Qual é a segurança e a qualidade dos dados?	_____	_____
		Até que ponto os dados são aplicáveis ao grupo alvo?	_____	_____

++ excelente **+** razoável **+/-** deve melhorar **--** não é feito **x** não aplicável

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Você avaliaram as normas e valores relevantes que existem na comunidade?	_____	Os dados foram coletados entre representantes do grupo alvo?	_____	_____ _____ _____
- Sexualidade, abstinência, casamento, masturbação	_____	Os dados foram coletados entre adultos que trabalham ou convivem com os jovens?	_____	_____ _____ _____ _____
- Posição de meninos e meninas	_____	Os dados foram coletados por pesquisadores/ assistentes capacitados?	_____	_____ _____ _____ _____
- HIV/Aids, gravidez, abuso, estigma	_____	Foram discutidos abertamente os problemas que acontecem quando o sexo é evitado ou quando se negocia sobre o uso de preservativos ou contraceptivos?	_____	_____ _____ _____ _____ _____
- Comunicação com os jovens sobre a sexualidade	_____	A metodologia de coleção de dados foi de boa qualidade?	_____	_____ _____ _____ _____
- Preservativos e outros contraceptivos	_____	A análise dos dados foi feita de maneira objetiva?	_____	_____ _____ _____ _____
- Orientação sexual, aborto	_____	Os relatórios sobre os resultados foram feitos de maneira objetiva?	_____	_____ _____
- O direito dos jovens de tomar suas próprias decisões e ser protegidos	_____			
Você analisaram os recursos que estão disponíveis na comunidade?				
- Redes de cuidados	_____			
- Cuidados de saúde adotados aos jovens, serviços, aconselhamento, ATV	_____			
- Recursos (preservativos e outros contraceptivos)	_____			
- Possibilidades de colaborar com/a outras organizações	_____			
Você analisaram as barreiras e as oportunidades que existem no contexto da implementação?				
- Nas escolas: a administração da escola e outros – conhecimentos, ideias erradas, atitudes e influência social	_____			
- Facilidades seguras e confortáveis para a implementação	_____			
- Providências (p.ex. equipamento de vídeo, canetas)	_____			
- Facilitadores capacitados e disponíveis	_____			
Você analisaram as qualidades requeridas dos facilitadores?				
- Comportamento	_____			
- Determinantes pessoais (conhecimentos, atitude, habilidades)	_____			
- Determinantes ambientais (materiais, tempo, apoio social)	_____			
- O que os motiva para fazer isso?	_____			

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Vocês recolheram e analisaram as intervenções existentes de educação sobre SDSR?				
- Materiais				
- Lições aprendidas				

C. Objetivos (passo 3)

7. Os objetivos de saúde da intervenção foram descritos claramente?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Os objetivos de saúde foram descritos claramente?		Os objetivos de saúde foram baseados na evidência?		
A intervenção reflete esses objetivos?		Qual é a qualidade da evidência?		
		Os objetivos de saúde são tratados suficiente e corretamente?		

8. As mensagens sobre comportamento voltadas para os jovens são claras e consistentes?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção está voltada claramente para um ou vários comportamentos específicos relacionados diretamente com a gravidez, DSTs/HIV ou sexo consensual?	_____	As mensagens de saúde foram baseadas na evidência?	_____	_____
- Abstinência (de todas as atividades sexuais)	_____	Qual é a qualidade da evidência?	_____	_____
- Fazer sexo consensual	_____	As mensagens de comportamento são comunicadas explicitamente na intervenção?	_____	_____
- Adiar as relações sexuais (e praticar outras atividades sexuais)	_____	As mensagens de comportamento são consistentes na intervenção inteira?	_____	_____
- Usar contraceptivos	_____	A intervenção prestou atenção suficiente às mensagens de comportamento?	_____	_____
- Usar um preservativo cada vez que tem relações sexuais	_____			_____
- Evitar ter vários parceiros sexuais ou evitar fazer sexo com pessoas que têm vários parceiros	_____			_____
- Fazer testes e tratamentos de HIV e de DSTs	_____			_____
A intervenção é clara sobre o que as mensagens de comportamento significam?	_____			_____
- Uso de preservativos (comprar, levar, negociar, etc.)	_____			_____
- Abstinência (de que, até quando)	_____			_____
As mensagens estão apropriadas para a idade, experiência sexual, valores familiares/comunitários e cultura dos jovens que são o grupo alvo da intervenção?	_____			_____
A intervenção vinculou as mensagens de comportamento a outros valores importantes para os jovens?	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

9. A intervenção refere-se a todos os determinantes pessoais de comportamento que sejam relevantes e que possam mudar?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção refere-se a muitos determinantes diferentes de comportamento?	_____	Os objetivos dos determinantes foram baseados na evidência?	_____	_____
- Conhecimentos	_____			_____
- Percepção de riscos	_____			_____
- Atitudes	_____	Qual é a qualidade da evidência?	_____	_____
- Influência social	_____			_____
- Autoeficiência e habilidades	_____	A intervenção concentra-se principalmente em determinantes relevantes e que podem mudar?	_____	_____
- Intenções	_____			_____
- Influência social	_____			_____
Os objetivos estão diretamente relacionados com os materiais e atividades da intervenção, e são tratados neles?	_____	Os diferentes determinantes são tratados suficientemente?	_____	_____

10. Há suficientes esforços para promover um entorno de apoio?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção refere-se às barreiras ambientais identificadas na avaliação das necessidades/análise da situação? Isso inclui a consciência da comunidade, serviços, aconselhamento, providências e advocacia.	_____	Os objetivos relacionados com o 'entorno de apoio' foram baseados na evidência?	_____	_____
A intervenção tenta conscientizar a comunidade (os pais) onde se implementará a educação sexual?	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção dá acesso a serviços de saúde, providências (por exemplo, ARV, preservativos e outros contraceptivos) e aconselhamento.	_____	Qual é a qualidade da evidência?	_____	_____ _____ _____
A intervenção inclui advocacia e lobbying para a educação sexual em geral e o programa em particular.	_____			_____ _____

11. A intervenção baseia-se numa abordagem holística?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção usa uma abordagem baseada em direitos?	_____	Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?	_____	_____ _____
Na elaboração da intervenção, estão envolvidos tanto homens como mulheres?	_____	Os dois grupos estão envolvidos igualmente?	_____	_____ _____
A intervenção refere-se à igualdade de direitos de homens e mulheres?	_____	Isso está bem incluído?	_____	_____ _____
A prevenção do HIV/Aids está integrada no alcance mais amplo da educação sobre SDSR?	_____	Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?	_____	_____ _____
A intervenção dá informação sobre todos os comportamentos sexuais preventivos dos jovens (inclusive, adiar as relações sexuais, abstinência sexual, e uso de preservativos)?	_____	A informação está completa, e suficientemente explícita?	_____	_____ _____
		Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?	_____	_____ _____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção inclui atividades que promovem um entorno facilitador para jovens e para a educação sexual?				
- Legislação/políticas de apoio				
- Acesso a serviços/aconselhamento de saúde				
- Acesso a providências, por exemplo, preservativos, contraceptivos				
- Apoio da comunidade				

D. Elaboração de intervenções baseadas na evidência (passo 4)

12. A intervenção está explícita sobre a sexualidade?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção está explícita sobre a sexualidade, órgãos genitais, contraceptivos, preservativos, práticas sexuais e negociações sobre sexo seguro?		Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?		
Os jovens são considerados como seres sexuais capazes de tomar suas próprias decisões?				
A sexualidade é tratada positivamente?				
Os facilitadores são encorajados e capacitados para comunicar-se abertamente com os jovens sobre a sexualidade e o gênero, num entorno seguro e de confiança?				

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

13. Os facilitadores criam um contexto seguro para que os jovens possam participar?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção começa por estabelecer as regras básicas do grupo?	_____	Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?	_____	_____ _____ _____ _____
A intervenção usa quebra-gelos ou outras atividades para facilitar a participação dos estudantes nas discussões?	_____			_____ _____ _____ _____
A intervenção encoraja os facilitadores a dar reforços positivos, quando for apropriado?	_____			_____ _____ _____ _____
A intervenção dá dicas ou recomendações para a gestão da aula?	_____			_____ _____ _____ _____
Se for necessário e apropriado, a intervenção divide os estudantes por gênero para que estejam mais à vontade para discutir determinados temas?	_____			_____ _____ _____ _____
A intervenção dá oportunidades adequadas a todos os jovens para participar?	_____			_____ _____ _____ _____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

14. A intervenção dá informação correta e completa?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A informação dada pela intervenção é correta? - Em termos médicos - Mitos e ideias erradas são corrigidos	_____	Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?	_____	_____ _____ _____ _____
A informação baseia-se em fatos e não em valores? - São fornecidos fatos e cifras? - Vocês usaram fontes de informação seguras?	_____			_____ _____ _____ _____
A informação é completa (sem reter informação) e atualizada?	_____			_____ _____ _____ _____
A informação é feita na medida do grupo alvo (idade, grau de instrução, gênero, antecedentes étnicos)?	_____			_____ _____ _____ _____
A informação é fornecida mediante métodos de aprendizagem ativa/métodos participativos (p. ex. pequenos grupos de trabalho)?	_____			_____ _____ _____ _____
As atividades ajudam os participantes a aplicar a informação em sua própria vida?	_____			_____ _____ _____ _____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

15. A intervenção trata a percepção de riscos?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção informa os jovens sobre seus riscos individuais de DSTs, HIV/Aids, gravidez, assédio sexual e abuso sexual?	_____	Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
A intervenção informa os jovens sobre as consequências negativas associadas com as DSTs, HIV/Aids, gravidez, assédio sexual e abuso sexual?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
A intervenção inclui atividades que motivam os jovens de prevenir DSTs, HIV/Aids, gravidez, assédio sexual e abuso sexual?				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
- Informação sobre métodos de prevenção	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
- Desenvolvimento de habilidades para aumentar a confiança que eles são capazes de fazer coisas	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
As atividades encorajam os jovens a procurar ativamente informação sobre riscos? Por exemplo, testes de conhecimentos ou trabalho em grupos pequenos	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
As atividades ajudam os participantes a aplicar a informação sobre riscos em sua vida, avaliando seus riscos pessoais e tomando consciência das consequências?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

16. A intervenção ajuda as pessoas a entender e desenvolver seus próprios valores, atitudes e consciência sobre a influência social?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção inclui atividades para ajudar os jovens a entender e desenvolver seus próprios valores e atitudes?	_____	Como vocês avaliam a medida em que isso foi feito?	_____	_____ _____ _____
As atividades e materiais da intervenção incluem argumentos convincentes a favor de sexo seguro?	_____			_____ _____ _____
A intervenção encoraja os jovens a buscar informação de maneira ativa?	_____			_____ _____ _____
A intervenção fornece informação para corrigir ideias erradas sobre normas e influência social?	_____			_____ _____ _____
A intervenção cria consciência sobre influências negativas e sociais, inclusive, a pressão dos pares?	_____			_____ _____ _____
A intervenção ajuda os jovens a lidar com influências sociais negativas, ensinando habilidades para fazer frente a isso e assertividade?	_____			_____ _____ _____
Eles são encorajados a buscar apoio social positivo?	_____			_____ _____ _____
Os outros grupos alvo são também encorajados a entender e desenvolver seus próprios valores, normas e atitudes? Por exemplo, facilitadores, escolas, pais, a comunidade	_____			_____ _____ _____
A intervenção usa modelos a ser seguidos para ensinar ao grupo alvo como lidar com a influencia social?	_____			_____ _____ _____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável





17. A intervenção inclui capacitação interativa de habilidades?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Os jovens estão capacitados nas seguintes habilidades ?		Qual é a qualidade da capacitação de habilidades?		_____
- Dizer NÃO: não aceitar sexo não desejado, não intencional e não protegido	_____	- Os participantes praticam as habilidades eles mesmos, por exemplo, em dinâmicas de grupo?	_____	_____
- Insistir no uso de preservativos ou contraceptivos	_____	- Os participantes recebem retorno sobre seu desempenho?	_____	_____
- Usar os preservativos corretamente	_____	- A capacitação começa com situações mais fáceis e muda para situações mais difíceis?	_____	_____
- Habilidades gerais de assertividade (lidar com a pressão e com as normas sociais)	_____			_____
- Obter preservativos ou contracepção; visitar drogarias com outros estudantes para localizar os preservativos e ver os preços, ou uma clínica para obter informação sobre o uso de serviços de saúde produtiva	_____	Qual é a qualidade da capacitação de habilidades?		_____
- Fazer testes e receber tratamentos de DSTs/HIV	_____	- Os participantes praticam as habilidades eles mesmos, por exemplo, em dinâmicas de grupo?	_____	_____
- Habilidades de negociação	_____	- Os participantes recebem retorno sobre seu desempenho?	_____	_____
- Autodefesa e escapar de situações de abuso sexual	_____	- A capacitação começa com situações mais fáceis e muda para situações mais difíceis?	_____	_____
A capacitação para os facilitadores inclui uma capacitação de habilidades?				_____
- Comunicação aberta com os jovens sobre a sexualidade	_____			_____
- Uma abordagem interativa no ensino, inclusive, dinâmicas de grupo	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

18. Os jovens têm acesso ao apoio individual?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A organização dá apoio e aconselhamento individual, se for necessário?	_____	O apoio e o aconselhamento são de boa qualidade?	_____	_____
- Os funcionários estão capacitados para dar esse tipo de apoio na área dos SDSR?	_____	O sistema é de boa qualidade e está funcionando?	_____	_____
Existe um sistema adequado para encaminhar os jovens para profissionais da área de saúde que sejam amigáveis com os jovens?	_____	Essa política foi implementada?	_____	_____
A organização (ou escola) tem uma política que inclui regulações e facilidades relacionadas com a segurança, a saúde e a proteção dos jovens?	_____	A política é compreensível?	_____	_____

19. A intervenção promove a comunicação com os pais e outros adultos?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção encoraja os estudantes a falar sobre temas relevantes com seus pais, ou com outros adultos em que confiam, usando atividades como por exemplo tarefas de casa?	_____	Como vocês avaliam sua qualidade?	_____	_____
A intervenção prevê fornecer informação aos pais e a outros adultos sobre o programa e sobre temas relevantes relacionados com a educação sexual e os SDSR?	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

20. Os temas da intervenção estão cobertos numa sequência lógica?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção está estruturada logicamente?	_____	Como vocês avaliam sua qualidade?	_____	_____
Os seguintes temas estão tratados?		São efetuadas nessa (ou em outra) sequência lógica?	_____	_____
1. Respeito a si mesmo	_____			_____
2. Desenvolvimento de adolescentes	_____			_____
3. Direitos, gênero	_____			_____
4. Sexualidade, intimidade, amor e relações	_____			_____
5. Problemas de saúde sexual (DSTs, HIV/Aids, gravidez não planejada, abuso sexual)	_____			_____
6. Sexualidade segura e consensual	_____			_____
7. Comportamento para reduzir a vulnerabilidade, prevenção de riscos de saúde	_____			_____
8. Conhecimentos, valores, atitudes e barreiras relacionados com esse comportamento	_____			_____
9. Habilidades necessárias para executar o comportamento	_____			_____
10. Apoio em caso de problemas de saúde sexual	_____			_____
11. Planos futuros	_____			_____
12. Compartilhar lições aprendidas	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

21. A intervenção é atrativa para o grupo alvo?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção (atividades e materiais) está feita na medida para um grupo alvo específico (quer dizer, consistente com a idade de desenvolvimento, a linguagem, habilidades de comunicação, grau de instrução)?	_____	Como vocês avaliam sua qualidade?	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
A forma e a embalagem da intervenção são atrativas para os jovens? Imagens, cores e gráficas claras e vivas; tipo & legibilidade das letras apropriados para o grupo alvo?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Vocês motivaram os jovens a participar da intervenção, garantindo a segurança e confiança, dando incentivos para sua assistência, e planejando um momento e um lugar conveniente?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
A intervenção (atividades e materiais) é atrativa e funcional para os facilitadores (tamanho e peso viáveis; resistente e durável; custo razoável; descrição lógica de todos os temas/ lições, inclusive, objetivos, como organizar atividades, dicas e informação sobre antecedentes)?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

22. A intervenção foi testada?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
A intervenção foi pré-testada nas seguintes áreas?		Foi pré-testada com os jovens e os facilitadores?		
- Se os jovens e os implementadores gostaram das atividades e as acharam relevantes	_____		_____	_____
- Como eles interpretaram essas atividades	_____	Como vocês valoram a qualidade?	_____	_____
- Como as atividades poderiam melhorar	_____		_____	_____
Foram introduzidas modificações e melhorias depois dos pré-testes?	_____	Até que ponto é possível que as modificações reduzam o impacto da intervenção?	_____	_____
A intervenção foi testada num projeto piloto (implementação completa em pequena escala)?	_____	Foi testada num projeto piloto com os jovens e os facilitadores?	_____	_____
Foram introduzidas modificações e melhorias depois do piloto?	_____	Como vocês avaliam a qualidade?	_____	_____
		Até que ponto é possível que as modificações reduzam o impacto da intervenção?	_____	_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

E. Adoção e implementação (passo 5)

23. Vocês fizeram alguma coisa para aumentar a adoção da intervenção?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Vocês organizaram a adoção/aceitação de atividades para as seguintes pessoas?		Como vocês avaliam a qualidade?		_____
- Novos facilitadores	_____			_____
- Pais e a comunidade mais ampla	_____			_____
- Gerência da organização/escola	_____			_____

24. A intervenção é implementada pelos facilitadores apropriados?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Os facilitadores selecionados têm as seguintes características:		Como vocês avaliam sua qualidade?		_____
- Capacidade de relacionar-se com os jovens e serem amigáveis com jovens	_____			_____
- Alguma experiência com a educação sobre SDR e eles estão à vontade quando falam com os jovens sobre a sexualidade	_____			_____
- Motivados a trabalhar na questão dos SDR dos jovens	_____			_____
- Capazes de facilitar sem impor seus próprios valores e normas	_____			_____
- Capazes de manter aspectos confidenciais	_____			_____
- Não tendenciosa em termos de gênero	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

25. Os facilitadores recebem capacitação e apoio

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Os facilitadores recebem capacitação para implementar a intervenção, sobre temas como por exemplo os SRH dos jovens, habilidades de ensino interativo, técnicas educativas participativas, entender e desenvolver atitudes e valores, conteúdo da intervenção, habilidades de aconselhamento	_____	Como vocês avaliam sua qualidade?	_____	_____ _____ _____ _____
Existem procedimentos de apoio? - Cursos de aperfeiçoamento e/ou aconselhamento - Encontros de revisão/retorno - Supervisão e monitoria - Apoio e retorno no lugar de trabalho	_____ _____ _____ _____			_____ _____ _____ _____

26. A implementação é sustentável?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Vocês alcançaram ou aspiram alcançar a sustentabilidade no nível da implementação (numa escola, numa organização)?		Como vocês avaliam sua qualidade?		
- Vocês são capazes de motivar voluntários e mantê-los envolvidos?	_____		_____	_____
- Vocês planejam obter financiamento suficiente e apoio?	_____			_____
- Há incentivos garantidos para os implementadores (por exemplo, certificados)?	_____			_____
Vocês integraram ou aspiram integrar a intervenção na política governamental?				_____
- Vocês receberam apoio do governo para sua intervenção?	_____			_____
- A capacitação dos facilitadores (ou professores) foi acreditada?	_____			_____
- A intervenção foi desenvolvida para ajustar-se às diretrizes/ políticas nacionais?	_____			_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

F. Monitoria & avaliação (passo 6)

27. Vocês avaliaram a mudança dos determinantes de comportamento (avaliação de efeitos)?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Vocês mediram as mudanças dos determinantes de comportamento? (conhecimentos, atitudes, percepção de riscos, influência social, autoeficiência, intenção)	_____	Como vocês avaliam a qualidade da avaliação? - Ferramentas, coleção de dados	_____	_____
Vocês mediram as mudanças no comportamento sexual dos jovens (a curto e a longo prazos)?	_____	- Segurança - Qualitativo/quantitativo	_____	_____

28. Vocês monitoraram a elaboração e a implementação da intervenção (avaliação do processo)?

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Até que ponto vocês mediram se a elaboração da intervenção tem as características de intervenções efetivas de educação sexual?	_____	Como vocês avaliam a qualidade da avaliação? - Ferramentas, coleção de dados	_____	_____
Até que ponto vocês mediram se o conteúdo, atividades e materiais têm as características de intervenções efetivas de educação sexual?	_____	- Segurança - Qualitativo/quantitativo	_____	_____

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável

Indicadores: Que	++ + +/- -- x	Indicadores: Como	++ + +/- -- x	Comentários sugestões para melhorar
Até que ponto vocês avaliaram se a intervenção foi implementada conforme o plano?				
- A intervenção foi implementada no contexto para o qual foi elaborada?				
- Todas as atividades foram implementadas?				
- Incluíram-se atividades para aumentar o uso de preservativos?				
- Incluíram-se atividades sobre temas delicados (p.ex. masturbação e orientação sexual) e todos os métodos educativos (por exemplo, dinâmicas de grupo)?				
- Vocês descobriram se o fato de NÃO implementar todas as atividades e metodologias educativas reduz a eficiência da intervenção?				
Vocês mediram as mudanças de comportamento (e determinantes) dos facilitadores?				

++ excelente + razoável +/- deve melhorar -- não é feito x não aplicável



4. CARACTERÍSTICAS: ANTECEDENTES

Essa seção oferece mais informações de fundo sobre cada uma das 28 características da ferramenta. A maior parte baseia-se na evidência – em grande medida, provinda das revisões feitas por Kirby e seus colegas. Às vezes, nós incluímos informações que têm pouca ou nenhuma prova de seu funcionamento, mas que são importantes mencionar na perspectiva dos direitos dos jovens.

A. Envolvimento (passo 1)

As intervenções desenvolvidas nos escritórios dos planejadores têm menos probabilidade de serem efetivas que os programas que são desenvolvidos por uma equipe de planejadores em estreita colaboração com os jovens, as pessoas que trabalham com eles, e outros que se beneficiarão do programa e de seus efeitos.

1. As pessoas apropriadas estão na equipe de projeto?

As intervenções planejadas por uma equipe de pessoas com experiência específica com a educação sobre SDSR para os jovens têm mais probabilidade de serem efetivas.²³ A evidência mostra que a equipe envolvida no planejamento da intervenção deve ser composta de pessoas com antecedentes diferentes. Quem deveria estar na equipe depende do alcance, do conteúdo e do grupo alvo da intervenção, e como e onde ela será implementada.

As intervenções são planejadas de preferência por uma equipe de especialistas que colaboram desde o início até o fim, incluindo pessoas com experiência em:

- *Gestão de projetos*
- *Pesquisa* (efetuar uma avaliação das necessidades/análise da situação; pré-testes; monitoramento & avaliação)
- *SDSR dos jovens* (estatísticas, cultura dos jovens)

- *Teorias de mudança de comportamento* (determinantes, mudança de comportamento)
- *Elaboração de intervenções SDR para jovens* (desenvolvimento da intervenção; métodos educativos; materiais e atividades; elementos de uma elaboração de uma intervenção efetiva; familiaridade com a cultura e os valores)
- *Implementação de intervenções SDR para jovens* (comunicar sobre a sexualidade com jovens e com a comunidade em geral)

Às vezes, uma pessoa pode ter experiência em mais de uma área, mas muitas vezes, estarão envolvidas várias pessoas. Muitos projetos contratam consultores para realizar determinadas tarefas. Por exemplo, um pesquisador que se ocupa unicamente da pesquisa, mas que não participa das outras fases da elaboração da intervenção. Ou um elaborador da intervenção que só participa na fase de produção dos materiais. Isso poderia resultar num planeamento fragmentado ou em atividades isoladas. Com o envolvimento desses especialistas em todas as fases do planeamento, é mais provável que eles entendam todo o processo completamente. Isso melhora a qualidade da intervenção e de sua implementação.

2. Os jovens estão envolvidos no planeamento da intervenção?

Os programas no âmbito do HIV/Aids e dos SDR podem envolver os jovens de várias maneiras. As parcerias ao nível local poderiam envolver os jovens no planeamento e no desenvolvimento de programas, projetos de educação por pares, clubes dirigidos por jovens e equipas desportivas, e revistas editadas por jovens. Também é cada vez mais frequente seu envolvimento na defesa de direitos, no desenvolvimento de políticas, na governança e na avaliação. O envolvimento significativo dos jovens em todas as fases do planeamento da intervenção é um direito deles.²⁴ Porém, há poucas pesquisas sobre o impacto desse tipo de esforços, e a maioria delas tratam a eficiência da educação por pares. Na característica 24, há mais informação sobre esse tema.

Há alguns exemplos de estudos (feitos na Nigéria, em Gana e na Zâmbia) que mostram que a participação de jovens no desenvolvimento da educação sexual (desenvolvimento e elaboração de materiais) tem um impacto sobre o comportamento sexual do grupo alvo.^{25,26} A evidência geral mostra que o envolvimento dos beneficiários em todas as fases do planeamento aumenta a eficiência das intervenções.²⁷

Um método efetivo de envolvimento é a criação de um grupo de trabalho de aproximadamente 10 jovens (equilibrado em termos de gênero e representatividade do grupo alvo). Eles podem participar na elaboração do plano/proposta de projeto; como entrevistados na avaliação das necessidades/análise da situação; durante a interpretação das conclusões da análise e na tomada de decisões sobre os objetivos; na elaboração da intervenção (inclusive, conteúdo, métodos educativos e pré-testes); e na implementação como educadores pares.

A situação ideal é um grupo de trabalho que consiste tanto de jovens como de facilitadores. Os jovens podem pessoalmente explicar suas necessidades aos facilitadores, e os facilitadores podem ajudar os jovens a contribuir o melhor possível.

O 'Guia de Participação dos Jovens: Assessment, Planning, and Implementation' feita por Family Health International oferece muitos documentos úteis sobre esse tema.²⁸

3. Os facilitadores estão envolvidos no planejamento da intervenção?

As intervenções que se desenvolvem junto com as pessoas que as implementam (professores, assistentes sociais, especialistas, educadores pares) têm mais probabilidade de serem implementadas de acordo com o plano, resultando num maior impacto sobre os jovens.

Envolver esses facilitadores é importante. Fortalece seu compromisso e os ajuda a criar uma intervenção que seja atrativa para eles. Também garantirá que o conteúdo, as atividades e as instruções sejam fáceis de serem usadas.

Uma maneira de envolvê-los é criando um grupo de trabalho representativo e equilibrado em termos de gênero (de preferência), de aproximadamente 10 facilitadores. Eles estarão envolvidos desde o início, dando retorno e input em todas as fases relevantes do planejamento. Isso inclui a elaboração do plano/proposta de projeto, como entrevistados na avaliação das necessidades/análise da situação, na interpretação das conclusões da análise e na tomada de decisões sobre os objetivos. Sua participação é particularmente importante durante a elaboração da intervenção (inclusive, conteúdo, métodos educativos, e pré-testes), quando começa a implementação e se o programa for expandido – como formadores de formadores.

A situação ideal é um grupo de trabalho que consiste tanto de facilitadores como de jovens. Os facilitadores podem ajudar os jovens a contribuir o melhor possível, se os jovens explicarem pessoalmente suas necessidades aos facilitadores.

4. As pessoas relevantes que decidem estão envolvidas no planejamento da intervenção?

A revisão global feita por Kirby e seus colegas mostrou que uma característica de intervenções efetivas de SRH é que os funcionários do projeto recebam pelo menos um apoio mínimo das autoridades apropriadas, como por exemplo, o Ministério da Saúde, distritos escolares ou organizações comunitárias.²⁹ Esse apoio é essencial, especialmente para o sucesso a longo prazo da intervenção. Se quem decide participa desde o início no projeto, é mais provável que esteja comprometido com o projeto e sinta que o projeto é 'seu', o que pode prevenir obstáculos e resistência na implementação.

Um método de envolvimento é a criação de um conselho de assessoria com a representação das principais pessoas que decidem. Sua tarefa é dar retorno e assessoria à equipe de projeto nas fases relevantes do planejamento. Uma vantagem é que a intervenção pode integrar-se nas políticas nacionais/regionais, como por exemplo, normas educativas ou estratégias de saúde.

Existem três categorias relevantes de pessoas que tomam decisões:

Para garantir a implementação da intervenção durante um período mais longo, é muitas vezes necessário obter pelo menos um apoio mínimo das autoridades apropriadas, como o Ministério da Educação (quando for implementada nas escolas), o Ministério da Saúde, e o Ministério da Juventude (ou o ministério responsável pelos programas e políticas para os jovens).

Outra categoria consiste das organizações comunitárias e seus líderes, que são necessários para uma completa implementação da intervenção, inclusive, os pais e a comunidade mais ampla, líderes comunitários/religiosos e (se as escolas participam), a administração da escola, o diretório e os funcionários.

Um terceiro grupo é especialmente importante para a colaboração durante o desenvolvimento e a implementação: os especialistas da educação sobre SDRS, e possíveis (futuras) agências de financiamento. Por exemplo, uma comissão nacional de Aids, uma associação de planejamento familiar, organizações doadoras, ONGs relevantes (especializadas em abuso sexual, gravidez na adolescência ou defesa de direitos), profissionais da área de saúde, organizações de jovens, assessores legais e outras organizações comunitárias.

O envolvimento de muitas pessoas relevantes para a tomada de decisões, cada uma com sua própria agenda, pode diminuir o ritmo do processo. Portanto, pensem com muito cuidado nas pessoas que vocês querem envolver no projeto.

B. Avaliação das necessidades/análise da situação (passo 2)

O segundo passo é a avaliação das necessidades/análise da situação. Numa avaliação das necessidades, os planejadores avaliam as necessidades e recursos dos jovens. Na análise da situação, analisam os valores, recursos e capacidades de sua comunidade. Esses fatores podem ajudar a satisfazer as necessidades dos jovens ou podem ser obstáculos a serem vencidos.

5. A intervenção baseia-se numa avaliação das necessidades?

As intervenções baseadas numa avaliação das necessidades e dos recursos dos jovens, têm mais probabilidade de serem efetivas.³⁰ O objetivo da avaliação é entender as necessidades: o que é o mais importante para os jovens; sobre o que, como e por quem eles preferem ser educados sobre a sexualidade? Uma melhor compreensão das necessidades e dos recursos dos jovens pode ajudar a criar programas mais efetivos que sirvam melhor suas necessidades.

Uma avaliação das necessidades pode ser muito acadêmica e minuciosa, mas nem todas as organizações têm tempo, experiência ou recursos para isso. Portanto, é aconselhável dar prioridade à coleta de dados epidemiológicos existentes sobre os SDRS, e também formar uma boa impressão do comportamento sexual dos jovens e os determinantes que influenciam esse comportamento. No Capítulo 2, nós apresentamos um modelo de comportamentos e determinantes.

As informações (evidência) podem ser coletadas de diferentes fontes, por exemplo, na literatura e publicações existentes, ou na internet. Novas informações podem ser obtidas através de debates com o grupo alvo, entrevistas, reuniões de especialistas ou levantamentos.

Os temas que podem ser avaliados são os seguintes:

- A qualidade geral da vida dos jovens: o que eles gostam mais de fazer em sua vida; o que mais os preocupa, os maiores desafios; a cultura juvenil;
- O tamanho dos problemas de SDR entre os jovens: incidência de HIV/DSTs, gravidez na adolescência, aborto, abuso/assédio sexual, estigma e discriminação;
- Comportamento sexual dos jovens: comportamento sexual/abstinência, uso de preservativos, número/características dos parceiros sexuais, sexo consensual, comportamento no que diz respeito à solução de problemas de saúde/procura de saúde;
- Determinantes pessoais de comportamento: conhecimentos/ideias erradas, atitude/valores/crenças, percepção de riscos, habilidades/respeito a si mesmo/confiança em si mesmo, suas percepções de influência social, pressão dos pares;
- Determinantes ambientais de comportamento: normas sociais, leis, disponibilidade/possibilidade financeira de obter aconselhamento, serviços e providências, outras barreiras externas.

A maneira de coletar e analisar os dados tem a mesma importância que o conteúdo da avaliação. Isso deve ser feito de maneira 'objetiva': os planejadores devem tentar descobrir o que está acontecendo na realidade, e não o que eles querem que aconteça. Selecionar apenas as informações que são consistentes com seus próprios valores e percepções, não seria objetivo. Alguns indicadores da qualidade da avaliação das necessidades são as seguintes:

- Qual é a segurança e qualidade dos dados?
- Até que ponto os dados são aplicáveis ao grupo alvo e ao contexto?
- Os dados foram coletados entre representantes do grupo alvo?
- Os dados foram coletados entre adultos que trabalham ou convivem com jovens?
- Os dados foram coletados por pesquisadores/assistentes capacitados?

- Os problemas que foram encontrados quando se tentou evitar/negociar sobre sexo e o uso de preservativos ou contraceptivos, foram discutidos abertamente?
- Qual foi a qualidade da coleta de dados?
- A análise de dados foi feita de maneira objetiva?
- Os relatórios sobre os resultados foram feitos de maneira objetiva?

6. A intervenção baseia-se numa análise da situação?

A evidência^{31;32} indica que as intervenções são mais efetivas se as estruturas, capacidades e recursos que existem na comunidade são avaliados e usados para a implementação. O objetivo da análise da situação é obter uma visão geral da comunidade onde a intervenção é implementada e vinculá-la ao contexto mais amplo (nacional) de políticas e outras intervenções que existem para os jovens.

Na análise da situação, os planejadores coletam e analisam leis, políticas e regulações relevantes relacionadas aos jovens/adolescentes e, particularmente, à saúde de direitos sexuais e reprodutivos (idade de consentimento, gênero, HIV/Aids, abuso sexual, idade mínima para casamento, aborto, etc.). Na análise, os planejadores também consideram a medida em que isso já está sendo implementado na realidade.

A segunda categoria de informações está relacionada com os valores e normas da comunidade onde mora o grupo alvo (os jovens). Isso inclui os valores relacionados com a sexualidade, a posição de meninas e meninos, abstinência, casamento, HIV/Aids, estigma, comunicação com os jovens sobre a sexualidade, preservativos e outros contraceptivos, orientação sexual, abuso sexual, aborto, gravidez, e o direito dos jovens de tomar suas próprias decisões.

Além dos valores e normas, os planejadores devem coletar informações sobre os recursos disponíveis na comunidade. Eles podem fazer um levantamento das redes de atendimentos, inclusive, unidades policiais, assistentes sociais

e a disponibilidade de atendimentos de saúde adequados aos jovens, serviços e providências (preservativos e outros contraceptivos), e aconselhamento. Também podem avaliar até que ponto é possível colaborar com ou remeter a essas organizações durante a implementação da educação sobre SDSR.

Em quarto lugar, os planejadores podem analisar o contexto da implementação para ter uma boa ideia sobre as oportunidades e barreiras na adoção e na implementação. Se a intervenção for implementada numa escola, os planejadores podem avaliar a vontade de várias pessoas na escola (por exemplo, a administração e outros) de adotar a intervenção, e examinar seus conhecimentos, ideias erradas e atitudes. Outros fatores para examinar incluem a disponibilidade de facilidades seguras e cômodas para implementar a intervenção (por exemplo, uma aula), materiais (equipamento de vídeo, xerox, marcadores de tinta, papel para flip chart, lanches para os jovens, canetas, etc.) e formadores capacitados com tempo suficiente.

Além de procurar informações gerais sobre o contexto da implementação, os planejadores podem também efetuar uma análise dos facilitadores da educação SDSR com os quais pretendem trabalhar: o que eles precisam para poder implementar a intervenção? Os planejadores podem examinar tanto seu comportamento como os determinantes: quais são as razões pelas quais eles podem, ou não podem, implementar a educação sexual? O que os motiva para fazer isso? Depende de determinantes pessoais (conhecimentos, atitude, habilidades) ou de determinantes ambientais (materiais, tempo, apoio social)?

Finalmente, os planejadores podem coletar e analisar intervenções existentes de educação sobre SDSR (inclusive, materiais, currículos ou programas específicos, materiais IEC, capacitação brindada por outras organizações para o mesmo grupo alvo e lições aprendidas na implementação).

As informações da análise da situação podem obter-se de revisões de literatura, entrevistas, reuniões de especialistas e discussões em grupo com vários representantes da comunidade, inclusive, facilitadores e outras organizações que trabalham na questão dos SDSR dos jovens. A qualidade das informações depende de vários fatores, como descritos nas características anteriores (avaliação das necessidades).

C. Objetivos (passo 3)

O passo 3 encoraja os planejadores a decidir sobre os objetivos da intervenção. Eles podem basear suas decisões nas informações recebidas durante a avaliação das necessidades/análise da situação (passo 2).

7. Os objetivos de saúde foram descritos claramente?

O que os planejadores acreditam que a intervenção deveria contribuir para melhorar a saúde? Para a maior parte das organizações, é difícil medir uma mudança real da incidência de HIV/Aids, DSTs, gravidez, abortos inseguros, estigma e violência sexual como resultado de sua educação sobre SDRS. Porém, objetivos claros podem orientar e oferecer um enquadramento para a intervenção.³³

Geralmente, o objetivo da educação sobre SDRS é reduzir a vulnerabilidade dos jovens e fortalecê-los para promover sua saúde e direitos. Os objetivos de saúde podem ser diferentes para cada grupo alvo e cada contexto particular. Alguns exemplos de objetivos de saúde para a educação sobre SDRS são os seguintes:

- Reduzir o número de novas infecções HIV;
- Prevenir que as pessoas que vivem com HIV desenvolvam Aids;
- Aumentar a igualdade de gênero;
- Reduzir a incidência de violência de gênero, assédio sexual e abuso sexual;
- Reduzir o número de novas infecções de DSTs;
- Reduzir a incidência de gravidez não desejada;
- Reduzir a incidência de abortos inseguros;
- Reduzir a discriminação e o estigma relacionados com o HIV, orientação sexual, gênero;
- Aumentar o número de testes, visitas a ATV e serviços de saúde.

A educação sobre SDRS é diferente da prevenção do HIV/Aids e a prevenção da gravidez, porque vincula todos os problemas de saúde relacionados com a sexualidade e com a reprodução que os jovens poderiam enfrentar, em vez de concentrar-se em assuntos isolados.

8. As mensagens de comportamento para os jovens são claras e consistentes?

Passar mensagens claras, não ambíguas, focadas e fáceis de entender sobre como os jovens podem comportar-se sexualmente, é uma das principais características de programas efetivos de SDRS/educação sexual.³⁴ Os jovens deveriam receber informações suficientes, corretas, atualizadas e consistentes sobre as opções de comportamento preventivo, para que sejam capazes de tomar suas próprias decisões sobre seu comportamento sexual. No Mapeamento de Intervenções, essas mensagens sobre o comportamento são chamadas de comportamento de promoção à saúde.

Mensagens claras para jovens incluem:

1. Abstinência de todas as atividades sexuais;
2. Fazer sexo consensual e seguro;
3. Adiar as primeiras relações sexuais, praticando outras atividades sexuais;
4. Usar contraceptivos;
5. Usar um preservativo cada vez que eles têm relações sexuais;
6. Evitar ter vários parceiros ou fazer sexo com pessoas que têm vários outros parceiros;
7. Fazer testes de HIV e de DSTs e receber tratamentos.

Os programas que apenas dão a mensagem de abstinência (ou adiamento)^{35,36,37} aos jovens, não parecem ter nenhum efeito sobre a mudança de comportamento. Só têm um efeito sobre a atitude no que diz respeito à abstinência (ou adiamento). Programas de educação sexual extensos, que tratam tanto o adiamento como o uso de preservativos, provaram ser efetivos para adiar as relações sexuais e aumentar o uso de contraceptivos e preservativos.^{38,39}

As mensagens de comportamento são mais fortes quando elas usam informações obtidas através de uma avaliação das necessidades. Por exemplo, realçando corretamente a possibilidade de adiar a primeira vez que alguém faz sexo, de reduzir o número de parceiros sexuais ou de usar preservativos ou outros contraceptivos. A mensagem escolhida também depende da idade, experiência sexual, valores da família e da comunidade, circunstâncias sociais e cultura dos jovens que são o grupo alvo da intervenção. Foi provado que vincular as mensagens de comportamento com outros valores que são importantes para os jovens contribui para a efetividade. Isso poderia significar que é preciso realçar que evitar fazer sexo ou sempre usar um preservativo é comportamento 'responsável', ou explicar que os jovens só deveriam fazer sexo consensual e 'ter respeito a eles mesmos'.

A evidência também indica que mensagens de comportamento mais específicas contribuem para uma melhor compreensão do vínculo que existe entre o comportamento arriscado e as mensagens de comportamento. No Mapeamento de Intervenções, isso é chamado de objetivos de desempenho, ou seja, ações específicas que juntas formam o comportamento. Por exemplo, os objetivos de desempenho para o uso de preservativos de jovens incluem: 1. Decidir usar preservativos cada vez que uma pessoa tem relações sexuais 2. Obter/comprar preservativos 3. Sempre levar preservativos 4. Negociar com o parceiro sexual sobre o uso de preservativos 5. Usar preservativos cada vez que uma pessoa tem relações sexuais 6. Usar os preservativos corretamente 7. Seguir usando preservativos.⁴⁰

9. A intervenção refere-se a todos os determinantes pessoais de comportamento que sejam relevantes e que possam mudar?

A evidência⁴¹ mostra que as intervenções têm mais probabilidade de serem efetivas, se elas tratam os determinantes que são relevantes (que têm um impacto nítido no comportamento) e que possam mudar (que podem mudar de maneira significativa através de intervenções viáveis). Nenhum programa pode tratar todos os determinantes que influenciam o comportamento sexual.

Em cada contexto e cultura, os determinantes podem ser diferentes, mas várias publicações dão exemplos e revisões úteis de possíveis determinantes⁴² do uso de preservativos^{43,44} ; e da abstinência.⁴⁵

No Capítulo 2 nós vimos que o comportamento não é somente determinado pela falta de conhecimento, mas também por outros determinantes, por exemplo, a percepção de riscos, atitudes, influência social, habilidades e auto-eficiência, intenção, fatores externos e o contexto cultural, religioso e social. Portanto, os planejadores deveriam examinar bem a avaliação das necessidades e decidir quais determinantes são importantes e podem mudar suficientemente para poderem ser incluídos na intervenção.

Kirby e seus colegas revisaram muitas publicações e fizeram uma recapitulação dos determinantes pessoais e ambientais que geralmente podem mudar e que são importantes.⁴⁶

10. Há suficientes esforços para promover um entorno de apoio?

A evidência indica que criar um ambiente seguro de apoio, é essencial para melhorar os SDR dos jovens. A avaliação das necessidades/análise da situação oferece um resumo das principais barreiras e oportunidades ambientais para tratar os SDR dos jovens. Não obstante, os planejadores estão limitados no que eles podem fazer, e pode ser que eles devam concentrar-se num pequeno número de intervenções, deixando que outras pessoas ou organizações tratem as barreiras ambientais. Algumas oportunidades para criar um ambiente que apoia os jovens são descritas abaixo.

1. Um método é a conscientização da comunidade e dos pais. Isso pode resultar em maior apoio para os SDR dos jovens e sua educação sexual/sobre SDR. Na prática, isso pode levar a uma melhor aceitação dos jovens por eles mesmos (auto-estima), e mais ajuda para eles. Por exemplo, ajuda para obter contraceptivos, ou para informar à polícia sobre casos de abuso sexual ou outras formas de abuso. Outro objetivo da conscientização pode ser dar aos pais informações e habilidades para ajudá-los a comunicar com seus filhos sobre a sexualidade e temas relacionados

2. Uma barreira ambiental para jovens tem a ver com os serviços, providências (como ARVs, preservativos e outros contraceptivos) e aconselhamento de saúde, se eles não estão disponíveis, muito caros ou não adequados aos jovens.⁴⁷ Se os planejadores não são capazes de montar uma intervenção adicional para oferecer ou melhorar esses serviços, eles podem decidir criar um sistema para encaminhar os jovens para organizações prestadoras de serviços (centros de ATV, clínicas de saúde, centros de jovens).

3. Outra possibilidade é defender os direitos e a saúde dos jovens, e fazer uma campanha para mudar as políticas e leis importantes que são um obstáculo aos direitos e à saúde dos jovens. Há alguns sítios que dão informação mais elaborada sobre esse tema.⁴⁸

Quando os planejadores decidem desenvolver intervenções para lidar com as barreiras e oportunidades que se apresentam no ambiente dos jovens, eles podem definir objetivos de comportamento e de desempenho para os responsáveis. Também podem olhar os determinantes do comportamento deles, por exemplo, os conhecimentos, as atitudes e as habilidades que eles precisam ter para poder prestar serviços, mudar políticas ou apoiar os jovens.

11. A intervenção baseia-se numa abordagem holística?

As intervenções baseadas numa abordagem holística dos direitos de saúde sexual e reprodutiva dos jovens, têm mais probabilidade de resolver as necessidades e problemas que os jovens enfrentam, e como resultado, contribuir para a eficiência da educação sexual.

As intervenções holísticas de SDR consideram vários temas simultaneamente, que são descritos mais detalhadamente abaixo: os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, gênero, integrar a prevenção do HIV no alcance mais amplo dos SDR e o desenvolvimento de adolescentes, tratar todas as opções de comportamento que os jovens têm, e criar um ambiente de apoio.

1. As intervenções holísticas usam uma abordagem baseada em direitos⁴⁹, isso significa – com base em declarações assinadas por países do mundo inteiro – que os jovens têm o direito de ser quem e o que eles são; adquirir conhecimentos; protegerem eles mesmos e serem protegidos por outros; terem acesso a serviços de saúde; e participarem na sociedade. Um componente importante da abordagem baseada em direitos é a igualdade de homens e mulheres.^{50;51;52}

2. Lidar com o tema de gênero significa que os planejadores tratam os homens e as mulheres da mesma maneira - onde for necessário e possível - tanto em termos de conteúdo, como no planejamento da intervenção. Eles são voltados tanto para homens como para mulheres, envolvendo todos no planejamento e na implementação, e garantem que os homens e as mulheres possam contribuir igualmente e que sejam levados a sério.

O conteúdo da intervenção pode tratar a questão do gênero, levando em conta a posição das meninas. A educação para meninas deve realçar que elas são capazes e poderosas, e que elas podem 'assumir o controle', em termos gerais e mais especificamente, resistindo a fazer sexo não desejado e não protegido, e insistindo no uso de preservativos. A educação para meninos deveria incluir empatia e habilidades para se 'colocar na posição de uma menina' e ensinar-lhes que eles devem 'ter autocontrole', atuar com responsabilidade e respeitar as meninas.

3. A desvantagem de intervenções voltadas apenas para o HIV/Aids é que elas têm tendência de concentrar-se nos riscos de ter relações sexuais não protegidas e que elas se baseiam principalmente no medo. Quando os jovens só ouvem falar sobre a sexualidade em relação à Aids (uma coisa negativa), eles podem desenvolver uma visão negativa da sexualidade em geral. Pela integração da educação HIV/Aids no contexto mais amplo dos SDSR, a intervenção tem mais probabilidade de desenvolver um enfoque positivo da sexualidade. Não obstante, existe pouca evidência que mostra se isso é mais eficiente do que a educação sobre SDSR que se limita ao HIV/Aids. O risco dessa abordagem é que seja ampla demais, limitando a efetividade da intervenção.

4. Os programas que só transmitem a mensagem de comportamento (comportamento de promoção à saúde) de abstinência (inclusive, adiar as primeiras relações sexuais) não parecem ter nenhum efeito sobre a mudança do comportamento. Elas só têm um efeito sobre a atitude no que diz respeito à abstinência (ou adiamento). Os programas que incluem tanto o adiamento, e o uso de preservativos (programas extensos) provaram ser efetivos na promoção do uso de contraceptivos e preservativos.

Da perspectiva dos direitos, as intervenções devem encorajar os jovens a tomar suas próprias decisões no que diz respeito à sexualidade, dando informações corretas, completas e não moralistas sobre as opções de comportamento.

A evidência dos Estados Unidos mostra que programas efetivos dizem claramente que os jovens não deveriam fazer sexo não protegido e muitas vezes apresentam provas preconceituosas para apoiar isso. Numa abordagem baseada em direitos, a mensagem de comportamento é que os jovens sempre deveriam fazer 'sexo seguro' (o que significa que eles devem proteger-se contra o HIV/Aids, DSTs e gravidez não planejada), só fazer sexo consensual, e só fazer sexo quando eles estejam prontos para isso. A evidência mostra que os programas que simplesmente dão os prós e os contras e deixam que os jovens decidam por eles mesmos, não são efetivos para mudar o comportamento.

5. Numa abordagem holística, os planejadores também incluem fatores externos, criando assim um ambiente de apoio, para a implementação e as necessidades dos jovens. Pode ser que os planejadores devam incluir a legislação e a elaboração de políticas, serviços de saúde e aconselhamento, bem como a disponibilidade de providências, por exemplo, preservativos. Em alguns contextos, é mais importante lidar com os fatores ambientais do que oferecer educação sexual aos jovens. Por exemplo, numa província da Índia, o governo proibiu oficialmente a educação sexual. Inicialmente, os planejadores efetuaram uma campanha a favor da educação sexual e contribuíram para a supressão da proibição, antes de poder começar com a implementação das intervenções nas escolas.

D. Elaboração de intervenções com base na evidência (passo 4)

O passo 4 inclui evidência e teorias relevantes sobre atividades e métodos efetivos, e outras maneiras de aumentar a eficiência das intervenções. As intervenções podem consistir de várias atividades diferentes, algumas delas, oferecidas por outras pessoas e organizações.

12. A intervenção está explícita sobre a sexualidade?

As intervenções de SDRS efetivas baseiam-se numa comunicação explícita sobre a sexualidade.^{53,54,55,56} Muitas pessoas acreditam que falar com jovens sobre a sexualidade e preservativos os encoraja a fazer sexo. Não obstante, existe muita evidência que mostra que a comunicação explícita não aumenta a atividade sexual entre os jovens. Às vezes, resulta no adiamento de ter relações sexuais (se é realçado que não fazer sexo é a melhor opção e a mais segura).

A comunicação explícita significa que os materiais e as pessoas que trabalham com os jovens indicam o nome dos órgãos genitais, e explicam o que significa o sexo, a sexualidade, as relações sexuais, contraceptivos, preservativos, etc. Esses assuntos podem variar segundo o grupo alvo. Por exemplo, o que é relevante para alunos da escola primária, não é relevante para os estudantes do ensino secundário.

A maneira de tratar os jovens na intervenção determinará o sucesso dela. Segunda a abordagem baseada em direitos, a sexualidade deve ser discutida positivamente. Deve ser uma coisa que os jovens possam desfrutar, uma coisa agradável.

Os jovens devem aceitar-se como seres sexuais, independentemente do fato de se eles são sexualmente ativos ou não. Eles devem ser considerados como seres capazes de tomar suas próprias decisões. A intervenção deveria dar-lhes informações corretas para que possam fazer suas próprias escolhas. Todos os jovens são diferentes, portanto, eles devem ser tratados como um grupo diverso de indivíduos únicos e é preciso apresentar-lhes várias opções relevantes.

Quando a educação sexual é implementada por facilitadores (assistentes sociais que trabalham com jovens, educadores pares ou professores), pode ser que seja difícil para eles ter debates abertos e explícitos sobre a sexualidade, sem fazer julgamentos. Portanto, é essencial oferecer uma capacitação apropriada e apoio aos facilitadores, por exemplo, uma capacitação de habilidades.

13. Os facilitadores criam um contexto seguro para que os jovens possam participar?

Na revisão de Kirby, uma característica de intervenções efetivas é que elas criam um contexto seguro para a participação dos jovens na educação sexual.⁵⁷

Pelo estabelecimento de regras básicas para a participação no grupo, os facilitadores ajudam a criar um ambiente seguro.

Eles poderiam decidir desenvolver essas regras junto com os jovens. Algumas regras incluem:

- não rir dos outros,
- não fazer perguntas que implicam um julgamento,
- aspectos confidenciais,
- respeitar o direito de não responder perguntas,
- reconhecer que todas as perguntas são perguntas legítimas,
- não interromper os outros,
- respeitar as opiniões dos outros, e
- fora do grupo, não se fala das visões expressadas no grupo.⁵⁸

Outras maneiras para que seja mais fácil para os estudantes contribuir para as discussões e outras atividades, são as seguintes:

- introduzir quebra-gelos (para facilitar o primeiro encontro e o trabalho de grupo);
- trabalhar em grupos do mesmo gênero para determinados temas ou durante a intervenção toda;
- oferecer reconhecimento e reforços positivos;
- efetuar a intervenção numa sala ou num lugar adequado, num horário que seja conveniente para os jovens;
- implementar uma política de saúde nas escolas, com facilidades, regras de conduta e proteção, relacionada com o assédio, abuso e discriminação;
- elaborar regras para a interação entre professores e estudantes e encaminhar a serviços e aconselhamento adequados para os jovens.

14. A intervenção dá informações corretas e completas?

Oferecer informações corretas não é somente ético, mas também essencial para a eficiência.⁵⁹ Abaixo apresentamos alguns fatores que contribuem para uma oferta efetiva de informações.

É preciso dar informações corretas e completas, e corrigir mitos e ideias erradas sobre temas delicados, por exemplo preservativos, masturbação e diversidade sexual. As informações devem ser concretas e não com base em valores: é preciso apresentar feitos e cifras, indicando as fontes das informações. Todas as informações devem ser feitas na medida do grupo alvo, levando em conta a idade, o grau de instrução, os antecedentes étnicos e o gênero.

As informações devem ser oferecidas através de métodos de aprendizagem ativa e participação, trabalhar em pequenos grupos é perfeito para fazer isso. As teorias^{60,61} indicam que participar ativamente para obter informações é mais efetivo de que escutar passivamente. Os materiais e atividades devem encorajar os participantes a aplicar as informações em sua

própria vida. Exemplos de métodos de ensino interativo incluem pequenas conferências, discussões de aula, trabalhar em pequenos grupos, apresentações de vídeo, histórias, dinâmicas de grupo, jogos competitivos, folhas de trabalho, tarefas de casa (por exemplo, conversar com os pais ou com amigos), visitar drogarias e clínicas, caixa de perguntas, hotlines, demonstrações de preservativos, testes de conhecimentos, etc.

Geralmente, estimular a participação ativa nas escolas é mais difícil de que fora da escola. Muitas vezes o tempo é limitado, e para os professores é difícil tratar seus alunos numa abordagem interativa/mais divertida, porque eles não têm o costume e não receberam capacitação para ensinar dessa maneira.

Oferecer informações corretas e completas não se aplica unicamente às intervenções para os jovens. Obviamente, se aplica a todos que recebem informações, por exemplo, facilitadores, escolas, pais, a comunidade e todos os outros participantes nas atividades da intervenção.

15. A intervenção trata a percepção de riscos?

As intervenções efetivas de saúde tratam a percepção que as pessoas têm de seus riscos pessoais, tanto sua predisposição para o problema de saúde, como a seriedade do problema (por exemplo, HIV/Aids, outras DSTs, gravidez, assédio e abuso sexual).^{62,63} Não obstante, comunicar sobre riscos é somente efetivo cumprindo algumas condições. Os programas que se baseiam só no medo, não funcionam e podem ter efeitos nocivos.

A intervenção tem mais probabilidade de aumentar a consciência se os jovens obtêm as informações de maneira ativa e as aplicam a eles mesmos. Isso pode ser feito oferecendo atividades interativas (por exemplo, trabalhar em pequenos grupos, roteiros para debates, testes de conhecimentos) com as quais os participantes avaliam seus riscos pessoais e como o HIV, uma DST ou uma gravidez não intencional poderia afetá-los.

As intervenções efetivas informam os jovens sobre suas possibilidades (riscos) de pegar uma DST ou HIV/Aids ou ficar grávida como resultado de seu comportamento sexual inseguro. Isso pode ser feito contando-lhes quantas vezes isso acontece com outros jovens, realçando que não tem a ver com a pessoa, mais com o que ela faz.

Intervenções efetivas de SDR também comunicam aos jovens sobre as consequências negativas de DSTs, HIV/Aids e gravidez não intencional, tanto a curto como a longo prazo. Isso pode ser feito encorajando-os a refletir: como eles se sentiriam se tivessem ouvido que têm HIV/Aids ou outra DST, ou tivessem ficado grávidas.⁶⁴ Isso pode ser feito em discussões de aula, ou com vídeos com histórias reais de jovens que têm HIV/ou que ficaram grávidas e que descrevem o impacto que isso tem sobre a vida deles.

Além das informações sobre riscos, é muito importante que a intervenção motiva os jovens a prevenir as DSTs, o HIV/Aids e a gravidez não intencional. Se isso não for feito de maneira apropriada, as informações podem criar medo e ter efeitos negativos.⁶⁵ Os jovens devem ser conscientizados do que eles podem fazer para prevenir problemas de SRH (por exemplo, usar preservativos, não ter relações sexuais) e eles devem sentir-se seguros de poder fazer isso.⁶⁶ Atividades de criação de habilidades são uma maneira efetiva de aumentar a confiança.

16. A intervenção ajuda as pessoas a entender e desenvolver seus próprios valores, atitudes e consciência sobre a influência social?

As intervenções que ajudam as pessoas a entender e a desenvolver seus próprios valores e atitudes, e que oferecem informação sobre a influência das normas de outros, têm mais probabilidade de serem efetivas. As atitudes e as normas são importantes determinantes do comportamento, mas difíceis para mudar. É um processo longo, porque os valores e normas de uma pessoa pertencem muitas vezes a seu ambiente social. É difícil manter-se fiel aos próprios valores, se eles são

diferentes dos valores dos outros. A evidência e as teorias propõem sugestões para maneiras efetivas de ajudá-los a entender e desenvolver suas próprias atitudes e percepções.

1. Os planejadores podem encorajar a compreensão e desenvolvimento de valores e atitudes pessoais através de atividades variadas, por exemplo:

- Discussões de grupo sobre as vantagens e desvantagens, por exemplo, de ter relações sexuais, ou de usar um preservativo durante as relações sexuais;
- Debates nos quais os participantes devem defender opiniões opostas sobre os temas acima mencionados;
- Teatro interativo, com papéis para o público;
- Tempestade de ideias com participantes sobre como evitar ou escapar de situações que possam levar a ter relações sexuais, ou histórias reais, contadas por modelos a serem seguidos.

2. As atitudes podem mudar oferecendo argumentos convincentes às pessoas. Isso significa que a intervenção deve realçar as razões que existem para adiar, abster-se, usar preservativos, e sempre ter sexo consensual. Falar sobre as consequências a curto prazo tem mais probabilidade de ter um impacto do que falar sobre as consequências a longo prazo. Por exemplo, ficar grávida depois de ter relações sexuais não protegidas pode ser mais relevante para os jovens que a consequência a longo prazo de pegar HIV/Aids.

Os argumentos têm mais probabilidade de serem convincentes se eles refletem as visões e valores do grupo alvo específico, reconhecendo o lado negativo de determinada decisão. Por exemplo, as pessoas podem ver as desvantagens de usar um preservativo durante as relações sexuais. Dirão que é difícil e embaraçoso obter preservativos e levá-los quando eles precisam deles. E que é difícil falar com um parceiro sexual sobre sexo e preservativos. Usar um preservativo também não é fácil e causa uma perda de sensação. Uma intervenção deveria

reconhecer esses aspectos negativos, mas também realçar que as vantagens são mais importantes (saúde, educação, planejamento para o futuro).

3. A intervenção tem mais probabilidade de mudar ou fortalecer atitudes se as pessoas obtêm as informações ativamente e as aplicam nelas mesmas. Isso pode ser feito oferecendo atividades interativas (por exemplo, debate em grupo, testes de conhecimentos) com as quais os participantes avaliam seus próprios valores, normas e percepções e podem descobrir por que eles devem mudá-los.

4. Quando os planejadores tratam a influência social, eles devem tratar tanto os elementos reais, como a percepção do grupo alvo. Eles deveriam dar informação sobre a influência social (normas da comunidade, pressão social), corrigir ideias erradas e oferecer habilidades às pessoas para lidar com a pressão ou com normas negativas. Por exemplo, os jovens podem pensar que todos os outros jovens têm tido relações sexuais na idade de 16 anos, mas as estatísticas mostram que isso não é verdade. Portanto, é possível dar essa informação concreta aos jovens para corrigir as ideias erradas.

5. Outra maneira efetiva de tratar a influência social e as normas sociais é o uso de modelos positivos a serem seguidos – exemplos de como lidar com normas e pressão social, com os quais as pessoas se identificam. Isso chama-se modelo.

Encorajar as pessoas a entender seus próprios valores, normas, atitudes e sua percepção da influência dos outros, não se aplica unicamente às intervenções voltadas para os jovens. Obviamente, isso se aplica a todos que recebem informações, como facilitadores, escolas, pais, a comunidade e todos os outros participantes nas atividades da intervenção. Especialmente os professores devem conscientizar-se de suas próprias percepções e ideias. Isso pode ser feito numa sessão sobre valores pessoais numa capacitação de facilitadores.

17. A intervenção inclui capacitação interativa de habilidades?

A capacitação de habilidades é um dos princípios componentes de uma educação efetiva sobre SDR. As habilidades mais importantes que os jovens devem adquirir são as seguintes:

- dizer NÃO: não aceitar sexo não desejado, não intencional ou não protegido;
- insistir no uso de preservativos ou de contraceptivos;
- usar os preservativos corretamente;
- habilidades gerais de assertividade (lidar com a pressão social e normas sociais);
- comprar preservativos ou contraceptivos; visitar drogarias com outros estudantes para localizar e ver os preços de preservativos ou visitar clínicas para obter informação sobre os serviços de saúde reprodutiva;
- fazer testes e receber tratamento de DSTs/HIV;
- habilidades de negociação;
- autodefesa e escapar de situações de abuso sexual.

Existem diferentes maneiras de treinar habilidades. O método mais eficaz é a dinâmica de grupo, seguindo os passos seguintes:

1. Começar com situações mais fáceis para passar a situações cada vez mais difíceis;
2. Descrever oralmente em que consistem os componentes das habilidades;
3. Moldá-los numa dinâmica de grupo (criada pelo facilitador, usando um vídeo ou uma história com materiais impressos), começando com situações fáceis, passando a situações cada vez mais difíceis;
4. Oferecer práticas individuais através da dinâmica, em grupos de duas a quatro pessoas, nos quais todos pratiquem, por exemplo, evitar sexo não desejado ou insistir no uso de preservativos;
5. Retorno pelo facilitador e/ou outros jovens;
6. Praticar em situações da vida real (por exemplo, comprar um preservativo numa drogaria).

Para os facilitadores (especialmente, os professores) é às vezes difícil implementar atividades de dinâmicas de grupos num grupo de jovens. Uma alternativa é usar modelos ou uma dramatização para treinar habilidades, convidando uma pessoa com a qual os estudantes se identificam, ou trabalhar com um vídeo, ou histórias sobre modelos em matérias impressas.

A criação de habilidades também deve ser uma das mais importantes atividades na capacitação dos facilitadores. Habilidades importantes para eles incluem uma comunicação aberta sem julgamentos com os jovens sobre a sexualidade, e como usar uma abordagem interativa no ensino.

18. Os jovens têm acesso a apoio individual?

Para satisfazer as necessidades de todos os jovens que participam na intervenção (e para ser realmente efetiva), a intervenção deve incluir possibilidades de obter apoio individual.⁶⁷ Quando os jovens recebem educação sobre SDR, isso pode levar ao reconhecimento de problemas individuais (relacionados com o desenvolvimento de adolescentes ou HIV/Aids, DSTs, gravidez, abuso e assédio sexual, ou estigma) e maior consciência sobre a necessidade de procurar ajuda.

Portanto, as organizações implementadoras ou as escolas devem estar preparadas para oferecer apoio individual, por exemplo, aconselhamento. Isso significa que elas devem dispor de funcionários capacitados que são capazes de dar apoio adequado aos jovens, ou encaminhar o jovem para um profissional da área de saúde, ou um conselheiro, fora da escola ou da organização. Elas deveriam ter um sistema de encaminhamento, com nomes de pessoas e endereços, por exemplo, centros para jovens, centros de saúde e de testes, e conselheiros individuais.

Os serviços e o sistema de encaminhamento podem fazer parte de uma política de saúde mais ampla. Essa política deve incluir também regras e facilidades na organização ou na escola para a proteção dos SDRS dos jovens. Deveriam existir regras estabelecendo que não se toleram estigmas, assédio, abuso ou discriminação por causa de gênero, antecedentes étnicos, religião, orientação sexual, HIV/Aids, etc.

19. A intervenção promove a comunicação com os pais e outros adultos?

Quando os planejadores desenvolvem intervenções para jovens, eles devem também envolver os pais e outros adultos, ou a família estendida. Isso aumenta a eficiência da intervenção.

O envolvimento pode variar, de uma participação muito intensa (por exemplo, discussões, capacitação) a um nível menos intenso (por exemplo, informações apresentadas através de folhetos ou cartas), dependendo do contexto e da abertura sobre sexualidade. Às vezes é necessário obter o consentimento dos pais para que os jovens possam participar nas aulas de educação sexual.

Uma maneira de aumentar a comunicação entre os pais (ou outros adultos) e os jovens é dar tarefas de casa que encorajam o jovem a falar com os pais, e com outros adultos nos quais ele tem confiança, sobre o programa SDRS ou temas específicos.

Além disso, os planejadores podem dar informações aos pais e outros adultos sobre o comportamento sexual de adolescentes e temas relevantes como a gravidez, DSTs, HIV/Aids, estigma, discriminação, abuso e assédio sexual. Isso pode ser feito durante eventos, discussões, oficinas ou capacitações.

20. Os temas da intervenção estão cobertos numa sequência lógica?

Uma parte da eficiência do programa depende da apresentação dos materiais e das atividades. Muitas vezes, as intervenções 1) motivam uma pessoa a evitar o HIV, outras DSTs e a gravidez, realçando sua predisposição para isso e a seriedade do problema. 2) transmitem uma mensagem clara sobre o comportamento necessário para reduzir os riscos e 3) incluem os conhecimentos, atitudes e habilidades que são necessários para mudar o comportamento.

A sequência pode variar em diferentes contextos e depende do conteúdo da intervenção. Um exemplo de uma sequência lógica de temas numa educação extensa sobre SDRS é a seguinte:^{68;69}

1. Respeito a si mesmo, como base para aprender a tomar suas próprias decisões. Não obstante, existe uma forte evidência de que é difícil mudar o respeito a si mesmo, e que isso requer programas que são muito diferentes dos programas habituais usados na educação sexual; por exemplo, capacitar os professores para um ensino muito diferente, e cursos de habilidades para pais. A evidência não mostra um vínculo consistente entre o respeito a si mesmo e o passar por riscos sexuais.
2. Desenvolvimento de adolescentes:
 - a. Mudanças físicas (por exemplo, menstruação, masturbação);
 - b. Mudanças emocionais;
 - c. Mudanças psicossociais (por exemplo, relações com os pais, amigos, pares).
3. Explicação de direitos que fortalecem os jovens na tomada de decisões próprias, inclusive, gênero, cultura, relações e apoio social.
4. Sexualidade (práticas sexuais, sexualidade e prazer, intimidade, amor e relações).

5. Problemas de saúde sexual (informação básica sobre HIV, viver com Aids, outras DSTs, gravidez e aborto; por que uma pessoa é predisposta para o problema e a seriedade do problema).
6. Sexualidade segura e consensual (assédio e abuso sexual).
7. Comportamento para reduzir a vulnerabilidade e prevenir riscos de saúde (abstinência, adiar as relações sexuais, uso de preservativos, uso de contraceptivos).
8. Conhecimentos, valores, atitudes e barreiras relacionados com esse comportamento.
9. Habilidades necessárias para realizar o comportamento.
10. Apoio em caso de problemas de saúde sexual (no próprio ambiente, apoio profissional, por exemplo, aconselhamento, testes, cuidados, encaminhamento para apoio ulterior).
11. Planos futuros, inclusive, os jovens se comprometem a ficar fieis a suas decisões sobre o que querem e o que não querem fazer sexualmente.
12. Compartilhar as lições aprendidas.

Algumas intervenções de SDRS tratam especificamente a gestão de stress ou o uso do álcool e drogas. Geralmente, é mais difícil implementar uma intervenção bem estruturada em contextos fora da escola, porque os jovens podem entrar e sair quando eles quiserem.

21. A intervenção é atrativa para o grupo alvo?

Uma característica importante de intervenções eficazes é que elas são atrativas para o grupo alvo. Uma intervenção feita na medida de um grupo específico tem mais probabilidade de ser atrativa e funcional e, como resultado, mais efetiva.⁷⁰

Nessa ferramenta, nós olhamos a atratividade dos materiais e das atividades para os jovens, bem como a atratividade e funcionalidade dos materiais e atividades para os facilitadores (professores, educadores pares, assistentes sociais que trabalham com jovens). A atratividade da intervenção depende de vários fatores.

1. As estratégias de ensino devem ser feitas na medida e devem ser consistentes com a idade de desenvolvimento e as habilidades acadêmicas dos jovens participantes. Isso inclui o grau de instrução deles e sua capacidade de comunicar e de entender conceitos. A intervenção deveria tratar os jovens como um grupo diverso de indivíduos únicos.

2. A forma e a embalagem da educação devem ser atrativas:

- Uma apresentação atrativa dos materiais (clara, viva, com imagens e gráficas);

- Conteúdo e exemplos relevantes para o grupo alvo.

Para materiais impressos (folhetos, livros de trabalho, cadernos):

- Imagens, cores, gráficas, etc. apropriados para o grupo alvo.

- As fotografias, gráficas, etc. não devem ser racistas, sexistas, homofóbicas, coercivas ou fazer julgamentos; sensíveis ao gênero e sensíveis aos valores e à cultura do grupo alvo.

- O tipo e legibilidade das letras são apropriados para o grupo alvo.

Para os materiais de vídeo:

- Imagens, cores, contexto e modelos atrativos para o grupo alvo

3. Pode ser que os planejadores devam evitar ou vencer obstáculos relacionados com a assistência dos jovens. Por exemplo, para recrutar jovens, pode ser que seja necessário informar aos pais, organizar transporte, implementar atividades num horário conveniente e assegurar a confiança e a segurança. Essa característica pode parecer óbvia, mas há muitos exemplos de uma baixa participação de jovens em programas voluntários de educação sobre SDRS, de modo que os programas não foram efetivos.

4. A atratividade da intervenção para os facilitadores depende de vários fatores, além dos fatores acima mencionados:

- O tamanho e o peso dos materiais são razoáveis (para transportar e guardar em casa); o espaço impresso/próprio para imprimir se usa eficientemente;

- Os materiais são resistentes e duráveis;
- Os custos são razoáveis;
- As atividades estão descritas logicamente num manual para os facilitadores, para cada aula ou tema (objetivos, sequência das atividades, o tempo e os materiais que se necessitam para cada atividade, dicas e informação de fundo).

22. A intervenção foi testada?

As intervenções SDR para jovens (tanto as atividades e os materiais de apoio) têm mais probabilidade de serem efetivas, se elas são testadas na prática antes da aprovação final.^{71;72} Existem dois tipos de testes que se podem efetuar: pré-testes e pilotos.

Um pré-teste significa o uso informal e a avaliação de algumas partes (talvez as mais difíceis) ou todos os materiais e atividades. Isso pode ser feito numa escala muito pequena com alguns jovens (mais ou menos 10-20, representativos do grupo alvo, equilibrados em termos de gênero) e alguns facilitadores. Eles dão retorno sobre o que funciona e o que não funciona, e se eles gostaram, ou não. Os resultados dos pré-testes são usados para adaptar a intervenção, se for necessário, antes de produzir os materiais definitivos da intervenção. A necessidade de fazer um pré-teste é maior quando se sabe pouco sobre o grupo alvo, ou quando o conteúdo da intervenção é discutível ou delicado.

Um projeto piloto significa que os facilitadores implementam a intervenção completa durante um determinado período de tempo. Por exemplo, todas as aulas e sessões de um currículo SDR são dadas em várias escolas, durante um ano escolar. Os planejadores (e as agências doadoras) têm a tendência de começar imediatamente com a implementação completa depois de produzir os materiais definitivos da intervenção. Porém, a evidência mostra que um projeto piloto para testar a intervenção numa escala relativamente pequena (por exemplo, em três escolas ou centros de juventude) fornece uma boa oportunidade de monitorar e avaliar o processo de implementação de perto e adaptar a intervenção, se for necessário.

E. Adoção e implementação (Passo 5)

O passo 5 do Mapeamento de Intervenções trata a adoção (por facilitadores ou organizações) e a implementação (o uso real da intervenção). Em outras palavras: o que deve ser feito para assegurar que os facilitadores estejam motivados e sejam capazes de implementar os materiais e atividades da intervenção?

23. Fizeram alguma coisa para aumentar a adoção da intervenção?

Quando se desenvolvem as intervenções para a educação sobre SDR, isso não significa automaticamente que elas serão adotadas pelas organizações e facilitadores que devem implementá-las.⁷³ Com base na análise da situação, os planejadores podem decidir organizar primeiro algumas atividades especiais para vencer qualquer barreira à adoção.

1. O grupo mais importante com o qual se deve entrar em comunicação com as atividades de adoção são os novos facilitadores (tanto na escola como fora). Pode ser que os facilitadores tenham de ser convencidos da importância de oferecer educação sexual. Possivelmente não é suficientemente convincente dizer que o programa é eficiente. O fato de o programa ajudar a desenvolver uma melhor relação com os jovens em questão pode ser uma razão mais convincente para que eles adotem a intervenção. Mas isso pode variar, dependendo do contexto cultural.
2. Outro grupo importante que deve adotar o programa podem ser os pais (e a comunidade mais ampla), tanto na escola, como fora da escola. Os planejadores poderiam decidir dar-lhes informações sobre a intervenção através de materiais impressos ou reuniões.

3. Um grupo que adota a educação sobre SDRS nas escolas é a gerência da escola e a diretoria. Os planejadores poderiam organizar reuniões ou interações pessoais com as pessoas relevantes que tomam decisões na escola para convencê-las da necessidade de adotar a intervenção. É importante avaliar primeiro as vantagens e desvantagens na opinião dessas pessoas, para poder apresentar argumentos convincentes.

24. A intervenção é implementada pelos facilitadores apropriados?

A seleção dos facilitadores é fundamental para uma implementação efetiva. As características desejáveis para implementar a educação sobre SDRS para os jovens incluem:

- Capacidade de relacionar-se com jovens e ser amistosos com os jovens;⁷⁴
- Ter alguma experiência com a educação sobre SDRS e estar à vontade falando com os jovens sobre a sexualidade;
- Motivados para trabalhar na questão dos SDRS dos jovens;
- Boa-vontade de promover os direitos dos jovens.

A evidência mostra que casar a raça, os antecedentes étnicos ou o gênero dos jovens e dos formadores, não tem um impacto significativo sobre a mudança do comportamento⁷⁵ e que a idade dos formadores (educação sobre sexualidade e HIV/ Aids por adultos ou pares) não tem nenhuma influência na efetividade da intervenção.^{76;77;78}

Alguns programas de educação sexual são oferecidos como educação por pares.^{79;80} Alguns pesquisadores concluíram que as intervenções de educação por pares têm a tendência de influenciar o comportamento de pequenos números de formadores pares, mas não necessariamente o comportamento do grupo alvo. Portanto, essas intervenções não são suficientemente efetivas em termos de custos para justificar a implementação em grande escala. A educação por pares só funciona em determinadas condições, por exemplo, com apoio extensivo, capacitação e continuidade.

Em muitos contextos, é difícil achar facilitadores que reúnam as características desejáveis. Nesses casos, é muito importante oferecer capacitação e apoio aos facilitadores.

25. Os facilitadores recebem capacitação e apoio para implementar a intervenção adequadamente?

Uma característica chave de intervenções efetivas da educação sobre SDRS são a capacitação e o apoio para os facilitadores que implementam a intervenção, para que sejam capazes de fazer isso conforme às intenções dos planejadores.^{81;82}

Não implementar todas as atividades, ou implementar a intervenção em outro contexto (por exemplo, durante as aulas em vez de depois das aulas), pode reduzir a efetividade. As intervenções têm menos probabilidade de serem efetivas, se elas são muito reduzidas, e se as atividades que têm como objetivo aumentar o uso de preservativos são eliminadas.

1. Uma capacitação mínima para facilitadores para implementar a educação sobre SDRS inclui:

- Os SDRS dos jovens;
- Habilidades de ensino interativo, técnicas educativas participativas, comunicação aberta com os jovens sem fazer julgamentos;
- Entender os valores e atitudes (por exemplo, não ser tendencioso em termos de gênero) e habilidades de comunicação para conversar sobre a sexualidade;
- Efetuar algumas atividades mais difíceis durante a intervenção;
- Criar confiança para a implementação das atividades da intervenção;
- Familiarizar-se com o conteúdo da intervenção e estar convencidos da necessidade de implementar todas as atividades como planejadas.

2. Habitualmente, uma capacitação de uma semana não é suficiente para implementar a intervenção, especialmente, para facilitadores que fazem isso pela primeira vez. Além da capacitação, eles deveriam receber outro tipo de apoio. Isso poderia incluir cursos de aperfeiçoamento, reuniões de revisão e de retorno (trocar experiências e resolver desafios comuns), supervisão e monitoria individual, e apoio e retorno no lugar de trabalho.

26. A implementação é sustentável?

A maioria dos planejadores tem como objetivo uma implementação sustentável da intervenção. A sustentabilidade pode ter vários significados e pode ser atingida de diferentes maneiras, dependendo do tipo de intervenção, da organização implantadora e do contexto.

Uma implementação sustentável significa que a implementação da intervenção pode ser garantida por um período mais longo, seja com o mesmo grupo alvo e no mesmo contexto de implementação, seja expandindo a implementação para cobrir outros contextos e outros grupos alvo.

1. Alguns planejadores têm como objetivo sustentar a implementação num número limitado de contextos (por exemplo, escolas ou centros para jovens). Isso pode ser feito integrando a intervenção no programa e na política geral da organização, com incentivos especiais para os facilitadores (por exemplo, certificados) e fundos para a implementação. A implementação sustentável de intervenções SDRS depende muitas vezes das contribuições voluntárias das organizações e dos facilitadores. Eles deveriam receber suficientes incentivos para continuar sua participação. A implementação da intervenção numa escala mais ampla significa muitas vezes uma determinada perda de controle e, possivelmente, de efetividade.

2. Outra maneira de garantir a sustentabilidade da intervenção SDRS é a integração num programa geral nacional/regional/ organizacional. Nesse caso, é importante contar com o apoio e o envolvimento das pessoas relevantes para a tomada de decisões. Existem duas razões para fazer isso. Em primeiro lugar, será necessário adaptar o alcance e o conteúdo da intervenção aos requisitos e diretrizes da organização ou do governo. Também pode ser que seja necessário fazer lobby para incluir a intervenção nos programas gerais.

F. Monitoria & avaliação (passo 6)

O passo final do planejamento da intervenção é a monitoria e a avaliação. As duas características que oferecem conhecimentos sobre a efetividade da educação sobre SDRS são uma avaliação dos efeitos e uma avaliação do processo. Numa avaliação dos efeitos, os planejadores medem as mudanças ocorridas no grupo alvo, como resultado da intervenção. Com a avaliação do processo, eles avaliam o desenvolvimento e a implementação da intervenção. A avaliação do processo está relacionada com a monitoria.

27. Avaliaram a mudança dos determinantes de comportamento (avaliação dos efeitos)?

Na educação sobre SDRS, um desafio é medir as mudanças ocorridas como resultado da intervenção. Para pequenas organizações não especializadas em pesquisas, é quase impossível medir se a intervenção tem melhorado a saúde (por exemplo, menos infecções de HIV ou DSTs, ou menos gravidez na adolescência). Geralmente, isso é feito como parte duma pesquisa mais ampla. Se for constatada uma diminuição de determinados problemas de saúde, ainda assim é difícil identificar a contribuição exata da intervenção.

Não obstante, um planejamento sistemático das intervenções, com base na evidência, pode indicar a efetividade. Por exemplo, se a avaliação das necessidades é de boa qualidade (identificando fatores de comportamento e ambientais, mais seus determinantes), e se essas necessidades são tratadas suficientemente na intervenção, há mais possibilidades de mudar o comportamento das pessoas.

É difícil medir as mudanças de comportamento, especialmente, se o tempo e os recursos são limitados. Uma maneira é medir a mudança dos determinantes do comportamento. Isso pode ser feito comparando os dados do levantamento de base com uma medição após-teste, usando um questionário. A qualidade de um estudo desse tipo aumenta se participam grande número de estudantes (aproximadamente 1000), e se um grupo de comparação que não participou na intervenção for incluído na pesquisa (1000 estudantes mais).

28. Monitoraram a elaboração e a implementação da intervenção (avaliação do processo)?

O objetivo da avaliação do processo é avaliar se a intervenção foi implementada completa e adequadamente, conforme o plano, e o que os usuários e os grupos alvo opinam sobre a intervenção. Uma avaliação do processo pode oferecer informações valiosas que podem ser usadas para melhorar a implementação (por exemplo, capacitação e apoio para os facilitadores), que pode resultar no aumento da efetividade.

A avaliação do processo pode ser efetuada para obter as seguintes categorias de informação:

- Elaboração: medida em que a elaboração da intervenção cumpre as características de efetividade;
- Conteúdo: medida em que o conteúdo da intervenção cumpre as características de efetividade;
- Implementação: avaliar se todas as fases da implementação são efetuadas o melhor possível:
- Número de jovens que completaram a intervenção, razões para desistir;

- Capacitação para os facilitadores, seu comportamento de ensino e determinantes;
- Implementação real das atividades da intervenção pelos facilitadores (eles implementaram todas as atividades como foram elaboradas e, se não for o caso, por que não?).

Os métodos de coleta de dados na avaliação do processo podem incluir formulários de avaliação de aulas, discussões em pequenos grupos com os jovens, facilitadores e outras pessoas relevantes envolvidas, e um questionário para medir o impacto da capacitação e do apoio para os facilitadores.

REFERÊNCIAS

- Haffner, D.W. (1990, March). Sex education 2000: A call to action. New York: Sex Information and Education Council of the U.S.
- Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. See: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e4a15tcjlldpzwcaxy7ou23nqo-wdd2xwiznkarhnhptxto4252pgco54y4cw7j5acujobefvpgu/sexedworkingpaperfinalenyt.pdf>
- Kirby, D., Rolleri, L., & Wilson, M. (2007). Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STD/HIV Education Programs. Washington, DC: Healthy Teen Network. <http://www.healthyteennetwork.orgverticalSites/%7BB4D0C-C76-CF78-4784-BA7C-5D0436F6040C%7D/uploads/%7BAC-34-F932-ACF3-4AF7-AAC3-4C12A6-76B6E7%7D.PDF>
- World Population Foundation, STOP AIDS NOW! and RESHAPE (Maastricht University) (2009). Checklist For Programme Officers; Improving the Quality of SRHR Education Programmes for Young People. The Netherlands: STOP AIDS NOW!
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning Health Promotion Programs; an Intervention Mapping approach (2nd ed.)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. http://www.familycareintl.org/briefing_cards_2000/rights.htm
- United Nations (1948) see: <http://www.un.org/Overview/rights.html>
- UNFPA. Supporting Adolescents and Youth. <http://www.unfpa.org/adolescents/overview.htm>
- See: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- UNICEF (1989). Convention on the Rights of the Child. See: <http://www.unicef.org/crc/fulltext.htm>
- Action Canada for Population and Development, et al. A young person's guide; the UN convention on the rights of the child and sexual and reproductive health and rights. See: <http://www.acpd.ca/factsheets/leaflet.pdf>
- All these rights are summarised in IPPF's Charter on Sexual and Reproductive Rights. The main 5 rights for young people can be found in IPPF's Voice of young people.
- IPPF Youth Committee
- ICPD Programme of Action, paragraph 7.3, see: http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm
- WHO draft working definition, 2002, see: <http://www.who.int>
- Youth Incentives (2003). A rights-based approach to young people's SRH. <http://www.youthincentives.org>
- For example, scholar.google.com; <http://www.who.org>; <http://www.unaids.org>; <http://www.fhi.com>
- Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Glanz, K. & Rimer, B.K. (2005). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. See: http://www.nci.nih.gov/cancer_information/cancer_literature
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach, 3rd ed.* Mountain View, Mayfield.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12, 273–278.
- Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. Characteristic #1, *Involved multiple people with different backgrounds in theory, research and sex/HIV education to develop the curriculum*.
- See IPPF website for more information about 'Young People's Sexual and Reproductive Rights': <http://www.ippf.org>
- Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program. *J Adolesc Health* 2001;29(6):436-46.
- Underwood C, Hachonda H, Serlemitsos E, et al. *Impact of the HEART Campaign. Findings from the Youth Surveys, 1999 and 2000*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, 2001.
- Orlandi, M.A., Landers, C., Weston, R. & Haley, N. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds.), *Health behavior health education- theory, research and practice (1st ed., pp. 288-313)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Family Health International (2005). Youth Participation Guide: Assessment, Planning, and Implementation. See <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/rhtrainmat/ypguide.htm>, accessed 26 March 2009.
- Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. Characteristic 14. *Secured at least minimal support from appropriate authorities such as ministries of health, school districts or community organizations*

- 30 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollerli, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 2. Assessed relevant needs and assets of target group*
- 31 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollerli, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 4. Designed activities consistent with community values and available resources (e.g., staff time, staff skills, facility space and supplies)*
- 32 Kretzmann, J.P. & McKnight, J.L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. Evanston, IL: Asset-Based Community Development Institute, Institute for Policy Research, Northwestern University.
- 33 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollerli, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 6. Focused on clear health goals — the prevention of STD/HIV and/or pregnancy*
- 34 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollerli, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 7. Focused narrowly on specific behaviors leading to these health goals (e.g., abstaining from sex or using condoms or other contraceptives), gave clear messages about these behaviors, and addressed situations that might lead to them and how to avoid them.*
- 35 Kirby, D. (2002). The Impact of Schools and School Programs upon Adolescent Sexual Behavior. *Journal of Sexual Research* 39, 27-33.
- 36 Thomas, M.H. (2000). Abstinence-Based Programs for Prevention of Adolescent Pregnancies: A Review. *Journal of Adolescent Health*, 26, 5-17.
- 37 Silva, M. (2002). The effectiveness of school based sex education programs in the promotion of abstinent behavior: A meta-analysis. *Health Education Research*, 17, 471-481.
- 38 Jemmot, J. B., & Jemmot, L. S. (2000). HIV risk reduction behavioural interventions with heterosexual adolescents. *AIDS*, 14, 34-39.
- 39 Schaalma, H., Kok, G., Abrahams, S.C.S., Hospers, H.J., Klepp, K-I, & Parcel, G. (2002). HIV Education for Young People: Intervention Effectiveness, Program Development, and Future Research. *Prospects*, 32(2), 187-206.
- 40 Schaalma, H. & Kok, G. (2006). A school HIV prevention program in the Netherlands, Chapter 10. In: L.K. Bartholomew, G.S. Parcel, G. Kok & N.H. Gottlieb, *Planning Health Promotion Programs; an Intervention Mapping approach* (2nd ed.), p. 511-544. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 41 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollerli, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 8. Addressed multiple sexual psychosocial risk and protective factors affecting sexual behaviors (e.g., knowledge, perceived risks, values, attitudes, perceived norms and self efficacy)*
- 42 R. W. Blum, Kristin Nelson Mmari (2005). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries*. Geneva: WHO.
- 43 Sheeran, P., Abraham, C. and Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 125, 90-132
- 44 Albarracín, D., Fishbein, M., Johnson, B.T., & Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161
- 45 Lacsun, R.S., et al. (1997). Correlates of sexual abstinence among urban university students in the Philippines. *International Family Planning Perspectives*, 23, 168-172.
- 46 Kirby D, Lepore G, Ryan J. (2005). Sexual risk and protective factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important? Which can you change? Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. See: <http://www.thenationalcampaign.org/> to download the full report or a summary.
- 47 Dickson-Tetteh K, Pettifor A, Moleko W. (2001). Working with public sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa. *Reproductive Health Matters*, 9, 160-9.
- 48 Advocates for Youth, a USA-based youth organisation. See: <http://www.advocatesforyouth.org>
- 49 See: <http://www.unfpa.org/rights/approaches.htm>
- 50 Wingood, G.M. & DiClemente, R.J. (2000). Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women. *Health Education & Behavior*, 27(5), 539-565.
- 51 Lever, J. (2005). Bringing the Fundamentals of Gender Studies Into Safer-Sex Education. *Family Planning Perspectives*, 27 (4), 172-174.
- 52 Tolman, Deborah L., Striepe, Meg I., and Harmon, Tricia (2003) Gender Matters: Constructing a Model of Adolescent Sexual Health. *Journal of Sex Research*, 40 (1), 4-12.
- 53 Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., et al. (1994). School-based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness. *Public Health Reports*, 109, 339-360.
- 54 Grunseit, A., Kippax, S., Aggleton, P., Baldo, M., & Slutkin, G. (1997). Sexuality Education and Young People's Sexual Behavior; A Review of Studies. *Journal of Adolescent Research*, 12 (4), 421-453.
- 55 Grunseit A. (1997). *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update*. Geneva: UNAIDS.
- 56 Baldo, M. et al. (1993). Does Sex Education Lead to Earlier or Increased Sexual Activity in Youth? Presented at the Ninth International Conference on AIDS, Berlin, 6-10 June. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 57 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollerli, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 9. Created a safe social environment for youth to participate*
- 58 Schaalma, H.P., Abraham, C., Rogers Gillmore, M. & Kok, G. (2004). Sex Education as Health Promotion: What Does It Take? *Journal Archives of Sexual Behavior*, 33, 259-269.

- 59 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. Characteristic 10. *Included multiple activities to change each of the targeted risk and protective factors; Characteristic 11. Employed instructionally sound teaching methods that actively involved the participants, that helped participants personalize the information, and that were designed to change each group of risk and protective factors*
- 60 Elaboration-Likelihood Model; Petty, R.E., & Cacioppo, R.T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, (vol. 19, pp. 123-205). New York: Academic Press.
- 61 Persuasive communication; Petty, R.E., and Wegener, D.T. (1998). Attitude change: Multiple roles for persuasion variables. In D. Gilbert, S. Fiske, and G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology (4th ed., vol. 1, pp. 323-390)*. New York: McGraw-Hill.
- 62 Health belief model; Strecher, V. J. and Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice (2nd ed.)* (pp. 41-59). San Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- 63 University of Twente, The Netherlands (2004). Theory Clusters. Last modified on 12/14/2004 See: <http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters>
- 64 Anticipated regret; Richard, Van der Pligt & De Vries, 1995); Richard, R., van der Pligt, J. & de Vries, N.K. (1995). Anticipated affective reactions and prevention of AIDS. *British Journal of Social Psychology*, 34, 9-21.
- 65 Ruiter, R. A. C., Abraham, C., & Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology and Health*, 16, 613-630.
- 66 Fear appeals; Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando FL: Harcourt Brace Jovanovitz Inc.
- 67 Individualisation; Facilitation; Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning Health Promotion Programs; an Intervention Mapping approach (2nd ed.)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 68 Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (3rd ed.)* (pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
- 69 SRHR promotion package (Indonesia, Thailand, Uganda, Kenya, Vietnam) The World Starts With Me, <http://www.theworldstarts.org>
- 70 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. Characteristic 16. *If needed, implemented activities to recruit and retain youth and overcome barriers to their involvement (e.g., publicized the program, offered food or obtained consent)*
- 71 Making Health Communication Programs Work. See: <http://www.cancer.gov/pinkbook>. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
- 72 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. Characteristic 5. *Pilot-tested the program*
- 73 Paulussen T, Kok G, Schaalma H. (1994). Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools. *Health Education Research*, 9, 485-96.
- 74 Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., & Cagampang, H. H. (1995). *Evaluation of Education Now and Babies Later (ENABL): Final Report*. Berkeley, CA: University of California, School of Social Welfare, Family Welfare Research Group.
- 75 Jemmott, J., Jemmott L., & Fong, G. (1998). Abstinence and safer sex: a randomized trial of HIV sexual risk-reduction interventions for young African-American adolescents. *JAMA*, 279, 1529-1536.
- 76 Borgia, P, Marinacci, C, Schifano, P, Perucci, C. (2005). Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 36,508-516.
- 77 Jemmott III, J.B., Jemmott, L.S., Fong, G.T., McCaffree, K. (1999). Reducing HIV risk-associated sexual behaviors among African American adolescents: Testing the generality of intervention effects. *American Journal of Community Psychology*, 27(2), 61-187.
- 78 Kirby, D, Korpi, M, Adivi, C, Weissman, J. (1997). An impact evaluation of SNAPP, a pregnancy- and AIDS-prevention middle school curriculum, *AIDS Prevention and Education*, 9 (Supplement A), 44-67.
- 79 Population Council. *Peer education and HIV/AIDS; past experience, future directions*.
- 80 Milburn, K. (1995). A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research*, 10, 407-420.
- 81 Wight D, Abraham C. From psycho-social theory to sustainable classroom practice: developing a research-based teacher-delivered sex education programme. *Health Educ Res* 2000; 15: 25-38.
- 82 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. Characteristic 15. *Selected educators with desired characteristics (whenever possible), trained them and provided monitoring, supervision and support; Characteristic 17. Implemented virtually all activities with reasonable fidelity*

Organizações do mundo inteiro elaboraram programas para satisfazer as necessidades de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR) dos jovens, inclusive, HIV/Aids, DSTs, gravidez na adolescência, desigualdade de gênero e discriminação. Porém, desenvolver programas efetivos não é uma tarefa fácil. As experiências e evidências obtidas com trabalho realizado em todas partes do mundo mostram o que contribui para a qualidade, e o que não contribui.

Essa ferramenta oferece a evidência mais importante, apresentada num formato útil para organizações que trabalham na prática cotidiana da educação SDSR para jovens, mas cujo tempo e recursos são limitados. É um plano para organizações que visa otimizar a elaboração e a avaliação de programas educativos sobre SDSR para jovens. A ferramenta pode ser usada para planejar novas intervenções, mas também para analisar intervenções existentes.

São explicados o modelo de Mapeamento de Intervenções, um modelo para o planejamento sistemático de intervenções de saúde e um modelo de mudança de comportamento, os aspectos chave da ferramenta.

A evidência se documenta numa lista de controle com 28 características, com perguntas como, por exemplo, 'os jovens estão envolvidos no planejamento da intervenção?'; 'os facilitadores criam um contexto seguro para que os jovens possam participar?'; 'a intervenção inclui uma capacitação interativa de habilidades?'.

A ferramenta foi desenvolvida junto com especialistas na educação sexual para os jovens e com organizações no Paquistão e na África do Sul.