

FRANCISCO JOSÉ MACHADO VIANA

**A prática de sexo seguro entre estudantes
de escolas públicas de Minas Gerais**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

**UNICAMP
2004**

FRANCISCO JOSÉ MACHADO VIANA

**A prática de sexo seguro entre estudantes
de escolas públicas de Minas Gerais**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

**UNICAMP
2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

V654p Viana, Francisco José Machado
A prática de sexo seguro entre estudantes de escolas públicas de
Minas Gerais / Francisco José Machado Viana . Campinas, SP :
[s.n.], 2004.

Orientador : Aníbal Faúndes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Jovens. 2. Comportamento sexual. 3. Comportamento humano.
4. Juventude - comportamento. 5. Educação sexual. I. Aníbal
Faúndes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: FRANCISCO JOSÉ MACHADO VIANA

Orientador: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 16/12/2004

Estar no mundo só vira presença nele, quando o ser que está se sabe estando e, por isso, se torna hábil para aprender a interferir nele, a mudá-lo a se tornar, portanto, capaz de acrescentar à posição de objeto, enquanto no mundo, a de sujeito (Paulo Freire, 1970).

Dedico este trabalho.....

Dedico este trabalho a minha companheira, Clara, que acompanhou o desenrolar deste trabalho e me substituiu solidariamente nos diversos momentos que minha ausência se fez sentir. Através de meus filhos Teresa e Frederico dedico a todos os adolescentes brasileiros que buscam na batalha do dia-a-dia um projeto futuro para uma vida mais justa, feliz e solidária. À minha mãe pelo exemplo e vida, de determinação e confiança de que um outro mundo é possível. Ao meu pai por ter apontado os caminhos. A todos os amigos, colegas de trabalho, alunos, que enfrentaram comigo essa longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Aníbal Faúndes, pelo carinho e cuidado em todo o meu percurso neste trabalho.

A Maeve pela rapidez com que me fazia pensar e questionar os dados encontrados.

A Maria Helena pelo cuidado com a estatística e a constante disponibilidade para esclarecer a natureza dos dados.

A Cecília pelo cuidado na revisão e todos os galhos quebrados para quem morava distante de Campinas.

Ao CEMICAMP, e toda sua equipe pelo apoio, em todos os momentos desse trabalho.

Às Secretarias de Estado da Saúde e da Educação, pela possibilidade de uso dos dados necessários para a realização deste trabalho.

À Fundação Odebrecht pela iniciativa de apoio a projetos de atenção a adolescente.

A Maggie, Ricardo e Francisco Cabral, Márcia Campos, Mariola por todo apoio, e estímulo para realizar este trabalho em Campinas.

Aos companheiros da Coordenação de DST/AIDS, Hilton, Bia, Márcia, Célia, Soane, e todos que passaram por lá neste período.

Aos Colegas da Secretaria de Estado da Educação, Vera, Sergio, Marina, Natércia, aos professores e alunos das escolas estudadas.

Ao Caca pela solidariedade, e apoio pelo empréstimo do computador portátil que tanto ajudou nas viagens.

Aos colegas do mestrado, pelas caronas, pelo cuidado com quem morava fora de Campinas.

A Eucério Valadão que na superintendência da Fhemig apoiou o início desta jornada.

A Maria Tereza, que durante minha passagem pela Coordenação Estadual de DST/AIDS, nos possibilitou conhecer os personagens deste trabalho.

SUMÁRIO

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo.....	x
Summary	xii
1. Introdução	14
2. Objetivos	26
2.1. Objetivo geral.....	26
2.2. Objetivos específicos.....	26
3. Publicação.....	27
4. Conclusões	51
5. Referências Bibliográficas.....	53
6. Bibliografia de Normatizações	60
7. Anexos.....	61
7.1. Anexo 1 :Projeto de Avaliação do Programa de Educação Afetivo Sexual - Centro de Pesquisas das Doenças Materno Infantis de Campinas – CEMICAMP	61
7.2. Anexo 2- Ficha de coleta de dados	63
7.3. Anexo 3 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	Erro! Indicador não definido.

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
CNPD	Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEMICAMP	Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas
PEAS	Programa de Educação Afetivo Sexual.
DRS	Diretoria Regional de Saúde
SRE	Superintendência Regional de Educação.
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS
DST	Doença Sexualmente Transmissível
aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Resumo

Objetivo. O objetivo deste estudo foi avaliar fatores associados à prática de sexo seguro entre estudantes de escolas públicas de Minas Gerais, Brasil. **Sujeitos e Método.** Foi realizado um estudo de corte transversal utilizando dados da linha de base da avaliação do programa de educação sexual chamado “Educação Afetivo-Sexual: Um novo olhar” (PEAS) promovido pelo Governo do estado de Minas Gerais. Estudou-se a associação entre sexo, idade, série e período de estudo, cor da pele, religião e importância dada à religião, educação da mãe, com prática sexual segura, definida pelo uso consistente de preservativo com parceiro casual ou fixo, e uso de métodos anticoncepcionais modernos. Estudou-se, também, a associação de qualquer exposição à educação sexual, promoção de protagonismo juvenil e participação de profissionais de saúde no ensino, com prática de sexo seguro. Para isso, utilizou-se análise bivariada e regressão logística. **Resultados** Responderam o questionário 5.448 estudantes, 2.110 meninos e 3.336 moças. Ser do sexo masculino ou ter o envolvimento de profissionais de saúde na escola estiveram positivamente associados com todos os indicadores de sexo seguro. Ter mãe com mais de oito anos de escolaridade esteve positivamente associado

com uso de preservativo com parceiro fixo ou casual. Ser aluno do ensino médio (versus fundamental) ou ser mais velho associaram-se negativamente com uso consistente de preservativo com parceiro casual e fixo, respectivamente. Dar grande importância à religião ou ser evangélico estiveram negativamente associados com uso de anticoncepcionais modernos na última relação sexual.

Conclusões Foi possível identificar alguns fatores que se mostraram associados à prática de sexo seguro por adolescentes, como a presença de profissionais de saúde na escola e a educação da mãe, assim como dar muita importância à religião esteve relacionada a um menor uso de métodos anticoncepcionais modernos. Esses fatores deveriam ser considerados no planejamento e execução de programas de prevenção de DST/AIDS e gravidez não desejada.

Summary

Objectives. To evaluate factors associated with safe sex among public school students from Minas Gerais state, in Brazil. **Subjects and Methods.** A cross sectional study based on the baseline data of an evaluation of a sexuality education program called “Educação Afetivo-Sexual: Um novo olhar” (PEAS) was carried out. Correlations of sex, age, school grade, period of study, ethnicity, religion, and importance given to religion and mothers’ education, with practice of safe sex were studied. Consistent use of condom with casual or with stable partner and use of modern contraceptive methods at the last sexual intercourse were used as indicators of safe sex. The association of exposure to any sexual education, promotion of youth protagonism in the schools and participation of health professional in school activities with safe sex was also studied. **Results.** The questionnaire was answered by 5.448 students, 2.110 boys and 3.336 girls. Bivariate analysis and multivariate logistical regression were used. Being male and having health professionals involved in school activities were positively associated with all indicators of safe sex, and having a mother with more than 8 grade of schooling was positively associated with consistent condom use with

casual or stable partner. Being a high school student (versus elementary school) and being older were negatively associated with consistent condom use with casual and with stable partner, respectively. Giving greater importance to religion and being evangelic was negatively associated with use of modern contraceptives in last sexual practice. **Conclusions.** It was possible to identify a few factors, which were associated with the practice of safe sex, such as the participation of health professionals in school activities and mothers' education, while giving great importance to religion had a negative association with safe sexual practices. The identification of these factors may help to guide programs for the prevention of STI/AIDS and unwanted pregnancy.

1. Introdução

A aids é seguramente a epidemia que mais alarme provocou e ainda tem provocado no mundo contemporâneo, a ponto de terem sido criados organismos internacionais especificamente dedicados ao seu estudo e controle alocando-se recursos consideráveis para esses objetivos (por exemplo UNAIDS, International HIV-AIDS Alliance, entre outras). O recurso destinado à AIDS no mundo passou de US\$ 300 milhões em 1996 para US\$ 5 bilhões em 2003 (UNAIDS, 2004). A presença desta epidemia e o conhecimento de seus mecanismos de transmissão trouxeram para o Brasil e para o mundo uma urgente necessidade de intervenção nas práticas sexuais da população sexualmente ativa. Afinal, a expansão da epidemia rapidamente rompeu a estrutura dos chamados grupos de risco, atingindo de forma preocupante toda a população sexualmente ativa de ambos os sexos e, particularmente, os jovens com idade entre 15 a 24 anos, que hoje são responsáveis por quase metade dos novos casos de infecção pelo HIV ao redor do mundo (UNAIDS, 2004) Este quadro, vê-se agravado mais ainda onde existem condições de pobreza e de falta de acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade (UNAIDS, 2004).

O surgimento da aids acontece, por outro lado, em um período da história em que há fortes evidências de uma crescente precocidade no início da vida

sexual dos jovens, incluindo a dos brasileiros (BEMFAM, 1999). No Brasil, a idade mediana de início da vida sexual passou de 16,7 em 1986 para 16,4 entre as meninas de 15 a 24 anos (BEMFAM, 1999). A idade mediana de iniciação sexual entre os meninos desta mesma faixa etária foi de 15,3 em 1996 (BEMFAM, 1999). O estudo do CEBRAP realizado para o Ministério da Saúde aponta que em 1984 era de 35,2% a percentagem de homens jovens de 16 a 19 anos que relatavam ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos, esse percentual cresceu para 46,7% em 1998. Entre as meninas esse percentual passou de 13,6 para 32,3. Para os homens a média foi de 14,5 para 16,4 anos e para as mulheres de 15,2 para 20,6 anos neste mesmo período (BERQUÓ et al., 2000).

Esse comportamento não seria preocupante se não fosse o baixo índice de uso de métodos eficazes de prevenção das DST/aids e da gravidez não planejada na adolescência. Neste mesmo estudo encontramos os seguintes resultados sobre comportamentos de risco de adolescentes brasileiros: Entre os jovens de 16 a 19 anos, 61% informaram já ter tido relações sexuais, 48% fizeram uso de preservativos na primeira relação sexual, sendo que este percentual é maior conforme o estrato socioeconômico e o nível de escolaridade. Entre os jovens de 16 a 25 anos sexualmente ativos nos últimos 12 meses, o uso de preservativos foi de 52,8% entre os do sexo masculino e 35,4% entre os do sexo feminino (BERQUÓ et al., 2000).

Ao lado dessa constatação, verifica-se uma mudança no comportamento sexual dos adolescentes, com a prática sexual do “ficar”, que pode não ultrapassar os limites de alguns beijos e abraços, mas que eventualmente pode incluir uma

relação sexual (AFONSO 1997; LEAL e RIETH, 1998). Essas mudanças no comportamento sexual são mais significativas entre as mulheres, já que a possibilidade de um relacionamento até mesmo sexual eventual e sem maiores compromissos, sempre fizeram parte do repertório masculino (ARILHA e CALAZANS, 1998).

Apesar de diversos autores e instituições terem proposto variadas definições de “adolescência” neste trabalho adotaremos aquela sugerida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003). Segundo a WHO, adolescência é um processo primariamente biológico que transcende a área psicossocial e constitui um período durante o qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange o período de dez e 19 anos, que compreende a pré-adolescência, dos dez aos 14 anos, e a adolescência propriamente dita, dos 15 aos 19 anos (WHO, 2003).

Pelo trabalho de OZELLA e colaboradores (2003), podemos concluir que o período da vida que convencionamos chamar de adolescência tem sido estudado pela psicologia, pela medicina, pela sociologia, pela pedagogia e por diversos outros campos das ciências humanas e biológicas. Período analisado como repleto de conflitos, exigências sociais, momento de decisões importantes, fase de transição entre o mundo infantil e adulto, em que se cobram comportamentos de adultos e não se tem a liberdade e autonomia para as mais diferentes decisões do momento.

Dados do Ministério da Saúde têm mostrado que a população jovem no Brasil está pouco preparada para assuntos referentes à sexualidade levando consigo tabus e preconceitos que necessitam ser mudados, tanto em função do crescimento da epidemia da aids nessa faixa etária, quanto das ocorrências cada vez maiores de gravidez não planejada, das outras infecções de transmissão sexual e do uso de drogas (SANTOS e SANTOS, 1999; BRASIL, 2002).

Anualmente metade das novas infecções pelo HIV acontece com jovens com menos de 25 anos. O grupo etário mais atingido pela epidemia de HIV/aids no Brasil tem sido de 25 a 39 anos chegando a 60,2% do total de casos entre os homens e 55,0% entre as mulheres, até dezembro de 2003 (BRASIL, 2003). Considerando o período de incubação do vírus, verifica-se que no Brasil a grande maioria das pessoas está provavelmente se infectando entre os 15 e 25 anos de idade (BRASIL, 2002).

O perfil epidemiológico da aids vem evoluindo ao longo dos anos em sua distribuição por sexo e idade. Se no início da epidemia o número de casos era maior entre os homens (32:1), hoje se verifica que já está atingindo homens e mulheres quase na mesma proporção. Dados de 2001 e 2002 revelam que, na faixa etária de 13 a 24 anos e entre os menores de 13 anos, foi verificada a existência de praticamente um homem infectado com HIV para cada mulher, apresentando uma tendência à inversão quando consideramos a faixa dos 13 aos 19 anos de idade (0,6:1) em 2001 (BRASIL, 2002).

O Programa Nacional de DST/AIDS desenvolvido pelo Ministério da Saúde, assim como os programas internacionais em outros países, tem como principal objetivo prevenir a disseminação da doença, controlando a qualidade do sangue utilizado em transfusões, combatendo a transmissão por uso de seringas contaminadas em usuários de drogas e, principalmente, promovendo a prática de “sexo seguro”, uma vez que, atualmente, a exposição sexual é o principal mecanismo de transmissão do HIV no Brasil.

O conceito de sexo seguro, segundo MURRAY e LOPEZ (1998), se refere a “um contato sexual com parceiro não infectado por nenhum patógeno transmissível sexualmente e envolvendo o uso apropriado de anticoncepcionais para prevenir uma gravidez não planejada, a menos que o casal esteja intencionalmente tentando conceber uma criança”. Este conceito quando associado à prevenção do HIV/aids inclui, a redução no número de parceiros sexuais e, principalmente, a prática sexual protegida pelo uso do condom – seja ela oral, anal ou vaginal.

Quanto à gravidez não planejada, entre mulheres de 15 a 24 anos pode se aproximar de 50% (PINTO e SILVA e BELO, 2004; BEMFAM 1997) ou em algumas situações específicas ser ainda maior, atingindo 72% (BELO, 2001). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 revelou que 18% das adolescentes brasileiras já haviam tido pelo menos um filho ou estavam grávidas, sendo também importante o número de curetagens pós-abortamento realizadas em meninas na faixa etária de 15 a 19 anos. O aborto representou 16% das mortes maternas de mulheres de 15 a 24 anos nas regiões mais pobres do país

conforme dados do CNPD de 1997 (TRAVASSOS e LEBRÃO 1998). Ainda, a taxa de mortalidade materna hospitalar nas internações do grupo gravidez, parto e puerpério é maior entre as jovens de 15 a 19 anos se comparada às de 20 a 24, evidenciando os riscos maiores de uma gravidez precoce (TRAVASSOS e LEBRÃO 1998). Em Minas Gerais, 20,5% dos partos pelo SUS ocorridos em 2000 foram de adolescentes entre dez a 19 anos (MINAS GERAIS, 2003).

A gravidez na adolescência, seja ela desejada ou não, pode trazer conseqüências sociais que vão além do campo da saúde pública: meninas que engravidam precocemente acabam por apresentar uma baixa escolaridade, sendo também coincidente o abandono escolar com a chegada do filho (HENRIQUES et al., 1989; BEMFAM 1997; CAMARANO 1998). Este problema é agravado entre as jovens de baixa renda, sendo a gravidez precoce mais um potencial fator de perpetuação de seu estado de pobreza.

No Brasil, a prática do uso de preservativos foi freqüentemente considerada como uma interferência inadequada para uma relação sexual prazerosa (BRASIL, 1998; GALVÃO et al., 2002). Não bastasse esta atitude frente ao uso do preservativo, associa-se a ela, políticas de igrejas, tanto católica quanto algumas denominações evangélicas, ao colocarem-se contra o uso de preservativos, alegando que não são eficientes em reduzir o contágio do HIV e de outras infecções de transmissão sexual, apontando como alternativa a seus seguidores, o retardamento do início da vida sexual, ou seja, que as relações sexuais só aconteçam após o casamento (CNBB, 2003).

Apesar do intenso trabalho do Programa Nacional de DST/aids desenvolvido pelo Ministério da Saúde em conjunto com gestores estaduais tanto da saúde quanto da educação e em parceria com o terceiro setor, estimulando o uso de preservativo, a resposta a este requisito não atende ao que seria necessário para a interrupção de uma epidemia em crescimento nesta faixa etária (BEMFAM, 1997; BRASIL 1998; BERQUÓ et al., 2000). Mesmo que os últimos boletins epidemiológicos apontem para uma desaceleração da epidemia, nesta faixa etária é possível perceber que a simples prescrição do produto não altera práticas sexuais e, muito menos, mantém uma conduta sistemática de uso do preservativo.

É importante considerar que para os adolescentes uma relação sexual não está necessariamente programada em suas vidas. O dia, a hora, o lugar, nem sempre acompanha o desejo e as possibilidades de estarem com o preservativo em mãos. AYRES et al., (1998) nos indaga: ... “quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a maioria de nós escolhe?” Diante das diversas circunstâncias de exclusão social e econômica em que vivem a maioria da população jovem brasileira, o encontro para uma relação sexual, mesmo sob o risco de estar sem o preservativo, poderá ser a única possibilidade de prazer colocada para aquele momento.

Conforme nos aponta PAIVA (2000),

...Ser vulnerável significa não ter acesso aos meios para se proteger: acesso à saúde reprodutiva e camisinhas gratuitas e de boa qualidade, liberdade para escolher ou propor... (p.42).

As práticas propostas pelas campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde partem do pressuposto que os jovens brasileiros terão acesso ao preservativo, que saberão como fazer uso adequado dele e, principalmente, que saberão negociar o uso com seus parceiros a cada encontro. Esta premissa contrasta com os achados de PAIVA (2000), que encontrou que entre os jovens que declararam não usar o preservativo na última relação sexual, encontraram-se, principalmente, aqueles que não o fizeram com o namorado ou noivo (40%), ou seja, que julgavam ser desnecessário o uso do preservativo em se tratando de parceiro estável. Além disso, um terço dos jovens estudados declarou que a relação sexual desprotegida não havia sido planejada, não tendo o preservativo disponível no momento, e um número parecido declarou não gostar de usar o preservativo.

No que diz respeito à informação, verifica-se que os adolescentes sabem muito sobre aids (BÉRIA, 1998; CEMICAMP, 2002). Neste sentido, os meios de comunicação têm dado uma contribuição inequívoca. Entretanto, esse conhecimento é como se fosse mais um conteúdo escolar, “*é como se fosse mais uma mitocôndria*” como nos disse uma adolescente do 3º ano do ensino médio. Não se discute, não há participação na construção desse conhecimento (BÉRIA, 1998; AYRES et al., 1998).

Paulo Freire, em entrevista publicada no Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de aids, apresenta uma série de pontuações sobre a abordagem pedagógica necessária para o enfrentamento da epidemia:

“O cara tem que conhecer o discurso do conhecimento, o discurso médico no caso, e a partir daí tem que assumir esse conhecimento fazê-lo seu, tornar-se sujeito de seu discurso. ... Eu insisto, que a pedagogia a ser vivida precisa ser uma pedagogia que respeite a subjetividade... Eu tenho que assumir o saber sobre a aids e o saber sobre o meu corpo. Discutir o corpo, a inteligência do corpo, a consciência do corpo, o corpo no mundo, o corpo com o mundo é a única forma que a gente tem hoje para enfrentar o problema...” (FREIRE, 1993)

Como Brasil é ainda um país com enormes desigualdades sociais que afetam os jovens brasileiros, os meios de prevenção também se distribuem de maneira desigual (PAIVA, 2000) tanto quanto é desigual o acesso aos bens produzidos pela sociedade. O preço do preservativo ainda é caro considerando que o jovem tem outros prazeres e necessidades a satisfazer com o pouco dinheiro que às vezes tem em mãos. O acesso ao insumo gratuito distribuído pelo governo ainda enfrenta problemas que vão desde a descontinuidade no serviço quanto à sua forma de distribuição, que muitas vezes expõe o jovem diante de sua comunidade, ou mesmo diante de pessoas conhecidas, que o reconhecem como alguém que possui uma vida sexual ativa (AYRES et al., 1998).

No Brasil, uma grande soma de recursos vem sendo utilizada em programas que buscam oferecer aos jovens a oportunidade de conhecer e de se

preparar para um início de vida sexual e reprodutiva saudável e com menos riscos. A inclusão da orientação sexual como tema transversal a ser levado para dentro da sala de aula já se configura como proposta oficial, sendo tratada como direito pelas crianças e adolescentes presentes na escola brasileira (CASTRO e SILVA, 2002). Entretanto, não basta repetir o conteúdo da sexualidade e da prevenção utilizando o mesmo método de trabalho que para qualquer outra disciplina do currículo escolar. É necessário buscarmos uma proposta educativa que viabilize a participação do adolescente na atividade pedagógica.

A proposta de uma educação participante e formadora tem sido apontada como fundamental para se obter mudanças de comportamento (FREIRE, 1970; 1971; 1996). Este é o diferencial que possibilita tanto educadores quanto adolescentes estabelecerem uma relação em que o conhecimento seja um construto de ambos. O jovem que constrói sua relação com o mundo pelo diálogo é um jovem crítico, sabe o que pode fazer, criar e transformar (FREIRE, 1970; 1971; 1996). Quando encontramos escolas, educadores e adolescentes que buscam na participação das diversas atividades pedagógicas ou extra-classe a possibilidade de exercício de sua cidadania, acreditamos que neste momento estamos contribuindo para a construção de uma relação de homens livres, criativos e mais preparados para o exercício de escolhas mais conscientes.

CAMPOS e SOUZA (1999), afirmam que “educar os jovens para o desenvolvimento de ações solidárias, significa envolvê-los ativamente em seu próprio processo de crescimento pessoal, na melhoria das condições de sua vida e de sua comunidade”. Os adolescentes que se envolvem em grupos de jovens,

em ações solidárias, mostram-se mais ativos, autônomos na busca de soluções para as dificuldades que vão encontrando na construção de seu projeto de futuro.

Uma ação é dita protagônica quando, na sua execução, o educando é o ator principal no processo de seu desenvolvimento. Por meio desse tipo de ação, o adolescente adquire e amplia seu repertório interativo, aumentando assim sua capacidade de intervir de forma ativa e construtiva em seu contexto escolar e sócio comunitário, possibilitando, portanto, o jovem ser sujeito, ser participante (COSTA, 1999).

Este marco conceitual foi adotado pelo “Programa de Educação Afetivo-Sexual: um novo olhar (PEAS)”, desenvolvido pelas Secretarias de Estado da Saúde e Educação do Estado de Minas Gerais em parceria com a Fundação Odebrecht, desde julho de 1999, em todo o estado de Minas Gerais.

Os objetivos deste programa eram promover e integrar ações dos sistemas públicos de educação e de saúde no trabalho com adolescentes; capacitar educadores e profissionais de saúde para promoverem o desenvolvimento pessoal e social do adolescente; ampliar o espaço de participação dos adolescentes nas escolas e nas unidades de saúde, capacitar o adolescente para o exercício de sua cidadania, para a atuação como agente de mudanças e transformações sociais e para a vivência de sua sexualidade adotando comportamentos de prevenção e de cuidado consigo mesmo e com o outro (MINAS GERAIS, 1998).

O Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp) foi convidado a realizar uma avaliação dos resultados desse programa. Para isto foi

estabelecida uma linha de base do programa, aplicando-se um questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas sexuais a estudantes de algumas escolas antes de seu início, assim como a estudantes de escolas que não viriam a desenvolver o programa durante o tempo previsto para a avaliação, planejada para aproximadamente um ano e meio mais tarde.

O presente estudo utilizou os dados da linha de base do programa, ou seja, colhidos antes de início das intervenções propostas, tentando identificar se alguns dos estudantes, tanto das escolas que estariam sendo alvo do programas como das demais, já tinham sido expostos, de alguma forma às intervenções propostas para serem desenvolvidas pelo programa. Ao mesmo tempo, tentou identificar se algumas das características pessoais e socioculturais desses jovens poderiam associar-se com uma conduta sexual mais segura.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Descrever a prática de sexo seguro entre alunos sexualmente ativos de algumas escolas públicas de Minas Gerais e fatores associados a essa prática.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar a associação entre características sociodemográficas e a prática de sexo seguro entre estudantes de escolas públicas de Minas Gerais;
- Avaliar a associação entre participação em atividades de educação sexual e prática de sexo seguro dos alunos estudados;
- Avaliar a associação entre a promoção do protagonismo juvenil por educadores e prática de sexo seguro dos alunos estudados;
- Avaliar a associação entre participação de profissionais de saúde em atividades na escola e prática de sexo seguro dos alunos estudados;
- Verificar se as associações acima são modificadas quando controladas simultaneamente por todas as variáveis estudadas.

3. *Publicação*

Aviso de Recebimento

Subject: Aviso de Recebimento
Date: Thu, 11 Nov 2004 16:15:31 -0200
From: Francisco José Machado Viana <fviana_psc@bol.com.br>
To: Anibal Faundes <afaundes@unicamp.br>

Prezado Dr. Francisco José Machado Viana,

Seu trabalho "Factors associated to safe sex among students of public schools in Minas Gerais, Brazil" encaminhado para Cadernos de Saúde Pública foi recebido e aguarda parecer do conselho editorial.

O número do seu artigo é: 581/04.

Atenciosamente,

Carlos E.A. Coimbra Jr.
O Editor

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA / REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos

21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Secretaria - Tel: +55 21 2598-2511 / Fax: +55 21 2598-2737

Assinaturas – Tel: +55 21 2598-2508 / Fax: +55 21 2598-2514

<http://www.ensp.fiocruz.br/>

Factors associated to safe sex among students of public schools in Minas Gerais, Brazil

Safe sex among public school students

Fatores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil

Sexo seguro entre alunos de escolas públicas

Francisco José Machado Viana¹

Anibal Faúndes^{2,3}

Maeve Brito de Mello^{2,*}

Maria Helena de Sousa²

¹ Maternidade Odete Valadares - Fundação Hospitalar de Minas Gerais & Unicentro Newton Paiva.

² Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp)

³ Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Mailing address:

Francisco José Machado Viana

Avenida do Contorno, 9494 - Prado

Belo Horizonte, MG - 30.110-130

Brazil

Telephone: 31-3227-5615

e-mail: fviana_psc@bol.com.br

* Current affiliation: Population Council do Brasil

ABSTRACT

A cross sectional study was carried out to evaluate factors associated with safe sex among public school students from Minas Gerais state, in Brazil. Correlations of sex, age, school grade, period of study, ethnicity, religion, importance given to religion, mothers' education, exposure to any sexual education, promotion of youth protagonism and participation of health professional in school, with consistent use of condom with casual or with stable partner and with the use of modern contraceptive methods, were studied. Bivariate analysis and multivariate logistical regression were used. Being male and having health professionals involved in school activities were positively associated with all indicators of safe sex, and having a mother with more than 8 grades of schooling was positively associated with consistent condom use with casual or stable partner. Being a high school student (versus elementary school) and being older were negatively associated with consistent condom use with a casual and with a stable partner, respectively. Giving greater importance to religion and being evangelic was negatively associated with use of modern contraceptives in last sexual practice.

Key-words: adolescents, socio-demographic factors, safe sex, Minas Gerais, Brazil

RESUMO:

Foi realizado um estudo de corte transversal para avaliar fatores associados à prática de sexo seguro entre estudantes de escolas públicas de Minas Gerais, Brasil. Estudou-se a associação de sexo, idade, série e período de estudo, cor, religião e importância dada à religião, educação da mãe, exposição à educação sexual, promoção de protagonismo juvenil e participação de profissionais de saúde no ensino, com uso consistente de preservativos com parceiro casual ou fixo, e uso de anticoncepcionais modernos. Utilizou-se análise bivariada e regressão logística múltipla. Ser do sexo masculino e ter envolvimento de profissionais de saúde em atividades escolares estiveram positivamente associados com todos os indicadores de sexo seguro, assim como ter uma mãe com mais de oito anos de escolaridade esteve positivamente associado com uso de preservativo com parceiro fixo ou casual. Ser aluno do ensino médio (versus fundamental) e ter mais idade associaram-se negativamente com uso consistente de preservativo com parceiro casual e fixo, respectivamente. Dar grande importância à religião e ser evangélico estiveram negativamente associados com uso de anticoncepcionais modernos na última relação sexual.

Palavras-chave: adolescentes, fatores sócio-demográficos, sexo seguro, Minas Gerais, Brasil

INTRODUCTION

There is general agreement on the advantage of exposing children and adolescents to some form of education in sexuality provided by trained professionals. One of the purposes of sexuality education programs is to stimulate adolescent to adopt a responsible sexual behavior in order to protect their physical and psychological health as well as those of their sexual partners.

The Brazilian Ministry of Education has directives that make sexuality education a theme to be discussed across all schools activities. However, as investments in teachers training have been very limited, those activities frequently just reproduce the prejudices, existent in Brazilian society¹. This situation is not different in Minas Gerais, one of the largest Brazilian states situated in the Southeast region of Brazil. The state had 17,492,296 inhabitants at the time of the 2,000 census, distributed in 853 municipalities. Although some sexual education initiatives had been carried out before, it was in 1999 that a larger public program was launched in about 170 schools in 41 municipalities distributed throughout the state. This program, called “Programa de Educação Afetivo-Sexual: um novo olhar”, was carried out through a joint effort of the Secretariat of Health and Education of the state of Minas Gerais, in collaboration with the Odebrecht Foundation, stimulated by the need to prevent the dissemination of HIV among adolescents².

The baseline survey used to evaluate this program provided data to study the association of some relevant factors with the adoption of safe sexual behavior by sexually active students, before the implementation of the program. In addition to some socio-demographic factors

other variables related to previous exposition of any intervention or activities developed in school before the program started to be implemented and that could influence the adoption of safe sex behavior were studied: the presence of health professionals in the school environment, the promotion of youth protagonist³, as well as the previous participation in any sex education activity in any school they have attended,

The understanding of the relationship of these variables with the adoption of safer sexual practices provides orientation for those organizing and implementing sexuality education programs with the purpose of reducing the risk of an STI/HIV infection or of an unplanned pregnancy by adolescents.

SUBJECTS AND METHODS

This is a cross sectional study based on the baseline data of an evaluation of a sexuality education program called “Educação Afetivo-Sexual: Um novo olhar” (PEAS). The evaluation followed a quasi-experimental design with pre and post-test and non-equivalent control groups. Program evaluation was performed by an external research team (Cemicamp), which did not take part in the selection of the municipalities nor the schools included in the Program. Program managers established that PEAS would be initially implemented in all 41 cities where the Education State Secretariat had a regional office. The Program was first implemented in 20 of those municipalities followed by another 21 one year later, based on the criteria of high prevalence of STI/AIDS and of drug use. Four schools within each municipality were randomly selected from a list of school offering, at

least, classes from the 5th to the 8th grade and whose principals were interested in having the Program developed within their schools⁴.

Selection of municipalities for evaluation purposes

Twelve out of those 41 municipalities were selected to take part in the evaluation process, six out of the 20 that initiated the program and six out of the 21 that started the program one year later. Each group of six municipalities was divided in two groups of three each; according to the proportion of rural population in each micro-region of Minas Gerais state that they belonged to, according to the data of the 2000 Brazilian Census. Therefore, four groups of municipalities were constituted. Within each of those four groups, the top three with the largest number of public schools were selected to take part in the evaluation process.

Selection of schools for evaluation purposes

Within those 12 municipalities, all four schools which would take part in the PEAS program (“program schools”) were included in the evaluation as well as four schools with similar socio-economic background – based on official data from the Education Secretariat of Minas Gerais state⁵ - and on geographical proximity to these program schools, which were selected as comparison schools.

Selection of classrooms and students

All last three grades of the Brazilian elementary level (6th to 8th) as well as the 1st and 2nd grades of high school classrooms were included in the evaluation. From this universe, 19 classrooms separately for program and comparison schools were chosen using a systematic

random sampling method. All students in the selected classrooms were invited to take part in the program evaluation.

Data collection

The instrument for data collection was a pre-tested, self-administered, multiple-choice questionnaire containing 43 questions designed according to the program's specific objectives. For the purpose of this study, only questions related to socio-demographic characteristics, exposure to any previous sex education activity, students' perception of promotion of youth protagonism by schools, the presence of a health professional participating in school activities, and sexual practices were analyzed. The definition of sexual practices, for the purpose of this study, included any of the following sexual acts: oral sex, penis-vagina and/or penis-anus contact or penetration. The reliability of the score-type questions included in the instrument was assessed through Cronbach's alpha⁶.

At the time of requesting of the completion of the questionnaire, only those students who agreed to participated and had a free and informed consent form signed by both themselves and their parents or legal guardian remained in the room. Data were collected between September 25th and December 1st of 2000.

Sample size

The sample size was calculated for the present study considering the estimated proportion of sexually active adolescents aged 10 to 19 that informed consistent use of condom with stable partner to protect from STI/HIV/aids equals to 51 percent (unpublished data). Type I error (*alpha*) was set at 0.05 and expected absolute difference between sample and

population proportion was set at 4 percent, resulting in a sample size of 600 sexually active adolescents. As the proportion of adolescents engaged in sexual activities in the above mentioned study was found to be 39 percent, it was necessary to have 1,540 adolescents to reach the 600 sexually active adolescents.

Data processing and analysis

Data from all completed questionnaires were entered by two independent assistants using the SPSS Data Entry program and checked for consistency.

Independent variables were: sex, age, school grade attended (6th to 8th grade of elementary level vs. 1st and 2nd grades of high school), day or evening classes attended, ethnicity (white vs. others), religion, importance given to religion (very important vs. others), mothers' educational level (up to 8th grade of elementary school vs. higher), as well as participation in any sexual education activity in the actual or previous schools, school teachers' activities to promote youth protagonism and participation of health professionals in school activities. A list of possible activities that could stimulate youth protagonism was listed and a score was built upon the level of participation declared by students in each of these activities. Students were classified in two groups, using the median as cut-off point: greater or lesser exposure to youth protagonism promotion. The dummy variables representing participation of health professional in school activities and any previous participation in sex education activity were also dichotomized into yes/no responses.

Dependent variables used were: consistent use of condom with casual or with stable partner, and the use of modern contraceptive methods, i.e., condom, IUD, and any hormonal methods.

Bivariate analyses were performed to study the association of each of the independent variables with the three dependent variables using chi-square test⁷. Multivariate logistical regression⁸ was used to determine which of the independent variables were associated with the sex practices variables. The software used for data analysis was SPSS for windows v. 6.0.

In order to assure the voluntary participation of minors, a letter was sent to their parents or guardian consulting if they were willing to allow the participation of the students. Only those with a signed authorization and who wished to participate were allowed to participate in the study. The study protocol was evaluated and approved by the Committee on Ethics in Research of the Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP).

RESULTS

Characteristic of the sample

Some form of sexual activity, with or without penetration was declared by 1,223 out of 2,110 boys (58.0%) and by 712 out of 3,336 girls (21,3%). Considering the students of both sexes, 1,935 out of 5,446, or 35.5% declared to have had some form of sexual practice.

Almost two thirds of the adolescents who declared having had any sexual practices, were male, close to 70% were between 15 to 19 years old, almost 40% were in the first two grades of high school, while just over one quarter of their mothers had more than the 8th grade of schooling. Over 70 percent declared to have a non-white skin color and 30% attended evening classes. Almost 75% declared to be catholic and a similar proportion considered religion a very important issue in their lives (Data not shown in tables).

Safe sexual behavior according to socio-demographic characteristics

The percentage boys who reported use of condom with casual or stable partner and of contraceptive in last intercourse was between 11 and 18 percentage points greater than among girls, a difference that was highly significant ($p < 0.001$). Younger students (10 to 14) reported use of condom with a stable partner in a significantly greater proportion than older students ($p < 0.05$) (Table 1).

No correlation of, period of study (day versus evening) or skin color with any of the indicators of safe sex was found. Students in elementary level used condom with a stable partner with greater percentage than those who were in secondary level. Students whose mothers had more than 8 grade of schooling reported safe sex in larger percentage than those whose mother had less years of schooling, but reached statistical significance only for use of condom with casual and stable partners ($p < 0.001$ and $p < 0.005$ respectively) (Table 1).

Use of contraceptives in the last intercourse, but not of condoms, was more frequently reported by students who identified themselves as Catholics ($p < 0.005$) and for those who did not consider religion as very important in their answers ($p < 0.05$).

Table 1. Consistent use of condom with casual and stable partner and use of modern contraceptives at last intercourse according to socio-demographic variables.

Students characteristics	Consistent use of condom with casual partner(s)		Consistent use of condom with stable partner		Use of modern contraceptives in last sexual intercourse	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Sex						
Male	64.1***	(849)	60.6***	(601)	74.4***	(996)
Female	49.4	(389)	42.3	(475)	63.0	(525)
Age						
10 -14	57.5	(362)	57.9*	(280)	67.7	(421)
15 -19	60.2	(877)	50.7	(797)	71.5	(1101)
School grade						
6 th to 8 th	60.9	(752)	57.4***	(625)	70.3	(920)
1 st -2 nd high school	57.1	(487)	45.8	(452)	70.6	(602)
Period of study						
Daytime	60.1	(835)	53.1	(719)	69.0	(1031)
Evening	57.9	(404)	51.4	(358)	73.5	(491)
Skin color						
White	61.6	(346)	52.8	(303)	71.5	(428)
Black, dark, and others	58.5	(889)	52.3	(771)	70.0	(1090)
Mothers school grade						
≤ 8 th grade	55.7	(801)	49.5	(697)	69.1	(969)
> 8 th grade	69.5***	(302)	60.6**	(259)	74.6	(370)
Religion						
Catholic	60.4	(914)	53.0	(811)	72.8**	(1131)
Evangelic, other	56.0	(318)	50.8	(262)	63.3	(384)
Religion importance						
Very important	59.1	(888)	53.3	(780)	69.1	(1097)
Other	60.3	(345)	50.7	(290)	74.5*	(415)

* <0.05; ** <0.005

***<0.001 Chi squared test with Yate´s correction

Safe sexual behavior according to exposure to interventions

Between 57 and 61% of the students declared that always use condom with casual partners and between 51 and 54% with stable partners. Consistent use of condom with casual or stable partner was at least three percentage points higher among students who declared having ever participated in sex education activities in their schools than among those who did not, but these differences were not statistically significant (Table 2).

Around 70% of students declared to be using a modern contraceptive method at the time of their last intercourse. This percentage was higher among those who declared that did not participated of any sex education activities in their schools, but the difference was not statistically significant (Table 2).

Table 2. Percentage of male and female students who declared safe sex practices according to exposure to sex education activities in the school

Safe sexual practices	Sex education			
	Yes		No	
	%	(n)	%	(n)
Consistent use of condom with casual partner(s)	61.4	(666)	57.4	(545)
Consistent use of condom with stable partner(s)	54.1	(560)	51.0	(492)
Use of modern contraceptives in the last sexual intercourse	72.9	(790)	68.3	(700)

There was practically no difference in the use of condom with casual or stable partner, neither in use of modern contraceptives at the time of last sexual intercourse according to being under a school environment which stimulated youth protagonism (Table 3).

Table 3. Percentage of male and female students who declared safe sex practices according to the promotion of youth protagonism by school educators

Safe sex practices	Promotion of youth protagonism			
	Yes		No	
	%	(n)	%	(n)
Consistent use of condom with casual partner(s)	60.0	(470)	59.3	(585)
Consistent use of condom with stable partner(s)	53.5	(404)	51.0	(508)
Use of modern contraceptives in the last sexual intercourse	71.5	(572)	70.1	(723)

The percentage of students who declared safe sexual practices was higher among those in whose schools health professional were present than in those where these professional were not. The differences were statistically significant for consistent condom use with casual partners and for the use of modern contraceptives at last sexual intercourse (Table 4).

Table 4. Percentage of students who declared safe sex practices according to the existence of health professional activities developed in the school

Safe sex practices	Health professionals activities it the schools			
	Yes		No	
	%	(n)	%	(n)
Consistent use of condom with casual partner(s)	65.3	(429)	57.2**	(761)
Consistent use of condom with stable partner(s)	56.3	(375)	50.7	(667)
Use of modern contraceptives in the last sexual intercourse	75.4	(520)	67.8***	(945)

** p= 0.007

***p=0.003

Using multiple regression analysis, its was possible to identify that being male and having heath professionals in involved in school activities were positively associated with all indicators of safe sex, and having a mother with more than 8 grade of schooling was positively associated with consistent condom use with casual or with stable partner.

Being a high school student (versus elementary school) and being older were negatively associated with consistent condom use with a casual and with a stable partner, respectively. Giving greater importance to religion and being evangelic was negatively associated with use of modern contraceptives in last sexual practice (Table 5).

Table 5. Variables associated to safe sexual practices in the multiple regression analysis

	Consistent use of condom with				Use of modern contraceptives in last sexual practice	
	casual partner (n=897)		stable partner (n=785)		(n=1098)	
	Coef. ep	p<	Coef. ep	p<	Coef. ep	p<
Health professional activities	0.390	0.006	0.317	0.044	0.354	0.016
Sex (Masculine)	0.432	<0.001	0.707	<0.001	0.407	0.003
Age (years)	-----	-----	-0.142	0.002	-----	-----
Mothers' school grade (> 8 th grade of elementary level)	0.588	<0.001	0.385	0.022	-----	-----
Religion importance (Very important)	-----	-----	-----	-----	-0.348	0.027
School grade (1 st and 2 nd grade of high school)	- 0.266	0.031	-----	-----	-----	-----
Religion (evangelic)	-----	-----	-----	-----	- 0.489	0.008
Constant	-----	-----	1.764	0.017	0.863	<0.001

Discussion

According to the results of this study male adolescents are more prone to practice safe sex than girl students, which is in agreement with the known greater power of males than females to decide about the conditions of their sexual practice⁹. These results are also in line with those published by several other authors who also found that safe sex is practiced more often by male than by female adolescents^{10,11,12,13}.

It is interesting that in the sample studied by us differences in the grade students were enrolled did not correlate with safe sex practice. We did not find many other studies of this association¹⁴, but those found tend to support this lack of correlation¹⁵.

The larger proportion of catholic students who used contraceptives in their last intercourse in comparison with those of other religions appeared as a surprise, in the bi variate analysis. The multiple logistical regressions, however, showed that such difference is most probably explained by a lower use of contraceptives by students with an evangelic religion rather than a higher proportion of use by catholic students as compared with those without religion.

On the other hand, the lower percentage of students using contraceptives among those who give great importance to religion is not a surprise, as the religions with greater number of followers in Brazil tend to prohibit the use of contraceptives, other than periodic abstinence^{13,16}. Given the importance of safe sex practice in the struggle to reduce STDs and HIV contamination, our results should serve as another call to some local religious leaders who still try to put obstacles to the use of condom and several other contraceptive

methods. It is even more censurable when they use false arguments, as sustaining that condoms do not protect against HIV infection or that the emergency contraceptive pill induces abortions¹⁷, ignoring current scientific evidences to the contrary^{18,19,20,21}. The influence of their incorrect statements over unsafe sexual behavior of their more devote followers as observed in this study, may have tragic consequences that are totally unacceptable in a non-religious republic.

The higher proportion of students who practice safe sex among those whose mother had a greater level of formal education support the concept that the home environment is one of the factors that determine the sexual behavior of adolescents. It also seems to indicate that the higher the education of the parents the greater the chances of communication with their children in matters as delicate and important as sexual behavior. Several other authors have shown that more educated parents tend to establish a better communication about sex with their children.

The absence of correlation between any exposure to sex education and safe sexual practice was not a surprise. It is, in fact, in line with the international experience with sexuality education programs, which have an evaluation of their possible impact over sexual behavior. Such experience have shown that sexuality education programs have a positive effect on sexual behavior of adolescents only if they fulfill with certain conditions such as respect to student knowledge, critic reflection over our own practice and ethics^{22,23,24,25}. Our results suggest that those conditions were most probably not fulfilled by the “any exposure to sex education” evaluated in this study.

Similarly, student's participation in extracurricular activities promoted by their teachers may not be a good indicator for protagonism. Thus, while our results do not support a correlation between promotion of youth protagonism and practice of safe sex, it also does not allow concluding that such correlation does not exist. A more refined evaluation of this factor would be advisable for future studies.

Finally, the greater proportion of adolescents who practice safe sex among those who acknowledge the participation of health professionals in teaching activities than among those who did not was expected. Just information on safe sex is not enough without easy access to condom and other contraceptive methods²⁶. Ideally, condoms and other methods should be available in the schools as adolescents are inhibited to attend health facilities, which are not "users friendly" to them²⁷. They also often do not have the money to purchase these methods in the pharmacy and are also frequently inhibited and fearful to be recognized by other customers²⁸. Thus, our results fit well with current knowledge and contribute to confirm the relevance of a good coordination between the educational and the health sectors for the success of the efforts to promote safe sex among adolescents.

It is worth to recall that the results presented here are part of a larger study designed not to determine population estimates, but to perform program evaluation based on pre and post-test and comparison groups. Therefore, the proportion of students with sexual activity and of those who practice safe sex found in this study cannot be generalized to any other group of adolescents. Moreover, the associations found in this sample do not necessarily will be repeated in the universe of public students in the cities where the study was carried out and even less of all students in Minas Gerais. There are not, however, good reasons to believe

that these associations will be very different in other samples of male versus female adolescents or more religious versus less religious students.

There are not many published studies in Brazil that evaluate the factors that are associated to safe sexual practice among adolescents. The main relevance of these results is that they suggest that gender difference persist among public school students, that just any form of sex education is not effective in changing behavior, that health and education should work together to achieve their purposes, that the home environment has a strong influence in sexual behavior and that religion may have a negative effect over safe sex practice. This indication can serve as an additional contribution that may guide future interventions intended to promote safe sexual practice among adolescents.

It would be advisable to develop and implement a larger study with a representative sample of adolescents that would allow confirming or correcting some of these finding.

Contributors

All the authors contributed to the concept, methodological development, analysis of the data, discussion, and elaboration of the article. Francisco José Machado Viana, Maeve Brito de Mello and Maria Helena de Sousa also contributed to the implementation of the study.

REFERENCES

1. Santos C, Bruns MAT. A educação sexual pede espaço: novos horizontes para a práxis pedagógica Omega ed. São Paulo 2000.
2. Minas Gerais, Secretaria de Estado da Educação, Fundação Odebrecht. Afetividade e Sexualidade na educação. Um novo Olhar, Belo Horizonte, 1998.
3. Costa ACG. O adolescente como protagonista in Brasil Ministério da saúde. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento, Brasília, 1999.
4. Minas Gerais, Secretaria de Estado da Educação. Critérios para seleção das superintendências regionais da educação e das diretorias regionais da saúde que iniciarão o treinamento. Belo Horizonte, 1999.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Sistema de Informação - SIMAVE/PROEB 2000, DATA/SUS/DIE/SE/SES/MG, 2003.
6. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16, 297-334.
7. Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística 2ª ed., São Paulo: EPU 1981.

8. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression, New York: John Wiley & sons 1989.
9. Paiva, V. Fazendo arte com camisinha – Sexualidades Jovens em tempos de aids. Summus ed. 2000.
10. Paiva, V. Em tempos de aids – Viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. São Paulo, Summus 1992 214p
11. Ferreira SMB, Pinheiro VNS Sá, EVM, Alvarenga GC. Uso de preservativo por Adolescente de um colégio Estadual em Niterói – RJ. J Bras Doenças Sex. Transmissíveis 1998;10(3):13-19.
12. Vieira NFC. Sexualidade, DST/aids e adolescência: Não quero falar, tenho vergonha. DST - J. Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis 2001;13(4):46-51.
13. Rede Feminista de Saúde. Adolescentes, saúde sexual e saúde reprodutiva: dossiê. – Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.
14. Kirby D. The Impact of Schools and Schools Programs. Upon Adolescent Sexual Behavior. The Journal of Sex Research, 2002, 39(1), February 2002.

15. Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Ethier K, Ches JM. Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy among Adolescents: A decade in Review. *Journal of Adolescent Health* 2004; 34:3-26.
16. Moser A. Ofm – Planejamento familiar: Uma Visão religiosa. In: *O Prazer e Pensar: Orientação Sexual para educadores e profissionais de saúde*. São Paulo: Editora Gente, 1999. V. 2, p. 253-260.
17. Hardy E, Duarte GA, Osis MJ, Arce XE, Possan M. Emergency contraception in Brazil: facilitators and barriers. *Cad Saúde Pública* 2001;17(4):1031-5.
18. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Durán-Sánchez O, Cruz-Hinojosa ML, Castell-Rodríguez A. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64:227-234.
19. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Danielsson KG. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100(1):65-71.
20. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001; 63:111-121.

21. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxatto HB. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. Human Reproduction 2004;19(6):1352-6.
22. Freire, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1970.
23. Freire, P. Educação Como Prática da Liberdade. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1971.
24. Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 14ª ed. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra; 1996.
25. Speizer, I.S Magnani, R.J. Colvin, C.E. The effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in developing Countries: A Review of the evidence. Journal of Adolescent Health 2003; 33:234-348
26. Brasil, Ministério da Saúde. Comportamento Sexual da População Brasileira e percepções do HIV/AIDS. Serie Avaliação n 4 CEBRAP, Brasília, 2000.
27. Brasil, Ministério da saúde Sexualidade, prevenção das DST/AIDS e uso indevido de drogas – Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes. Coordenação Nacional de DST/AIDS – Brasília 1998.

28. Ayres J, Calazans G, França Jr. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: Vieira E, Fernandes M, Bailey P, McKay A. (orgs.). Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/ Women's Studies Project/ Family Health International/ Agencia Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional, 1998.

4. Conclusões

- 4.1.** A adoção de práticas sexuais seguras, como o uso de preservativo com parceiro fixo e casual e o uso de métodos anticoncepcionais modernos, foi observada em maior percentagem entre os estudantes de sexo masculino, mais jovens, matriculados no ensino fundamental, cujas mães tinham uma maior escolaridade ou que declararam não atribuir muita importância à religião.
- 4.2.** Não se encontrou associação entre a declaração de participação em atividades de educação sexual e a adoção de práticas sexuais seguras.
- 4.3.** Não se encontrou associação entre o indicador de promoção de protagonismo juvenil pela escola e a prática de sexo seguro.
- 4.4.** Os estudantes que relataram a participação de profissionais de saúde em atividades da escola relataram prática de sexo seguro em maior proporção que aqueles que não contaram com essa participação.
- 4.5.** Ao se controlar por possíveis inter-relações entre as diferentes variáveis independentes estudadas, verificou-se que ser do sexo masculino e a presença de profissionais de saúde na escola mantiveram associações

positivas com os três indicadores de sexo seguro estudados. Ter uma mãe que tenha cursado além da 8ª série do ensino fundamental, ser mais novo ou estar matriculado no ensino fundamental foram características que se associaram positivamente ao uso consistente do preservativo. Ser evangélico ou dar muita importância à religião associaram-se negativamente ao uso de métodos anticoncepcionais modernos na última relação sexual.

5. Referências Bibliográficas

AFONSO, M. **A polemica sobre adolescência e sexualidade**. Belo Horizonte, MG, 1997. [Tese –Doutorado - Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais].

ARILHA, M.; CALAZANS G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In CNPD Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, 1998. p.687-708.

AYRES J.; CALAZANS G.; FRANÇA JR. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (orgs). Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/ Women's Studies Project/ Family Health International/ Agencia Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional, 1998.

BELO, M.A.V. **Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes**. Campinas, SP, 2001. [Dissertação - Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP].

BEMFAM/ Macro Internacional - **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro Internacional, 1997.

BEMFAM. Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. **Um Estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: BEMFAM. 1999.

BERIA, J. Ficar transar... a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. **Tomo editorial**, Porto Alegre, 1998.

BERQUÓ, E.S.; SOUZA, J.M.P.; GOTLIEB, S.L.D. **Bioestatística**. 2ª ed., São Paulo: EPU 1981.

BERQUÓ E.; SOUZA, M.R.; PINHO, M.D.G.; BUSSAD, W.; LOYOLA, M.A.; FERREIRA, M.P. et al. Pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e percepção de risco para o HIV/AIDS. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)/Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sexualidade, prevenção das DST/AIDS e uso indevido de drogas** – Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes. Coordenação Nacional de DST/AIDS – Brasília 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coord. Nacional de DST/AIDS. **Avaliação de conhecimento e uso de preservativos em conscritos do exército brasileiro, ano de apresentação 1997** Brasília 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Serie Avaliação n 4 CEBRAP, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério de Saúde, **Boletim Epidemiológico de AIDS**. Brasília: MS, Ano XV Número 01, 2002.

BRASIL. Ministério de Saúde, **Boletim Epidemiológico de AIDS**. Brasília: MS, Ano XVII Número 01, 2003.

CAMARANO, C.C. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: BERQUÓ E. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998.

CAMPOS, M.; SOUSA, V. O voluntariado como forma de protagonismo juvenil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento**, Brasília 1999.

CASTRO e SILVA, R. **Orientação sexual: possibilidade de mudança na escola**. Campinas: Mercado de Letras; 2002.

CEMICAMP. Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas. Relatório de avaliação de resultados do Programa de Educação Afetivo sexual: Um novo Olhar Do Estado de Minas Gerais. Campinas: Cemicamp. 2002.

CNBB, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, Nota da CNBB P – 0523/03 Sobre o programa de distribuição de preservativos nas escolas, Brasília – DF, 28 de agosto de 2003.

COSTA A.C.G. O adolescente como protagonista. In: Brasil Ministério da Saúde. **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, 1999.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. ***Psychometrika***, 16:297-334, 1951.

CROXATTO, H.B.; DEVOTO, L.; DURAND, M.; EZCURRA, E.; LARREA, F.; NAGLE, C. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. ***Contraception***, 63:111-21, 2001.

DURAND, M.; CRAVIOTO, M.C.; RAYMOND, E.G.; DURÁN-SÁNCHEZ, O.; CRUZ-HINOJOSA, M.L.; CASTELL-RODRÍGUEZ, A. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. ***Contraception***, 64:227-34, 2001.

FERREIRA, S.M.B.; PINHEIRO, V.N.S.; SÁ, E.V.M.; ALVARENGA, G.C. Uso de preservativo por adolescente de um colégio estadual em Niterói, RJ. **J Bras Doenças Sex. Transm**, 10:13-9, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1970.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1971.

FREIRE, P. Entrevista ao Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 1993.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 14ª ed., Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra; 1996.

GALVÃO, M.T.G. et al. Razão do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV, **J Bras Doenças Sex Transm**, 14:25:30, 2002.

HARDY, E.; DUARTE, G.A.; OSIS, M.J.; ARCE, X.E.; POSSAN, M. Emergency contraception in Brazil: facilitators and barriers. **Cad Saúde Pública**, 17:1031-5 2001.

HENRIQUES, MH et. al. **Adolescentes hoje país amanhã**: Brasil. New York. The Alan Guttmacher Institute, 1989.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley & Sons; 1989.

KIRBY, D. The impact of schools and schools programs. upon adolescent sexual behavior. **J Sex Res**, 39:231-6, 2002.

LEAL, O.F.; RIETH, F. Ficar namorar: desvendando práticas e representações adolescentes sobre sexualidade. In: BERIA, J. **Ficar transar... a sexualidade do adolescente em tempos de aids**. Tomo editorial Porto Alegre, 1998.

MARIONS, L.; HULTENBY, K.; LINDELL, I.; SUN, X.; STABI, B.; DANIELSSON, K.G. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol*,100:65-71, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Educação, Fundação Odebrecht. **Afetividade e Sexualidade na educação**. Um novo Olhar, Belo Horizonte, 1998.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Educação. **Critérios para seleção das superintendências regionais da educação e das diretorias regionais da saúde que iniciarão o treinamento**. Belo Horizonte, 1999.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Sistema de Informação - SIMAVE/PROEB 2000, DATA/SUS/DIE/SE/SES/MG**, 2003.

MOSER, A. Ofm – Planejamento familiar: Uma Visão religiosa. In: **O prazer e pensar: Orientação sexual para educadores e profissionais de saúde**. São Paulo: Editora Gente; 1999, 2:253-60.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders and congenital anomalies. In: CHRISTOPHER, J.L.; MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D

ORTIZ, M.E.; ORTIZ, R.E.; FUENTES, M.A.; PARRAGUEZ, V.H.; CROXATTO, H.B. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod*, 19:1352-6, 2004.

OSELLA, S.; ADRIANRE, A.G.; BOCK, A.M.B.; LIEBESNY, B.; GALDINE, D.R.; KAHHLE, E.M.P. et al. **Adolescências construídas. A visão sócio-histórica.** São Paulo: Ed. Cortez; 2003.

PAIVA, V. **Em tempos de AIDS – Viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo, Summus 1992. 214p

PAIVA, V. Fazendo arte com camisinha – Sexualidades jovens em tempos de aids. **Summus** ed. 2000.

PINTO E SILVA, J.L.; BELO, M.A.V. Conhecimento e pratica sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública**, 38:479-87. 2004.

J. L. **Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência.** Campinas, SP, 1983. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP].

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes, saúde sexual e saúde reprodutiva:** dossiê. – Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

ROBIN, L.; DITTUS, P.; WHITAKER, D.; CROSBY, R.; ETHIER, K.; CHES, J.M. Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. **J Adolesc Health**, 34:3-26, 2004.

SANTOS, CE; SANTOS VL. Adolescentes, Jovens e AIDS no Brasil in Brasil, **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento**, Brasília 1999.

SANTOS, C.; BRUNS, M.A.T. **A educação sexual pede espaço: novos horizontes para a práxis pedagógica.** São Paulo: Omega ed.; 2000.

SPEIZER, I.S.; MAGNANI, R.J.; COLVIN, C.E. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. ***J Adolesc Health***, 33:234-348, 2003.

TRAVASSOS, C.; LEBRÃO, M.L. Morbidade hospitalar nos jovens In: CNPD Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, - Brasília, 1998 p. 165-96.

UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic: executive summary. Genebra: UNAIDS, 2004.

VIEIRA, N.F.C. Sexualidade, DST/aids e adolescência: Não quero falar, tenho vergonha. **J Bras Doenças Sex Transm**, 13:46-51, 2001.

WHO. World Health Organization Adolescent Health and Development (2003) disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/overview/ahd/adh_over.htm>

6. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A. – **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed., Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA PUBLICAÇÃO DE DISSERTAÇÕES E TESES. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Ed. SAD – **Deliberação CCPG-001/98** (alterada 2002).

7. Anexos

7.1. Anexo 1 :Projeto de Avaliação do Programa de Educação Afetivo Sexual - Centro de Pesquisas das Doenças Materno Infantis de Campinas – CEMICAMP

AUTORIZAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As secretarias de educação e de saúde do Estado de Minas Gerais estão começando a realizar o Programa de Educação Afetivo Sexual em varias escolas da rede estadual de ensino. Como parte deste programa, estamos realizando um levantamento de conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes sobre sexualidade e cidadania, para ajudar a melhorar este programa.

Gostaríamos de convidar seu(sua) filho(a) a participar deste levantamento. A participação dele(a) consiste em responder um questionário de múltipla escolha com perguntas sobre algumas de suas características pessoais, como idade, escolaridade e religião; e perguntas sobre o que ele(ela) sabe, pensa e faz em relação a sexualidade, drogas e cidadania.

Seu(sua) filha só poderá responder o questionário com sua autorização e após tomar conhecimento de que:

- A participação dele(a) é voluntária ou seja só participa se quiser. Não haverá nenhum prejuízo ou punição caso ele não queira participar. Também não tem problema nenhum se ele(ela) começar a responder o questionário e pular algumas perguntas ou parar de responde-lo.
- Ele(ela) não receberá qualquer pagamento para participar dessa pesquisa. A participação dele(a) não vai lhe trazer nenhum benefício pessoal, a não ser a satisfação de poder contribuir com este trabalho.
- O nome dele(a) jamais aparecerá na divulgação dos resultados da pesquisa. Portanto, ele(ela) não deve colocar o nome ou qualquer outra forma de identificação no questionário.

Os questionários serão identificados apenas por um numero e os dados contidos nele serão usados apenas para fins a que se destina essa pesquisa.

Desde já, agradeço sua colaboração e, para qualquer esclarecimento, por favor entre em contato comigo, com Elsa ou Mariola, pelos telefones (19) 3289-2856 ou 3289-3207 em horário comercial.

Dra. Maeve Brito de Melo
Pesquisadora do CEMICAMP

_____, _____ de _____ de 200_

Eu autorizo meu(minha) filho(a) a participar da pesquisa:	Eu li e entendi as informações acima e quero participar da pesquisa
Nome do pai, mãe ou responsável	Nome do Aluno(a) - Serie -
Assinatura do pai, mãe ou responsável	Assinatura do Aluno(a)

7.2. Anexo 2- Ficha de coleta de dados

Nº
(NÃO PREENCHER)

ESCOLA: _____

CIDADE: _____ DATA: ____/____/____

1. Sexo

1. Masculino 2. Feminino

2. Quantos anos você tem hoje?

Anos

3. Qual série ou ciclo você está cursando?

<input type="checkbox"/> 5ª série do Ens. Fundamental / Ciclo Intermediário	<input type="checkbox"/> 1ª série do Ens. Médio
<input type="checkbox"/> 6ª série do Ens. Fundamental / Ciclo Intermediário	<input type="checkbox"/> 2ª série do Ens. Médio
<input type="checkbox"/> 7ª série do Ens. Fundamental / Ciclo Avançado	<input type="checkbox"/> 3ª série do Ens. Médio
<input type="checkbox"/> 8ª série do Ens. Fundamental / Ciclo Avançado	

4. Em que período você estuda?

1. Manhã 2. Tarde 3. Noite

5. Na sua opinião, a sua cor de pele é:
(Marque **SÓ UMA** alternativa)

1. Negra 4. Branca
 2. Mulata 5. Outra. Qual? _____
 3. Morena

6. Qual é a sua religião?
(Marque **SÓ UMA** alternativa)

<input type="checkbox"/> 1. Católica	<input type="checkbox"/> 5. Umbanda
<input type="checkbox"/> 2. Evangélica	<input type="checkbox"/> 6. Candomblé
<input type="checkbox"/> 3. Espírita	<input type="checkbox"/> 7. Não tenho religião
<input type="checkbox"/> 4. Protestante	<input type="checkbox"/> 8. Outra. Qual? _____

7. Qual a importância da religião na sua vida?
(Marque **SÓ UMA** alternativa)

1. Muito importante 3. Sem muita importância
 2. Importante 4. Nada importante

8. Qual a escolaridade da(s) pessoa(s) que criou/criaram você?
(Para CADA pessoa, marque APENAS um X na escolaridade correspondente)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Nunca foi à escola	Da 1ª a 4ª série	Da 5ª a 8ª série	Do 1º ao 3º ano do Ens. Médio	Fez curso técnico	Fez faculdade	Não sei
1. Pai							
2. Mãe							
3. Outra pessoa							

9. Você participou de atividades de educação sexual?
(Pode marcar MAIS DE UMA alternativa)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Não, nunca participei | <input type="checkbox"/> 5. Sim, no posto de saúde |
| <input type="checkbox"/> 2. Sim, na escola | <input type="checkbox"/> 6. Sim, em encontros estudantis |
| <input type="checkbox"/> 3. Sim, na associação de bairro | <input type="checkbox"/> 7. Sim, na igreja |
| <input type="checkbox"/> 4. Sim, no clube de mães | <input type="checkbox"/> 8. Sim, em outro lugar. Onde? _____ |

10. Você sabe se na sua escola tem o Programa de Educação Afetivo-Sexual?

1. Sim, tem 2. Não tem 3. Não sei

11. Com que frequência você participou do Programa de Educação Afetivo-Sexual neste ano?
(Marque SÓ UMA alternativa)

1. Eu nunca participei
 2. Participei menos de uma vez por mês
 3. Participei uma vez por mês
 4. Participei duas vezes por mês
 5. Participei pelo menos uma vez por semana

12. Como foi a sua participação na realização das atividades abaixo neste ano?
(Para CADA atividade, marque APENAS um X na coluna correspondente)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Não sei o que é isto	Não tem na escola	Não ajudei em nada	Eu só fui	Eu só ajudei a fazer	Eu só ajudei a planejar	Ajudei a planejar e a fazer
1. Festa junina							
2. Campeonato de esporte							
3. Programa Afetivo-Sexual							
4. Colegiado							
5. Teatro							
6. Projeto pedagógico							
7. Grêmios estudantis							
8. Gincana							

18. Com que frequência você concorda com cada uma das frases abaixo?
(Para CADA frase, marque APENAS um X na coluna correspondente)

	Sempre	Na maioria das vezes	De vez em quando	Nunca
1. Eu me deixo levar pela opinião dos meus amigos				
2. Eu assumo as conseqüências das coisas que faço				
3. Eu tenho dificuldade em decidir sobre o que eu quero				
4. Eu não tenho medo de falar o que penso para os meus professores				
5. Eu consigo defender a minha opinião na sala de aula				
6. Eu sei o que fazer quando um(a) amigo(a) me passa para trás				
7. É difícil para mim dizer não para meus amigos quando é preciso				

19. O que você acha das seguintes partes do SEU CORPO?
(Para CADA palavra, marque um X na coluna correspondente)

	Adoro	Gosto	Não gosto muito	Detesto
1. Barriga				
2. Boca				
3. Braços				
4. Bumbum (bunda)				
5. Nariz				
6. Peito / Seios				
7. Pêlos				
8. Pênis (pinto) / Vagina (xoxota)				
9. Pernas				
10. Peso				
11. Postura				
12. Rosto				

20. Na lista abaixo, assinale com um "X" o que você considera que é coisa de mulher, de homem ou dos dois? (Para CADA frase, marque APENAS um X na coluna correspondente)

	Coisa de mulher	Coisa de homem	Coisa dos dois
1. Limpar a casa			
2. Cuidar dos filhos			
3. Dirigir caminhão			
4. Sustentar a casa			
5. Jogar futebol			
6. Lavar roupa			
7. Chorar			
8. Trabalhar fora de casa			
9. Governar o Estado			
10. Dirigir um grande banco			

24. O quanto você concorda ou não com cada uma das frases abaixo?
(Para CADA frase, marque APENAS um X na coluna correspondente)

	Concordo 100%	Concordo mais ou menos	Discordo mais ou menos	Discordo 100%
1. A responsabilidade de usar um método para não engravidar deve ser sempre da mulher				
2. As pessoas que têm parceiro(a) sexual não deveriam se masturbar				
3. Relação sexual com camisinha diminui o prazer				
4. Os(as) adolescentes começam a ser adultos(as) depois da primeira transa				
5. Os(as) negros(as) são mais quentes sexualmente				
6. Os adultos são mais importantes para a sociedade que os(as) adolescentes				
7. Uma garota que transa com vários garotos é galinha				
8. O(a) aluno(a) com vírus da Aids deve continuar indo na escola				
9. As mulheres loiras são mais gostosas				
10. O médico deve escolher o método anticoncepcional para o(a) adolescente				
11. Se meu(minha) parceiro(a) não quisesse usar a camisinha, eu transaria assim mesmo				
12. Um homem sempre deve dizer sim quando uma mulher dá bola para ele				

25. Quem você procura quando quer orientação sobre sexualidade?
(Pode marcar MAIS DE UMA alternativa)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Amigo(a) | <input type="checkbox"/> 7. Professor(a) de educação sexual |
| <input type="checkbox"/> 2. Namorado(a) | <input type="checkbox"/> 8. Outro(a) professor(a) da escola |
| <input type="checkbox"/> 3. Irmão(ã) | <input type="checkbox"/> 9. Adolescente agente de saúde |
| <input type="checkbox"/> 4. Pai | <input type="checkbox"/> 10. Procuo em livros |
| <input type="checkbox"/> 5. Mãe | <input type="checkbox"/> 11. Nunca procuro |
| <input type="checkbox"/> 6. Profissionais de saúde | <input type="checkbox"/> 12. Outro. Quem? _____ |

26. Na sua cidade, existe um serviço de saúde onde os(as) adolescentes podem ser atendidos(as) quando querem tratar de doenças transmitidas pelo sexo, métodos para evitar filhos, consultas ginecológicas ou informações sobre sexualidade?

1. Sim, tem
 2. Não tem
 3. Não sei

31. Quais das seguintes drogas você viu os alunos da sua escola usarem ou ficou sabendo que eles usaram neste ano?

(Pode marcar MAIS DE UMA alternativa)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cigarro | <input type="checkbox"/> 6. Remédio para emagrecer |
| <input type="checkbox"/> 2. Álcool (cerveja, pinga, etc.) | <input type="checkbox"/> 7. Crack |
| <input type="checkbox"/> 3. Maconha / baseado | <input type="checkbox"/> 8. Lança perfume / cheirinho da lolô |
| <input type="checkbox"/> 4. Cocaína / pó | <input type="checkbox"/> 9. Não usam nenhuma |
| <input type="checkbox"/> 5. Cola / éter | <input type="checkbox"/> 10. Outra. Qual? _____ |

32. Em relação às drogas, com que frequência você usou/usa na sua vida?

(Para CADA linha, marque APENAS um X na coluna correspondente)

	Nunca usei	Só experimentei	Uso às vezes	Uso sempre	Usei, não uso mais
1. Álcool (cerveja, pinga, etc.)					
2. Cigarro					
3. Maconha / baseado					
4. Outra. Qual?					

AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL

É muito importante para a pesquisa que suas respostas sejam verdadeiras.

Lembre-se que elas serão mantidas em segredo.

33. Quais das práticas abaixo você já fez numa relação sexual / transa até hoje?

(Pode marcar MAIS DE UMA alternativa)

- 1. Relação vaginal (penetração do pênis na vagina)
- 2. Relação anal (penetração do pênis no ânus)
- 3. Contato do pênis com a vagina, sem penetração
- 4. Contato do pênis com o ânus, sem penetração
- 5. Sexo oral (boca na vagina ou boca no pênis)
- 6. Não fiz nenhuma dessas coisas



ATENÇÃO: NESTE QUESTIONÁRIO, ESTAMOS USANDO “RELACÃO SEXUAL” OU “TRANSA” PARA QUALQUER UMA DAS PRÁTICAS ACIMA.

34. Com quantos anos você teve a primeira relação sexual?

- Anos Eu nunca tive relações sexuais

35. Nos últimos 3 meses, você teve/tem tido relações sexuais?

1. Sim 2. Não

41. Onde você(s) conseguiu(ram) este método?
(Pode marcar MAIS DE UMA alternativa)

- 1. Eu nunca tive relações sexuais
- 2. Não usei/usamos nada para evitar filhos
- 3. Na farmácia
- 4. No posto de saúde
- 5. No médico particular
- 6. Com um(a) amigo(a)
- 7. Outro lugar. Onde? _____

42. Por que você ou seu(sua) parceiro(a) não usaram nada para evitar filhos na última transa?
(Pode marcar MAIS DE UMA alternativa)

- 1. Eu nunca tive relações sexuais
- 2. Eu usei / nós usamos alguma coisa para evitar filhos
- 3. Eu não gosto
- 4. Meu(minha) parceiro(a) não gosta
- 5. Custa caro
- 6. Não sei como conseguir o método
- 7. Acho que seria difícil eu engravidar/engravida alguém
- 8. Acho que os métodos para evitar filhos fazem mal à saúde
- 9. Desejo engravidar/engravida alguém
- 10. Acho que os métodos atrapalham a transa
- 11. Nunca pensei nisso
- 12. Outro motivo. Qual? _____

43. Você tem filho(s)?

- 1. Não
- 2. Sim. Quantos? _____
- 3. Estou grávida / Minha parceira está grávida

**AS PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA PESSOAL TERMINAM AQUI.
AGORA GOSTARÍAMOS DE PERGUNTAR SUA OPINIÃO SOBRE ESTE QUESTIONÁRIO.**

44. O que você achou de responder este questionário?
(Marque SÓ UMA alternativa)

- 1. Adorei
- 2. Gostei
- 3. Não gostei muito
- 4. Detestei

7.3. Anexo 3 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
(0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
cep@fcm.unicamp.br

CEP. 18/05/04
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 119/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "AVALIAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES DA ESCOLA NA CONSTRUÇÃO DE CONDUTAS SEXUAIS PREVENTIVAS PARA INFECÇÃO DAS DST/HIV/AIDS E GRÁVIDEZ NÃO PLANEJADA NA ADOLESCÊNCIA"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Francisco José Machado Viana

INSTITUIÇÃO: CEMICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 17/03/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 18/05/05

II - OBJETIVOS

Avaliar algumas possíveis contribuições da escola na construção de condutas sexuais preventivas para infecção das DST/HIV/AIDS e da gravidez não planejada na adolescência.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo de corte transversal em base a uma análise secundária dos dados da linha de base da Avaliação de resultados do Programa de Educação Afetivo-Sexual: um novo olhar (PEAS), do Estado de Minas Gerais. Os dados estudados fazem parte do conjunto de informações colhidas com a aplicação de questionário estruturado do tipo Conhecimento, Atitudes e Prática, autorespondidos e de múltipla escolha a 6363 adolescentes da rede pública de ensino de 12 cidades mineiras. Analisar-se-á a possível correlação entre as seguintes variáveis independentes: participação em atividades de educação sexual, protagonismo juvenil na escola, sua promoção pelos educadores e participação de profissionais de saúde e as variáveis dependentes (de desfecho): última relação sexual por decisão própria, uso sempre de preservativos com parceiro fixo e com parceiro casual, e uso de métodos anticoncepcionais modernos na última relação sexual. Sexo, idade, série cursada, período de estudo, cor da pele, religião, importância dada à religião e escolaridade da mãe serão avaliáveis de controle. Realizar-se-á inicialmente análise bivariada e posteriormente, análise utilizando 4 modelos de regressão logística correspondente a cada variável dependente, com todas as variáveis independentes e de controle.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está bem justificado, não há riscos para os sujeitos da pesquisa. Não há TCLE.

pois será utilizado banco de dados do Projeto de Avaliação do Programa de Educação Afetivo-Sexual, no Centro de Pesquisa Materno-Infantil de Campinas, realizado em 2001 pela pesquisadora Dra. Maeve Brito de Mello, sem possível identificação dos adolescentes envolvidos na pesquisa e com TCLE aplicado na ocasião. O orçamento está descrito, mas não diz quem irá custear o mesmo.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.)

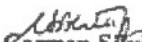
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 18 de maio de 2004.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP