



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**FATORES ASSOCIADOS ÀS INTENÇÕES DE
PATERNIDADE EM HOMENS COM HIV/AIDS EM
FORTALEZA, CEARÁ**

CLÁUDIA BASTOS DA SILVEIRA

**FORTALEZA-CE
2012**

CLÁUDIA BASTOS DA SILVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS ÀS INTENÇÕES DE
PATERNIDADE EM HOMENS COM HIV/AIDS EM
FORTALEZA, CEARÁ**

Dissertação apresentada à
Coordenação do Curso de
Mestrado em Saúde Coletiva da
Universidade de Fortaleza -
UNIFOR como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo

Fortaleza- Ceará
2012

S587f Silveira, Cláudia Bastos da.
Fatores associados às intenções de paternidade em homens com HIV/AIDS
em Fortaleza, Ceará / Cláudia Bastos da Silveira. - 2012.
59 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012.
“Orientação: Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo.”

1. HIV. 2. AIDS. 3. Paternidade. 4. Assistência à saúde. I. Título.

CDU 616.98:578.828 HIV

CLÁUDIA BASTOS DA SILVEIRA

FATORES ASSOCIADOS ÀS INTENÇÕES DE PATERNIDADE EM HOMENS
COM HIV/AIDS EM FORTALEZA, CEARÁ

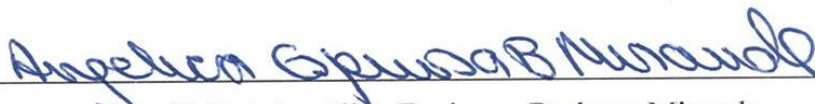
Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

Núcleo Temático: Epidemiologia

BANCA EXAMINADORA



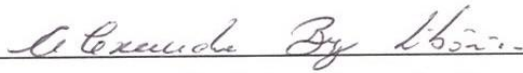
Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo
Orientadora – UNIFOR



Prof.^a Dr.^a Angélica Espinosa Barbosa Miranda
Membro Efetivo – UFES



Prof. Dr. Carlos Antonio Bruno da Silva
Membro Efetivo – UNIFOR



Prof. Dr. Alexandre Braga Libório
Membro Suplente – UFC

Data da Aprovação: 14/12/2012.

*Aos meus filhos, Márcio e Mateus,
meus valiosos tesouros, a quem eu
dedico tudo em minha vida. Amo
vocês!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, incentivando-me a seguir em frente.

A meus queridos filhos Márcio e Mateus, por sempre me transmitirem força com seus sorrisos contagiantes.

Aos meus pais Cláudio e Eliane, exemplos de honestidade e amor. Obrigada pelo apoio incondicional e pela referência na minha formação humana e profissional. Amo vocês!

A meu esposo e eterno companheiro Reis Júnior, que confiou em mim e procurou suprir a minha ausência com nossos filhos, oferecendo todo o seu amor e atenção. Amo você!

À minha querida irmã, Carol e à eterna “menina”, minha outra mãe, pela disposição com que ajudaram com meus filhos.

À minha orientadora e amiga, Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo, a quem serei eternamente grata, pelos ensinamentos, pela força, e palavras de apoio e sinceridade em todos os momentos.

À minha mais nova amiga Roumayne, pessoa extraordinária que Deus cruzou no meu caminho, a quem agradeço, de coração, o carinho e o cuidado comigo e meus bebês. Você foi essencial nesta minha caminhada.

Aos colegas do mestrado, em especial à Lyana e Priscilla, pela amizade e atenção dispensada a mim.

À Prof.^a Dr.^a Angélica Espinosa Barbosa Miranda, pela disponibilidade e grande contribuição em participar da banca examinadora.

Aos Profs. Dr. Alexandre Braga Libório e Dr. Carlos Antonio Bruno da Silva, pelos ensinamentos valiosos durante o curso e por aceitarem o convite para participar da banca.

Às amigas do Gonzaguinha, em especial, a minha chefe Ielda e eterna amiga Vanessa, que me ajudaram, não medindo esforços quando mais precisei.

À enfermeira e companheira Karol, pela amizade sincera e momentos trabalhosos amenizados durante nosso convívio na época do Instituto Dr. José Frota - IJF.

A todos da Gastroclínica, em especial às amigas Régia, Karol e Rose, por sempre apoiarem as minhas conquistas. Karol, obrigada, também, pela ajuda durante a coleta de dados.

À Prof^a Dr^a Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do mestrado, pelo incentivo e preocupação com todos os mestrandos.

Às bolsistas do grupo de pesquisa, em especial à Luiza, pela colaboração durante a coleta de dados e à Mariana, por se mostrar disponível e ter contribuído com as referências.

Aos funcionários do Mestrado, Cleide, Lázaro e Widsom, pela disponibilidade em sempre nos atender com dedicação e carinho.

Aos profissionais do Hospital São José e Walter Cantídio, pela contribuição durante a coleta de dados.

A todos os participantes da pesquisa, por terem disponibilizado seu tempo para fornecimento de suas informações.

Enfim, obrigada a todos, professores, colegas de trabalho, familiares e amigos, que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão do meu trabalho. Ele brotou da confiança e da força de cada um de vocês.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

A infecção pelo HIV/Aids se apresenta atualmente como importante e complexo problema de saúde pública. O advento da terapia antirretroviral propiciou aumento na sobrevida e melhoria na qualidade de vida das pessoas, fazendo com que estas passassem a elaborar projetos para o futuro, dentre estes, planejar ter filhos. O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à intenção de ter filho em homens após o diagnóstico de HIV/Aids em Fortaleza, Ceará. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e corte transversal, desenvolvida em dois ambulatorios de hospitais de referência para atendimento de casos de HIV/Aids. A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2012, através de um questionário com 162 homens com HIV/Aids em acompanhamento ambulatorial. Os dados foram processados no programa estatístico SPSS. Na análise bivariada, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, adotando-se o valor de $p < 0,05$ para associações estatísticas. Em seguida, foram analisadas no programa STATA, utilizando-se o modelo de regressão logística multivariada hierarquizada. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas e do Comitê do Hospital Universitário Walter Cantídio. Encontrou-se uma prevalência de 41,4% de homens com HIV/Aids que queriam ter filho após o diagnóstico de HIV/Aids. Estiveram significativamente associadas à variável dependente, no nível distal, conhecer os métodos de reprodução assistida (OR: 2,38; IC: 1,10-5,13; $p=0,014$), parceiro não ter filho de outro relacionamento (OR: 2,60; IC: 0,99-7,00; $p=0,031$), tempo de diagnóstico inferior ou igual a três anos (OR: 0,39; IC: 0,19-0,81; $p=0,006$), tempo de relacionamento com o parceiro inferior ou igual a cinco anos (OR: 2,65; IC: 1,05-6,74; $p=0,022$). E em relação ao nível proximal, faixa etária inferior ou igual a 35 anos (OR: 4,62; IC: 2,21-9,67; $p=0,000$), querer filhos antes do diagnóstico (OR: 17,6; IC: 5,10-92,4; $p=0,000$), parceiro querer filho (OR: 9,99; IC: 3,48-29,2; $p=0,000$), número de filhos inferior ou igual a dois (OR: 5,04; IC: 1,37-22,8; $p=0,005$), tempo de terapia com ARV inferior ou igual a três anos (OR: 0,47; IC: 0,22-0,98; $p=0,030$) e não ter filho com o parceiro atual (OR: 2,60; IC: 0,91-7,84; $p=0,046$). Já na análise multivariada ajustada, mantiveram-se significantes somente conhecer os métodos de reprodução assistida (OR: 2,76; IC: 0,99-7,64; $p=0,050$), no nível distal, e o parceiro querer filho, no proximal (OR: 5,74; IC: 1,47-22,3; $p=0,012$). Esse estudo evidenciou que querer ter filho é uma realidade presente em muitos homens, mesmo após o diagnóstico de HIV/Aids e que essa decisão mostra-se complexa e influenciada por diversos fatores, estando a intenção do parceiro em ter filho fortemente associada. Os serviços de saúde deveriam ter uma adequada estrutura de atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids, capacitando profissionais para exercer uma abordagem em aconselhamento, integrando a clientela em seu contexto psicossocial e cultural. Concluímos, portanto, que o estudo subsidia o interesse pela temática, o planejamento de estratégias e formulação de políticas públicas capazes de intervir, de forma eficaz, na saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo os direitos e escolhas desta população.

Palavras-chave: HIV. Paternidade. Masculino. Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Infection by HIV/Aids is present today as a complex and important public health issue. The arrival of antiretroviral therapy resulted an increase in the survival and improvement in the quality of people's lives allowing them to begin elaborating plans for the future, among them having children. The objective of this study was to analyze the prevalence and the factors associated with the intension of having children among men after being diagnosed with HIV/Aids in Fortaleza, Ceará. The quantitative and cross-section research was developed in two ambulatories of hospitals that are reference for the treatment of HIV/Aids cases. The gathering of data took place between June and September of 2012, through a questionnaire with 162 men with HIV/Aids in ambulatory attendance. The data was processed using the statistics program SPSS. In the bivariate analysis Pearson's chi square test or Fisher's exact test was used, adopting the value of $p < 0,05$ for statistic associations. Next, they were analyzed in the STATA program, using the Hierarchical multivariate logistic regression model. The research was approved by the Research Ethic Committee of the Hospital São José de Doenças Infeciosas and of the committee of the Hospital Universitário Walter Cantídio. A prevalence of 41,4% was found in men with HIV/Aids that wanted to have children after being diagnosed with HIV/Aids. They were significantly associated to the dependent variable, in the distal level, of knowing the methods of assisted reproduction (OR: 2,38; IC: 1,10-5,13; $p=0,014$), partner having a child from another relationship (OR: 2,60; IC: 0,99-7,00; $p=0,031$), time of diagnosis under or equal to three years (OR: 0,39; IC: 0,19-0,81; $p=0,006$), period of relationship with the partner under or equal to five years (OR: 2,65; IC: 1,05-6,74; $p=0,022$). And related to the proximal level, age under or equal to 35 years (OR: 4,62; IC: 2,21-9,67; $p=0,000$), wanted children before the diagnosis (OR: 17,6; IC: 5,10-92,4; $p=0,000$), partner wanted children (OR: 9,99; IC: 3,48-29,2; $p=0,000$), two children or less (OR: 5,04; IC: 1,37-22,8; $p=0,005$), period of therapy with ARV under or equal to three years (OR: 0,47; IC: 0,22-0,98; $p=0,030$) and not having a child with current partner (OR: 2,60; IC: 0,91-7,84; $p=0,046$). Regarding the adjusted multivariate analysis, only getting to know the methods of assisted reproduction remained significant (OR: 2,76; IC: 0,99-7,64; $p=0,050$), in the distal level, and the partner wanted to have children, in the proximal (OR: 5,74; IC: 1,47-22,3; $p=0,012$). This study evidenced that wanting to have children is a reality present in many men even after being diagnosed with HIV/Aids and that this decision is complex and is influenced by diverse factors, among them the partner's intention of having children being strongly associated. The health services should have an adequate structure for the attendance of people that live with HIV/Aids, capacitating professionals to practice an approach based on counseling, integrating the clients in their psychosocial and cultural context. We therefore conclude that the study subsidizes the interest for the theme, the planning of strategies and formulating of public policies capable of efficiently intervening in the sexual and reproductive health, acknowledging the rights and choices of this population.

Key words: HIV. Paternity. Masculine. Sexual and Reproductive Health.

LISTA DE TABELAS

1	Dados sociodemográficos de homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012...	30
2	Análise dos dados sociodemográficos relacionados com a intenção de ter filho em homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012...	31
3	Relações entre intenção de ter filho com as variáveis comportamentais de homens com HIV/Aids, acompanhados em ambulatórios de referência, e seus parceiros sexuais. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012...	33
4	Dados do diagnóstico e tratamento relacionados à intenção de ter filho em homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012...	34
5	Análise hierarquizada multivariada ajustada e não ajustada da intenção de ter filho em homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012...	36

LISTA DE SIGLAS

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TV – Transmissão Vertical

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens

TARV – Terapia Antirretroviral

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

Sorodiscordante – casal em que somente um deles tem diagnóstico positivo para o HIV

Soroconcordante – casal em que os dois são positivos para o HIV

IIC – Inseminação Intrauterina

FIV – Fertilização in vitro

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóides

SUS – Sistema Único de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

SAME – Serviço de Arquivo Médico

UFC – Universidade Federal do Ceará

ARV – Antirretroviral

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

DP – Desvio Padrão

OR – Odds Ratio

IC – Intervalo de confiança

AZT – Zidovudina

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Perfil epidemiológico do HIV/Aids	15
2.2 Papel do homem como pai e no contexto da infecção pelo HIV/Aids	16
2.3 Saúde reprodutiva e a inserção do homem.....	19
2.4 O impacto do estigma e o papel dos serviços de saúde.....	20
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 Local do estudo	24
4.3 População e amostra	25
4.4 Coleta de dados	26
4.5 Análise de dados	26
4.6 Aspectos éticos e legais	27
5 RESULTADOS	28
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	51
ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV/Aids se configura atualmente como importante e complexo problema de saúde pública. Cerca de 34,2 milhões de pessoas estão vivendo com o HIV no mundo. Desde 2005 vem ocorrendo aumento na sobrevivência das pessoas (UNAIDS, 2012), fato que se deve principalmente à disponibilidade e avanço na terapia antirretroviral (PEREIRA; MACHADO; RODRIGUES, 2007; REIS; SANTOS; CRUZ, 2007).

O advento da terapia antirretroviral provocou também melhoria na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids, fazendo com que estas passassem a elaborar projetos para o futuro, dentre estes, planejar ter filhos (VAN LEEUWEN et al., 2009; BEYEZA-KASHESYA et al., 2010; KAKAIRE; OSINDE; KAYE, 2010; OLIVEIRA, 2011).

O planejamento familiar representa um direito sexual e reprodutivo, referente à decisão de ter ou não filhos. A mulher, que representava papel preponderante no processo, atualmente o divide com o homem, que passa a ser sujeito ativo na determinação e engajamento dessa questão (BRASIL, 2009; RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2010a). No Brasil, o planejamento familiar é regulamentado pela Lei nº 9.263, garantindo que homens e mulheres tenham seus direitos reprodutivos respeitados (BRASIL, 2009; VIDAL et al., 2009; GHIARONI, 2010). Apesar do contexto social e da atenção dispensada às mulheres que, culturalmente, idealizam a maternidade em maior intensidade em comparação com os homens, alguns estudos com homens e mulheres encontraram maior prevalência de intenções de ter filhos entre os homens (MYER; MORRONI; REBE, 2007; PAIVA et al., 2007; COOPER et al., 2009).

A assistência à saúde referente à reprodução deve focar todas as pessoas, incluindo aquelas que vivem com HIV/Aids, que devem, além de tudo, estar cientes dos riscos da transmissão vertical (TV), dos métodos contraceptivos e das ações preventivas para TV (GONÇALVES et al., 2009; VENTURA, 2009). Dessa forma, é possível que a decisão quanto à concepção seja feita da forma mais segura e consciente (GONÇALVES et al. 2009; VENTURA, 2009; BRASIL, 2010b).

No Brasil, a epidemia de Aids concentra-se em pessoas jovens e que se encontram em plena atividade sexual e reprodutiva, trazendo como consequência a possibilidade da transmissão do vírus para o bebê, a chamada transmissão vertical (TV). Apesar desse tipo de exposição ter sido reduzida consideravelmente nos últimos anos (UNAIDS, 2010), ainda permanece como fato preocupante devido às barreiras no acesso às medidas profiláticas

necessárias para evitar a transmissão (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008; VELOSO et al., 2008; DARMONT et al., 2010) ou pela dificuldade de acesso aos serviços de planejamento familiar (GOGNA et al., 2009; HEILBORN et al., 2009; NAGAJAMA, 2009; SANT'ANNA; SEIDL, 2009).

A intenção de ter filhos em pessoas que vivem com o HIV ainda é um tema polêmico, entretanto, é um direito de escolha que tem que ser respeitado e que deve ser considerado pelas políticas públicas de saúde (DARMONT et al., 2010; MACHADO FILHO et al., 2010). Esse interesse faz parte da vida da maioria das pessoas, independente do sexo (GIGANTE, 2008; VARGAS; MOAS, 2010), da orientação sexual (UZIEL, 2007; SHERR, 2010) e de ter HIV (COOPER et al., 2007; MYER; MORRONI; REBE, 2007; MANTELL; SMITH; STEIN, 2009; BEYEZA-KASHESYA, 2010). Portanto, não é impedimento para que essa situação se concretize (SANTOS; BISPO JR., 2010; CAMPERO et al., 2010), apesar de ser ameaçada por conta do preconceito que a sociedade, inclusive os profissionais de saúde, impõem às pessoas com a infecção (COOPER et al., 2007; GONÇALVES et al., 2009; SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010).

A paternidade representa mudanças expressivas na vida dos homens, que passam a assumir um novo papel na sociedade e no âmbito familiar, passando a ser sujeito mais ativo nas decisões do casal (BRASIL, 2010a; MACIEL, 2010). Nos últimos anos, o homem vem modificando paradigmas e demonstrando mais sensibilidade e fragilidade, características estas presentes somente nas mulheres. Ademais, eles passam a participar mais no cuidado dos filhos sem, no entanto, deixar sua masculinidade (CARDELLI; TANAKA, 2012).

A condição de ser portador do vírus HIV acarreta profundas implicações no processo de concepção (GOLÇALVES et al., 2009). Estudos envolvendo homens e mulheres com HIV/Aids comprovaram que a idade, sexo, a paridade, a terapia antirretroviral, o diagnóstico, a situação conjugal e desejo do parceiro estão associados às intenções de ter filhos (HEARD et al., 2007; MYER; MORRONI; REBE, 2007; NOBREGA et al., 2007; PAIVA et al., 2007; COOPER et al., 2009; ILIYASU et al., 2009; BEYEZA-KASHESYA et al., 2010; GOSSELIN; SAUER, 2011; SENNOT; YEATMAN, 2012).

Diante da complexidade que envolve a maternidade e a paternidade na vigência do HIV, um grande desafio é enfrentado pelos portadores, que é a falta de capacitação dos profissionais de saúde para prestar assistência adequada (SANT'ANNA; SEIDL; GALINKIN, 2008).

Esse estudo procura conhecer a prevalência e os fatores associados à intenção de ter filho em homens com HIV/Aids, trazendo oportunidades de ampliação e aprofundamento sobre o assunto e seu entendimento pelos profissionais de saúde e outras pessoas envolvidas, já que se trata de uma temática ainda pouco abordada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Perfil epidemiológico do HIV/Aids

A Aids é uma doença grave, de caráter pandêmico e importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2011). Cerca de 34,2 milhões de pessoas estão vivendo com HIV no mundo, sendo 30,7 milhões de adultos e 3,4 milhões de crianças menores de 15 anos. Referente ao índice de estimativas das novas infecções anuais feitas pelo HIV ocorreu redução de 21% desde 1997, com taxa de 2,5 milhões em 2011 (UNAIDS, 2012).

No Brasil, ao longo dos últimos anos, observa-se uma estabilização da taxa de incidência, mas, segundo as regiões, esse percentual diminuiu na Região Sudeste e aumentou nas demais. Segundo o Boletim Epidemiológico nacional, a maior proporção de casos notificados em 2010 encontra-se na faixa etária entre 40 e 49 anos, com 24,8%. Entre 1998 e 2010, evidenciou-se um incremento na incidência de casos de Aids nas faixas etárias de 05 a 12, de 50 a 59, e de 60 anos e mais. Em 1998, 30,4% dos casos notificados em homens de 13 anos e mais de idade, ocorreram em heterossexuais, passando para 42,4% em 2010. E referente aos homossexuais, ocorreu uma estabilização na proporção, passando de 31,1% em 1998 para 29,7% em 2010. Um total de 15.026 casos de Aids em homens foram notificados na faixa etária de 13 anos de idade ou mais em 2010, sendo 22,0% homossexuais, 7,7% bissexuais e 42,4% heterossexuais (BRASIL, 2011).

No panorama cearense, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados 11.759 casos de Aids de 1983 até outubro de 2012, constituindo 70,0% entre os homens e 30,0% em mulheres. A maior proporção dos casos foi na faixa etária de 20 a 49 anos, representando a faixa de maior atividade sexual, principal forma de transmissão da infecção. O acréscimo nos casos na faixa etária acima de 50 anos ocorre, possivelmente, pela mudança no comportamento sexual, deixando em risco essa faixa etária em crescimento nos últimos anos. Em relação à taxa de mortalidade, no Ceará, houve decréscimo nos casos entre os anos de 1996 e 1998, com aumento discreto a partir de então. Os homens estão sempre entre os mais atingidos (CEARÁ, 2012b).

Mudanças significativas ocorreram no perfil epidemiológico da Aids no Brasil, com a diminuição na razão de casos entre homens e mulheres. Em 1985, para cada 26 casos entre homens, havia um caso entre mulheres. Em 2010, essa relação reduziu para 1,7 homens para

cada caso em mulheres (BRASIL, 2011). Do início da epidemia até 1996 predominaram os casos entre os homens que fazem sexo com homens (HSH). A feminização no contexto da infecção traz como resultado o acréscimo no número de casos de TV. Importante anseio das pessoas que vivem com HIV/Aids e que decidem pela maternidade/paternidade está na possibilidade da transmissão do vírus para o bebê, definida como a passagem do vírus durante a gestação, parto ou amamentação (BRASIL, 2007).

As crianças são responsáveis por mais de 10% das novas infecções pelo HIV. Entretanto, por conta dos avanços e do aumento do acesso a serviços de prevenção da TV do HIV, o número de crianças infectadas tem se reduzido. Entre os menores de cinco anos de idade, casos relacionados à TV teve incidência reduzida em 41% de 1998 a 2010 (BRASIL, 2011). Cabe destacar, porém, que todo esse progresso está sendo prejudicado por uma assistência pré-natal e puerperal inadequadas (UNAIDS, 2010).

Ao longo dos anos, a infecção pelo HIV/Aids apresentou alteração na história natural da doença, ocorrendo principalmente pela introdução da terapia antirretroviral (TARV) iniciada em 1996. Como resultado, constatou-se um aumento da sobrevida e melhoria na qualidade de vida das pessoas que vivem com a infecção (CEARÁ, 2012b).

2.2 Papel do homem como pai e no contexto da infecção pelo HIV/Aids

A maternidade mostra-se como um evento marcante e significativo, considerada idealizadora para a maioria das mulheres (GONÇALVES; PICCININI, 2007; LOURENÇO; AFONSO, 2009). Vale salientar, entretanto, que a vontade de constituir uma família não é uma particularidade do sexo feminino (COOPER et al., 2007; MANTELL; SMITH; STEIN, 2009; SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010; CAMPERO et al., 2010).

A paternidade representa para o homem consequências expressivas, relacionadas à identidade pessoal, às responsabilidades, às dificuldades e às realizações. Ser pai constitui, nos dias atuais, nova percepção, pois este se encontra inserido no âmbito familiar com novo papel, passando a ser sujeito mais presente e ativo nas decisões do casal (FREITAS et al., 2009; MACIEL, 2010; SHERR, 2010).

Os homossexuais também expressam intenção de ter filhos, independente do método, apesar da adoção constituir alternativa mais investida por eles (UZIEL et al., 2006).

A situação dramática envolvendo concepção e o HIV/Aids (GRUSKIN et al., 2008; LOURENÇO; AFONSO, 2009) pode ser caracterizada, além de outros motivos, pela

oportunidade de sentir que, ao mesmo tempo em que gera a vida, também pode levar à morte (LOURENÇO; AFONSO, 2009). Por outro lado, outros estudos realizados com pessoas vivendo com a infecção encontraram que, independente do status sorológico, continuavam desejando ter filhos (SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010; COOPER et al., 2007; LOUTFY et al., 2009) e concretizando sua escolha após o diagnóstico (GONÇALVES; PICCININI, 2007; DARMONT et al., 2010; GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010; MACHADO FILHO et al., 2010).

Em relação à paternidade e à infecção pelo HIV/Aids, vários fatores podem estar envolvidos no contexto, como: a idade, a paridade, o receio em infectar o parceiro e a criança, o desejo dos parceiros, os fatores referentes ao tratamento e diagnóstico, os fatores estruturais e os culturais (MANTELL; SMITH ; STEIN, 2009).

Na França, pesquisa realizada com pessoas com HIV constatou que 32% das mulheres e 20% dos homens em idade reprodutiva querem filhos (HEARD et al., 2007). Já na África do Sul, estudos encontraram prevalência maior de querer filhos entre os homens (MYER; MORRONI; REBE, 2007; COOPER et al., 2009).

A possibilidade de pessoas que vivem com HIV terem filhos levou órgãos nacionais e internacionais, responsáveis pelas políticas públicas de saúde, a definirem estratégias para evitar e/ou controlar a TV. Em casos em que o casal vive com o vírus ou quando apenas a mulher é HIV +, a adesão à terapia antirretroviral pode reduzir a transmissão vertical do vírus (BELFORT; BRAGA, 2010; VENTURA, 2009). Já quando o casal é sorodiscordante, é possível aderir a técnicas de reprodução humana assistida com o intuito de obter menor possibilidade de TV. Quando a mulher tem diagnóstico negativo para o HIV e o homem positivo, esse casal deve ser orientado quanto à existência de um processo de inseminação artificial por meio da purificação do sêmen, que, através do sêmen lavado e associação com outras técnicas de reprodução, como a inseminação intrauterina (IIU), a fertilização in vitro (FIV) ou a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), podem ser capazes de reduzir o risco da transmissão do vírus para a mulher e a criança (VENTURA, 2009; BRASIL, 2010b). No entanto, também podem ser utilizadas em casais soroconcordantes com a finalidade de evitar ou reduzir reinfecção (BRASIL, 2010b). Vale salientar que essas tecnologias não estão acessíveis à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as regiões do país.

Para um casal com HIV/Aids, com intenção reprodutiva, as indicações são: estar em uso da terapia antirretroviral e com boa adesão, carga viral sanguínea indetectável, ausência

de doenças do trato genital, ausência de manifestações clínicas da aids e padrão imunológico estável (BRASIL, 2010b).

A mulher com infecção pelo HIV/Aids, através da adesão às recomendações adequadas, reduz, consideravelmente, a transmissão vertical (DUARTE, 2010; SOEIRO et al., 2011). As recomendações visam reduzir a carga viral a níveis indetectáveis, melhorar as condições imunológicas, conhecer o status sorológico frente às principais doenças infecciosas transmissíveis durante o ciclo gravídico-puerperal e realizar o diagnóstico e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (BRASIL, 2010b). Para tanto, essa assistência deve ocorrer em um serviço especializado de planejamento familiar, garantindo-se a inclusão do parceiro na rede assistencial.

A infecção transmitida ao bebê retrata a deficiência na qualidade da assistência pré-natal, ou seja, altas taxas de transmissão vertical do HIV são caracterizadas como falhas no serviço (SUCCI, 2007; ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008). As gestantes identificadas tardiamente com diagnóstico de HIV perdem a oportunidade de realizar o adequado tratamento para a prevenção da TV (SOEIRO et al., 2011) e de receber o suporte emocional necessário (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008). Em Fortaleza, de 879 gestantes notificadas com HIV no período de 1999 a outubro de 2009, quase metade (47,2%) descobriu o diagnóstico durante a assistência pré-natal (FORTALEZA, 2009).

A situação da intenção de paternidade e a infecção pelo HIV pode ser ainda mais complexa, devido a problemas de acesso a serviços de saúde. Sempre foi notória a participação restrita dos homens aos serviços de saúde, buscando apenas assistência quando apresenta algum problema de saúde. Entretanto, quando no contexto da infecção pelo HIV/Aids, outras questões estão inseridas, resultando na inclusão dos homens como sujeitos ativos na saúde sexual e reprodutiva e não mais apenas focada nas mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; RIBEIRO, 2009).

O fato comprova, no entanto, que é limitada a assistência à saúde reprodutiva dos homens (GRUSKIN; FERGUSON; O'MALLEY, 2007; SANTOS; FREITAS, 2011; SILVA et al., 2011), necessitando de espaço e orientação a esses sujeitos, a fim de que tenham oportunidade de exercer seus direitos de forma igualitária (PIERRE; CLAPIS, 2010; SHERR, 2010).

2.3 Saúde reprodutiva e a inserção do homem

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi inserida nas políticas nacionais de saúde. Entretanto, ainda enfatizam apenas os aspectos da gestação e do parto. Cabe, porém, destacar que grandes avanços nacionais e internacionais ocorreram em políticas públicas referentes à saúde sexual e reprodutiva com ênfase nos direitos humanos fundamentais. Dois eventos internacionais marcaram a definição de saúde sexual e reprodutiva, sendo eles, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995. No Brasil, os marcos que visavam as questões sexuais e reprodutivas foram: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Constituição Federal de 1988, a Lei 9.263/1996 que regulamenta o Planejamento Familiar, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivo (BRASIL, 2010a).

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas que garantem o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, direito de toda pessoa de decidir sobre o número de filhos, o intervalo entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, repressão, violência ou restrição de qualquer natureza (GABLE; GOSTIN; HODGE JUNIOR, 2008; VENTURA, 2009; VIDAL et al., 2009; BRASIL, 2010a), sem desconsiderar, porém, a importância do homem nesse contexto.

A política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada pelo Ministério da Saúde com o intuito de promover a melhoria das condições de saúde dos homens, possibilitando a redução da morbimortalidade através da atuação nos aspectos socioculturais e facilitando e ampliando o acesso aos serviços de saúde. Dentre as diretrizes dessa política, enfoque é dado à humanização da atenção; ampliação do acesso às informações; e estimulação e implementação da assistência à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008a).

Apesar da prática sexual e da maternidade/paternidade serem direitos universais, grupos de pessoas podem tê-los violados, e, dentre essas pessoas, as que vivem com HIV/Aids (GABLE; GOSTIN; HODGE JUNIOR, 2008; GONÇALVES et al., 2009; BRASIL, 2010a.; CAMPERO et al., 2010). Por isso, os avanços através de políticas públicas envolvendo questões sexuais e reprodutivas ocorrem a fim de garantir, com maior vigor e

compromisso, os seus direitos (GRUSKIN et al., 2008; GONÇALVES et al., 2009; VIDAL et al., 2009).

A infecção pelo HIV/Aids está diretamente relacionada à saúde sexual e reprodutiva. Portanto, é importante que tanto os homens como as mulheres tenham conhecimento e acesso aos serviços de saúde. Os homens, com papel fundamental nessas questões, ainda se envolvem de forma restrita (SILVA et al., 2011). Estudo realizado com profissionais, gerentes e gestores de saúde em São Paulo constatou, através de suas informações, que os homens passam a se preocupar mais com questões relacionadas à saúde e à paternidade (RIBEIRO, 2009).

O homem com HIV/Aids percebe seus direitos reprodutivos afetados devido a falhas na orientação ou até mesmo desencorajamento por parte dos profissionais de saúde (CAMPERO et al., 2010). O aconselhamento com enfoque na reprodução deve ser realizado por um profissional capacitado, capaz de identificar as necessidades do casal, considerando os aspectos subjetivos e individuais através do diálogo e da confiança, a fim de resultar na concepção mais segura (BRASIL, 2010b).

Avaliação pré-concepcional compreende a consulta em que se identifica morbidades e fatores de risco, e o casal recebe orientações antes da concepção. Destaca-se que menos metade das gestações não são planejadas, embora possam ser desejadas. Em casos de infecção pelo HIV/Aids, a avaliação pré-concepcional é no sentido de recuperar os níveis de linfócitos T-CD4+ (avaliação da imunidade), reduzir a carga viral sanguínea e garantir a ausência de infecções sexualmente transmissíveis e do trato genital (BRASIL, 2012).

Toda essa problemática envolvendo a infecção, a transmissão vertical do HIV, as falhas na assistência à saúde e as questões relacionadas à decisão de ter filhos, podem ser agravadas pela discriminação e estigma referente à Aids, representando importante desafio social.

2.4 O impacto do estigma e o papel dos serviços de saúde

Desde a descoberta da infecção, com conseqüente morte de milhares de pessoas em todo o mundo, descobrir-se com o vírus representava a certeza da morte, pelo fato da doença ser incurável e por todas as barreiras encontradas para a garantia dos direitos humanos (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; CECHIM; SELLI, 2007; BRASIL, 2008b; CARVALHO; GALVÃO, 2008; GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010; CAMPERO et al., 2010).

O estigma imposto pela sociedade, aliado ao processo de decisão em ter filhos e também às barreiras encontradas nos serviços de saúde para abordagem de pessoas que vivem com HIV/Aids, dificulta o planejamento futuro da vida com tranquilidade e normalidade (BRASIL, 2008b; VENTURA, 2009).

Os sistemas de saúde devem oferecer condições necessárias para o devido acompanhamento dessas pessoas, pois muitas podem evitar procurar assistência com profissional da saúde por receio em sofrer preconceito (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; DARMONT et al., 2010), principalmente quando relacionados à divulgação de suas intenções reprodutivas (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; COOPER et al., 2007; VIDAL et al., 2009).

O atendimento às pessoas com HIV/Aids deve ser realizado de maneira individual, com empatia, diálogo, informação e garantia de meios necessários para prevenção, concepção, contracepção e adesão ao tratamento (BRASIL, 2010b). Entretanto, os profissionais de saúde apresentam dificuldades na abordagem técnica e emocional (SANT'ANNA; SEIDL; GALINKIN, 2008) e a clientela pode não encontrar abertura favorável a fim de expressar seus sentimentos, anseios e intenções, tendo em vista que as questões relacionadas à sexualidade e à reprodução são abordadas com maior ênfase através do modelo biomédico (RIBEIRO, 2009; VIDAL et al., 2009). Cabe destacar também que muitas vezes são negligenciadas nos serviços de saúde e planejamento de políticas públicas (PAIVA et al., 2011).

As pessoas que evitam procurar assistência à saúde por falta de confiança nos profissionais (CARVALHO; GALVÃO, 2008; GARCIA; KOYAMA, 2011; DARMONT et al., 2010) tendem a se isolar, vivenciando sofrimento e tornando-se ainda mais vulneráveis (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; CARVALHO; GALVÃO, 2008; GARCIA; KOYAMA, 2011) com a condição de estar com uma doença tão estigmatizada (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; CECHIM; SELLI, 2007; GONÇALVES; PICCININI, 2007; ARAÚJO et al., 2008; CARVALHO; GALVÃO, 2008; GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010; DARMONT et al., 2010).

A discriminação social à infecção aliada a desfavoráveis condições socioeconômicas e acesso precário a serviços de saúde dificultam a prevenção de novas infecções e a reinfecção de pessoas infectadas (GONÇALVES; PICCININI, 2007). O desconhecimento a respeito das orientações necessárias durante a gestação é constante, o que representa situação bastante problemática devido à maternidade aliada à infecção exigir peculiaridades indispensáveis e diferenciadas (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010).

O direito de ser mãe/pai na vigência da infecção pelo HIV/Aids tem implicações significativas para a pessoa, família, profissionais de saúde e sociedade. Os serviços de saúde têm o dever e papel fundamental através do suporte emocional e educacional, e a sociedade e a família podem influenciar diretamente na decisão. Entretanto, o casal tem em seu poder a decisão final sobre suas questões relacionadas a ter filhos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar a prevalência e os fatores associados à intenção de ter filho em homens após o diagnóstico de HIV/Aids em Fortaleza, Ceará.

3.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, comportamental e relacionados ao diagnóstico e tratamento dos homens com HIV/Aids com intenção de ter filho;
- Conhecer os aspectos associados à intenção de ter filho em homens após o diagnóstico de HIV/Aids.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e corte transversal. A pesquisa quantitativa adequa-se a dados, indicadores e tendências observáveis, trabalhando-se com numerosos dados, a fim de classificá-los, tornando-os compreensíveis através de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). O estudo de corte transversal é uma estratégia que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade, a fim de se obter uma prevalência, ou seja, a proporção de indivíduos com uma determinada característica. Ele é um excelente método para descrever características de uma população, em uma determinada época, estabelecendo relação de associação entre as características investigadas (MEDRONHO et al., 2009).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais, referências para atendimento de casos de HIV/Aids: um vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e o outro à Universidade Federal do Ceará (UFC). Estas instituições foram selecionadas por concentrar uma maior demanda de casos de HIV/Aids, sendo responsáveis por 93% das notificações e acompanhamento dos casos em Fortaleza (FORTALEZA, 2009).

O hospital de referência estadual dispõe de atendimento hospitalar e ambulatorial, tendo a missão de prestar assistência qualificada e humanizada em doenças infecciosas, sendo instituição de ensino e pesquisa. Conta com mais de 700 servidores e tem capacidade para internamento em 115 leitos, sendo sete de Unidade de Terapia Intensiva. Para assistência ao HIV/Aids, dispõe de Hospital-Dia, Serviço de Internação Domiciliar e Ambulatorial Especializado com profissionais da equipe multidisciplinar em atendimento diário e consultório 24 horas para emergências. Além do serviço médico com as especialidades de Infectologia, Psiquiatria, Dermatologia, Pediatria, Neurologia e Ginecologia, serviços complementares são fornecidos às pessoas com HIV/Aids pelos demais profissionais da saúde, como os de Enfermagem, Psicologia, Assistência social, Odontologia, Farmácia e Nutrição. Existe também um grupo formado por pessoas com diagnóstico de HIV/Aids que oferece apoio e incentiva a adesão ao tratamento medicamentoso (CEARÁ, 2011).

De acordo com informações do Serviço de Arquivo Médico (SAME) desse hospital, foram realizados, no mês de julho de 2012, um total de 3.248 atendimentos de consulta

subsequente no ambulatório de HIV/Aids, sendo 1.647 com homens e 1.601 com mulheres. Em relação à primeira consulta, no mês de julho, foram realizados 1.108 atendimentos, sendo 565 do sexo masculino e 543 do sexo feminino. Os pacientes atendidos são procedentes de Fortaleza e do interior do estado.

O hospital universitário é um centro de referência para a formação de recursos humanos e desenvolvimento de pesquisas na área de saúde e desempenha importante papel na assistência à saúde do estado. Ele é ligado à Universidade Federal do Ceará (UFC) para efeito de supervisão e controle administrativo. No âmbito do ensino, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação e no plano da assistência à saúde, encontra-se vinculado ao SUS. Dispõe de 234 leitos de internação hospitalar, sendo três enfermarias de clínica médica, uma de pediatria e duas de cirurgia, oito salas cirúrgicas, uma Unidade de Terapia Intensiva e 14 leitos de recuperação anestésica. Conta ainda com ambulatórios de todas as especialidades medicocirúrgicas e farmácia hospitalar (CEARÁ, 2012a).

Segundo informações do SAME do referido hospital, em dezembro de 2011, o número de pacientes em acompanhamento no ambulatório de HIV/Aids foi de 478. Destes, 358 encontram-se em uso da TARV e 268 eram provenientes de consultório particular, utilizando o serviço apenas para receber a medicação.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por homens que vivem com HIV/Aids e estavam em acompanhamento ambulatorial nas referidas unidades, independente do tempo de tratamento.

A amostra foi calculada considerando um total de 3.115 casos de Aids em pessoas maiores de 20 anos residentes em Fortaleza, Ceará, entre os anos de 2000 e 2008 (FORTALEZA, 2009), prevalência de gravidez em mulheres com HIV de 6,9% (FRIEDMAN et al., 2011), intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%. A amostra mínima necessária correspondeu a 96 pessoas, que foi acrescida em cerca de 50% com o objetivo de reduzir o erro amostral, permanecendo, portanto, 162 pessoas. Para o cálculo da amostra foram consideradas as notificações de casos de Aids em mulheres na idade fértil (20 a 49 anos) e todas as faixas etárias acima de 20 anos para os homens na cidade de Fortaleza (FORTALEZA, 2009).

Considerou-se também os anos compreendidos entre 2000 e 2008 devido à disponibilização pelo SUS da terapia antirretroviral, o que garantiu o acesso ao tratamento às

peças que vivem com HIV/Aids. A amostra foi distribuída proporcionalmente entre os dois serviços, considerando o percentual de notificações.

- **Crítérios de Inclusão**

Homens com diagnóstico de HIV/ Aids, independente de ter parceiro e da orientação sexual.

Idade igual ou superior a 18 anos.

- **Crítérios de Exclusão**

Homens que já tinham se submetido ao método definitivo de planejamento familiar (vasectomia).

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2012, por meio de um questionário. A coleta foi realizada em área privada, pela pesquisadora, juntamente com duas bolsistas do curso de graduação em Enfermagem devidamente treinadas. O questionário constava de variáveis sóciodemográficas, comportamentais, variáveis com dados do diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, do parceiro e do serviço de saúde, e questões que abordava a intenção de ter filho. Os participantes foram incluídos no estudo enquanto aguardavam por atendimento ambulatorial.

Foi aplicado um pré-teste com sete homens que se enquadravam nos critérios de inclusão, não sendo incluídos na amostragem final. O mesmo teve o objetivo de aperfeiçoar o questionário facilitando um maior entendimento das perguntas, evitando dúvidas e possibilitando a realização dos devidos ajustes (MARCONI; LAKATOS, 2006).

4.5 Análise de dados

A variável dependente foi intenção de ter filho em homens após o diagnóstico de HIV/Aids. As independentes foram classificadas hierarquicamente em distais e proximais (VICTORIA et al., 1997), de acordo com a literatura e com a possibilidade de apresentar maior peso na variável desfecho.

Como variáveis distais foram definidas: conhecer os métodos de reprodução, parceiro não ter filho de outro relacionamento, tempo de diagnóstico superior a três anos e tempo de relacionamento com o parceiro inferior ou igual a cinco anos. Para as proximais considerou-se: faixa etária inferior ou igual a 35 anos, querer filho antes do diagnóstico de

HIV, parceiro querer filho, número de filhos inferior ou igual a dois, tempo de terapia com ARV inferior ou igual a três anos e ter filho com o parceiro atual.

Os dados foram processados no Programa Estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Foi realizada uma análise descritiva utilizando a distribuição de frequências para as variáveis categóricas e cálculo de média e desvio padrão para as variáveis numéricas. Na análise bivariada, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando pertinente, para analisar associações estatísticas, estabelecendo um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Em seguida, aquelas com valor de $p < 0,05$, foram analisadas no programa STATA versão 11.0, utilizando-se o modelo de regressão logística multivariada não ajustada e ajustada. Para a análise ajustada, foram inseridas juntamente as variáveis distais, considerando o valor de $p < 0,05$ como critério para a introdução nas variáveis proximais.

4.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas, com o parecer de nº 047/2008; e do Comitê do Hospital Universitário Walter Cantídio, com o parecer de nº 042.06.12.

A pesquisa atendeu aos princípios éticos preconizados pela Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi conferido aos participantes da pesquisa o direito da autonomia em decidir pela participação ou não. O instrumento de coleta de dados foi aplicado em um espaço reservado, de forma que a privacidade fosse garantida. O sigilo da identidade do entrevistado e seus dados foram garantidos a partir do momento da assinatura do Termo de Consentimento e somente o pesquisador teve acesso aos dados.

A pesquisa não apresentou nenhum tipo de dano às pessoas abordadas, não oferecendo, portanto, nenhum tipo de risco. Os benefícios ficaram por conta da grande contribuição do estudo, que servirá de base para o desenvolvimento de estratégias para questões relacionadas à infecção pelo HIV/Aids.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido para todos os entrevistados da pesquisa, garantindo que todos tivessem o mesmo nível de informação. Os participantes da pesquisa e o pesquisador rubricaram todas as folhas do TCLE, assinando na última página do referido Termo.

5 RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo 183 homens. Entretanto, 20 (10,9%) foram excluídos por se recusar a preencher o formulário de entrevista e um (0,5%) por já ter se submetido à vasectomia. Permaneceram, portanto, 162 homens com HIV/Aids.

Disseram que queriam ainda ter filho, 67 (41,4%) e o principal motivo foi o desejo de constituir família, 53 (79,1%). Dentre os 95 (58,6%) que não tinham mais intenção de ter filho, 28 (29,5%) tinham receio de o bebê nascer com a infecção, 26 (27,4%) já não tinham vontade antes do diagnóstico e 20 (21,1%) porque já tinham filhos. O método de reprodução natural foi o mais relatado para ter o filho, entre 37 (55,2%) dos entrevistados, seguido da adoção, 19 (28,4%). Considerando os homossexuais, 14 (56,0%) queriam filho por adoção, oito (32,0%) pelo método natural, dois (8,0%) por reprodução assistida e um pelo método de adoção ou reprodução assistida.

A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas. Eram procedentes da cidade de Fortaleza, 96 (59,3%), 132 (81,5%) tinham idade superior ou igual a 30 anos, variando de 18 a 67 anos, com média de 39,7 (mediana 39 e desvio padrão 10,2). Pouco mais da metade, 89 (54,9%), tinham dez ou mais anos de estudo (média 9,53, mediana 10,0, desvio padrão 4,2). Referiram-se católicos, 121 (74,7%) e 91 (56,2%) exerciam atividade remunerada. A maior parte, 107 (66,0%), ganhava até dois salários mínimos e 31 (19,1%) não tinham nenhuma renda.

Moravam em casa própria, 110 (67,9%), 92 (56,8%) estavam com parceiro fixo e 65 (70,7%) destes residiam com o mesmo. A união estava oficializada em cartório em 48 (52,2%) casos e o parceiro também tinha diagnóstico de HIV em 37 (41,6%) casos.

Tabela 1- Dados sociodemográficos de homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Média (DP)	N	%
Faixa etária (em anos)	39,7 (10,2)		
≤ 29		30	18,5
30-39		53	32,7
≥ 40		79	48,8
Procedência			
Fortaleza		96	59,3
Outra cidade		66	40,7
Escolaridade (em anos)	9,53 (4,2)		
≤ 4		21	13,0
5 – 9		52	32,1
≥ 10		89	54,9
Estuda			
Sim		19	11,7
Não		143	88,3
Trabalha			
Sim		91	56,2
Não		71	43,8
Religião			
Católica		121	74,7
Outra		35	21,6
Sem religião		06	3,7
Renda pessoal (em salários mínimos)	1,37 (1,2)		
Sem renda		31	19,1
≤ 1		70	43,2
> 1		61	37,7
Renda familiar (em salários mínimos)	2,31 (2,0)		
Sem renda		08	4,9
≤ 1		58	35,8
> 1		96	59,3
Total		162	100,0

A tabela 2 apresenta uma análise dos dados sociodemográficos relacionados com a intenção de ter filho em homens com HIV/Aids. Identificou-se que somente a idade inferior ou igual a 35 anos apresentou associação estatisticamente significativa para que os homens mantivessem a intenção mesmo após o diagnóstico de HIV/Aids ($p=0,000$).

Tabela 2 - Análise dos dados sociodemográficos relacionados com a intenção de ter filho em homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Intenção de ter filho em homens com HIV/Aids				Valor p
	Sim	%	Não	%	
Faixa etária (em anos)					0,000
≤ 35	39	63,9	22	36,1	
> 35	28	27,7	73	72,3	
Procedência					0,380
Fortaleza	37	38,5	59	61,5	
Outra cidade	30	45,5	36	54,5	
Escolaridade (em anos)					0,131
≤ 5	08	28,6	20	71,4	
> 5	59	44,0	75	56,0	
Estuda					0,571
Sim	09	47,4	10	52,6	
Não	58	40,6	85	59,4	
Trabalha					0,838
Sim	37	40,7	54	59,3	
Não	30	42,3	41	57,7	
Religião					0,194
Sim	63	40,4	93	59,6	
Não	04	66,7	02	33,3	
Renda pessoal (em salários mínimos)					0,940
≤ 1	42	41,6	59	58,4	
> 1	25	41,0	36	59,0	
Renda familiar (em salários mínimos)					0,674
≤ 1	26	39,4	40	60,6	
> 1	41	42,7	55	57,3	

Referiram-se heterossexuais, 80 (49,4%), homossexuais, 66 (40,7%) e bissexuais, 16 (9,9%). A grande maioria, 143 (88,3%), iniciou a vida sexual com idade inferior ou igual a 18 anos e 120 (74,1%) mantinham-se sexualmente ativos. A transmissão sexual foi a forma provável de infecção referida com maior frequência, 160 (98,8%). Um total de 72 (44,4%) tinham filhos (média de 2,29), sendo a maioria, 70 (97,2%), gerado pelo método natural de reprodução e dois (2,8%) por adoção. Tinham diagnóstico de HIV, quatro (17,4%) dos filhos.

Ter até dois filhos ($p=0,005$), querer filho antes do diagnóstico de HIV ($p=0,000$), ter tempo de relacionamento com parceiro de até cinco anos ($p=0,022$), não ter filhos com o parceiro atual ($p=0,047$), o parceiro querer filho (0,000), conhecer os métodos de reprodução assistida ($p=0,015$) e o parceiro não ter filho de outro relacionamento ($p=0,032$) apresentaram associação estatisticamente significativa para manter a intenção de ter filho. Os homens que referiram orientação sexual hetero/bissexual manifestaram maior intenção de ter filho, 42 (43,8%), entretanto, não apresentou significância estatística ($p=0,456$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Relações entre intenção de ter filho com as variáveis comportamentais de homens com HIV/Aids, acompanhados em ambulatórios de referência, e seus parceiros sexuais. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Intenção de ter filho em homens com HIV/Aids				Valor p
	Sim	%	Não	%	
Orientação sexual (n=162)					0,456
Heterossexual/Bissexual	42	43,8	54	56,3	
Homossexual	25	37,9	41	62,1	
Conhece métodos de reprodução assistida (n=162)					0,015
Sim	25	56,8	19	43,2	
Não	42	35,6	76	64,4	
Tem filho (n=162)					0,225
Sim	26	36,1	46	63,9	
Não	41	45,6	49	54,4	
Número de filhos (n=72)					0,005
≤ 2	22	47,8	24	52,2	
> 2	04	15,4	22	84,6	
Queria filho antes do diagnóstico (n=162)					0,000
Sim	64	55,2	52	44,8	
Não	03	6,5	43	93,5	
Tem parceiro (n=162)					0,203
Sim	42	45,7	50	54,3	
Não	25	35,7	45	64,3	
Mora com o parceiro (n=92)					0,219
Sim	27	41,5	38	58,5	
Não	15	55,6	12	44,4	
Tempo de relacionamento (em anos) (n=92)					0,022
≤ 5	26	57,8	19	42,2	
> 5	16	34,0	31	66,0	
Parceiro quer filho (n=92)					0,000
Sim	31	73,8	11	26,2	
Não	11	22,0	39	78,0	
Tem filho com parceiro atual (n=92)					0,047
Sim	08	29,6	19	70,4	
Não	34	52,3	31	47,7	
Parceiro tem diagnóstico de HIV* (n=89)					0,399
Sim	19	51,4	18	48,6	
Não	22	42,3	30	57,7	
Parceiro tem filho de outro (n=92)					0,032
Sim	11	31,4	24	68,6	
Não	31	54,4	26	45,6	
Parceiro sabe do seu diagnóstico (n=92)					0,459
Sim	39	46,4	45	53,6	
Não	03	37,5	05	62,5	

* 03 não sabiam informar o diagnóstico do parceiro

A maior parte dos entrevistados, 129 (79,6%), relatou ser portador do HIV e 35 (27,1%) já haviam apresentado sintomas de Aids. A grande maioria, 146 (90,1%), estava em uso de terapia antirretroviral e destes, 86 (58,9%), há mais de três anos, com média de 5,75 anos de tratamento (DP=4,83). Esteve internado anteriormente, 74 (45,7%), sendo a maioria, 49 (66,2%), há menos de um ano.

Na tabela 4, encontra-se os dados de intenção de ter filho em homens com HIV/Aids relacionados ao diagnóstico e tratamento. Encontrou-se associação estatisticamente significativa, tempo de diagnóstico inferior ou igual a três anos ($p=0,006$) e tempo de terapia inferior ou igual a três anos ($p=0,030$). A média de tempo de uso de antirretroviral foi de cinco anos.

Tabela 4 - Dados do diagnóstico e tratamento relacionados à intenção de ter filho em homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Intenção de ter filho em homens com HIV/Aids				Valor p
	Sim	%	Não	%	
Tempo de diagnóstico (em anos) (n=162)					0,006
≤ 3	30	56,6	23	43,4	
> 3	37	33,9	72	66,1	
Teve Aids (n=129)					0,588
Sim	16	45,7	19	54,3	
Não	38	40,4	56	59,6	
Usa ARV (n=162)					0,838
Sim	60	41,4	86	58,9	
Não	07	43,8	09	56,3	
Tempo de terapia com ARV (em anos) (n=146)					0,030
≤ 3	31	51,7	29	48,3	
> 3	29	33,7	57	66,3	
Esteve internado (n=162)					0,607
Sim	29	39,2	45	60,8	
Não	38	43,2	50	56,8	
Última internação (em anos) (n=74)					0,688
≤ 1	20	40,8	29	59,2	
> 1	09	36,0	16	64,0	
Teve filho após o diagnóstico (n=72)					0,373
Sim	10	43,5	13	56,5	
Não	16	32,7	33	67,3	

A maioria dos participantes, 147 (90,7%), morava em área coberta pela Estratégia Saúde da Família, e destes, 32 (19,2%) relataram ter recebido atendimento na unidade primária com queixas relacionadas ao diagnóstico de HIV.

Comunicaram a algum profissional de saúde, no local onde faziam acompanhamento a respeito de sua intenção de ter filho, 13 (19,4%) homens e 12 (92,3%) sentiram-se apoiados. O médico foi o profissional a quem mais eles comunicaram (61,5%). Dentre os 54 (80,6%) que não comunicaram, 24 (44,4%) relataram que não tiveram oportunidade e 13 (24,1%) por não sentir necessidade.

Quase a totalidade, 158 (97,5%), refere não estar inscrito em nenhum programa de planejamento familiar e destes, 156 (96,3) desconheciam se esse programa estava em funcionamento no ambulatório onde recebiam acompanhamento. Relataram usar o preservativo como método contraceptivo, 120 (74,1%) dos entrevistados, destacando os motivos principais para usá-lo, o receio em contaminar o parceiro, 64 (53,3%), medo de contrair outras doenças, 14 (11,7%) e por ser o método mais tradicional, 13 (10,8%). Dentre os que não utilizavam método contraceptivo, 28 (66,7%) relataram não estar tendo relação sexual e 11 (26,2%) disseram não gostar de usar.

O resultado da análise de regressão logística multivariada não ajustada no nível distal, encontrou associação estatisticamente significativa para os homens com HIV/Aids quererem ter filho, conhecer os métodos de reprodução assistida (OR: 2,38; IC: 1,10-5,13; $p=0,014$), parceiro não ter filho de outro relacionamento (OR: 2,60; IC: 0,99-7,00; $p=0,031$), tempo de diagnóstico inferior ou igual a três anos (OR: 0,39; IC: 0,19-0,81; $p=0,006$), tempo de relacionamento com o parceiro inferior ou igual a cinco anos (OR: 2,65; IC: 1,05-6,74; $p=0,022$). Na análise ajustada, somente conhecer os métodos de reprodução assistida (OR: 2,76; IC: 0,99-7,64; $p=0,050$) manteve-se estatisticamente associada a querer ter filho entre homens com HIV/Aids (Tabela 5).

Em relação ao nível proximal, a análise não ajustada mostrou significância estatística com querer filho, faixa etária inferior ou igual a 35 anos (OR: 4,62; IC: 2,21-9,67; $p=0,000$), querer filhos antes do diagnóstico (OR: 17,6; IC: 5,10-92,4; $p=0,000$), parceiro querer filho (OR: 9,99; IC:3,48-29,2; $p=0,000$), número de filhos inferior ou igual a dois (OR: 5,04; IC: 1,37-22,8; $p=0,005$), tempo de terapia com ARV inferior ou igual a três anos (OR: 0,47; IC: 0,22-0,98; $p=0,030$) e não ter filho com o parceiro atual (OR: 2,60; IC: 0,91-7,84; $p=0,046$). Na análise ajustada, somente o parceiro querer filho manteve-se estatisticamente associada com a intenção de ter filho por parte dos homens com HIV/Aids (OR: 5,74; IC: 1,47-22,3; $p=0,012$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise hierarquizada multivariada ajustada e não ajustada da intenção de ter filho em homens com HIV/Aids acompanhados em ambulatórios de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Intenção de ter filho em homens com HIV/Aids					
	Não ajustado			Ajustado		
	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p
Nível distal						
Conhecer métodos de reprodução assistida	2,38	1,10-5,13	0,014	2,76	0,99-7,64	0,050
Parceiro não ter filho	2,60	0,99-7,00	0,031			
Tempo de diagnóstico ≤ 3 anos	0,39	0,19-0,81	0,006			
Tempo de relacionamento ≤ 5 anos	2,65	1,05-6,74	0,022			
Nível proximal						
Faixa etária ≤ 35 anos	4,62	2,21-9,67	0,000			
Querer filho antes do diagnóstico	17,6	5,10-92,4	0,000			
Parceiro querer filho	9,99	3,48-29,2	0,000	5,74	1,47-22,3	0,012
Número de filhos ≤ 2	5,04	1,37-22,8	0,005			
Tempo de terapia com ARV ≤ 3 anos	0,47	0,22-0,98	0,030			
Não ter filho com parceiro atual	2,60	0,91-7,84	0,046			

6 DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou uma prevalência de 41,4% de homens com HIV/Aids que queriam ter filhos mesmo após o diagnóstico de HIV/Aids em Fortaleza, Ceará. O fato evidencia uma parcela considerável, situação também encontrada em estudos que envolveram homens e mulheres com HIV/Aids (MYER; MORRONI; REBE, 2007; COOPER et al., 2009; GOSSELIN; SAUER, 2011).

A intenção de ser pai é um processo natural, presente também na vida da maioria dos homens. No entanto, quando inserida no contexto da infecção pelo HIV/Aids, independentemente do sexo, a reprodução suscita questões polêmicas, tendo em vista as implicações envolvidas (COOPER et al., 2007; GRUSKIN; FERGUSON; O'MALLEY, 2007; PAIVA et al., 2011).

Esse estudo evidenciou que os fatores sociodemográficos, comportamentais e relacionados ao diagnóstico e tratamento podem influenciar as intenções de paternidade em homens com HIV/Aids. Dentre os que queriam filho, a maioria era jovem, com média escolaridade, que trabalhava e tinha baixa renda, situação semelhante a outro estudo realizado em Uganda (BEYEZA-KASHESYA et al., 2010) e em uma revisão sistemática da literatura (NATTABI et al., 2009). Esses estudos encontraram os aspectos sociodemográficos interferindo na decisão de querer filho entre pessoas com HIV/Aids. Baixas condições socioeconômicas têm se mostrado fator limitante para o acesso às informações e aos serviços de saúde (JI et al., 2007), além de poder dificultar o acesso ao tratamento antirretroviral.

A intenção de ter filho ter sido mais evidente em homens jovens ocorreu possivelmente devido ao fato dos mesmos não terem filhos, considerando que 75% dos que tinham filhos tinham idade superior a 35 anos. A idade mais jovem foi evidenciada como importante preditor da intenção de ter filho em vários outros estudos (MYER; MORRONI; REBE, 2007; PAIVA et al., 2007; BEYEZA-KASHESYA et al., 2010; GOSSELIN; SAUER, 2011).

Os homossexuais foram menos propensos a querer filhos. Entretanto, vem crescendo muito, nos últimos anos, a adoção de crianças por pessoas do mesmo sexo. Querer filho independe da orientação sexual. Atualmente, assuntos e leis referentes à adoção e às intenções de ter filhos por casais homossexuais vêm tomando destaque (UZIEL, 2007) no mundo. Os métodos de adoção ou inseminação artificial podem ser opções (SHERR, 2010), apesar de

ainda ser evidente a percepção biomédica e jurídica de que somente casais heterossexuais podem ter filhos (VARGAS; MOAS, 2010).

Grande parte dos entrevistados queria ter filho antes do diagnóstico de HIV e uma parcela considerável mantinha essa opinião mesmo após o diagnóstico. Estudos evidenciaram que a intenção de ter filho é uma realidade presente na vida da maioria das pessoas, independente de viverem ou não com a infecção (GRUSKIN; FERGUSON; O'MALLEY, 2007; STANWOOD et al., 2007), situação que merece ser considerada pelos órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Na maioria das vezes, a infecção pelo HIV pode alterar, mas não remover, a intenção (COOPER et al., 2007; ILIYASU et al., 2009).

O método de reprodução assistida é uma alternativa, tendo em vista a possibilidade de evitar a transmissão do vírus para o bebê e o parceiro (BUJAN et al., 2007; SAVASI et al., 2007; OLIVEIRA, 2011). Estudo realizado na França que analisou os fatores associados com as escolhas reprodutivas de homens e mulheres com HIV, evidenciou que a maioria conhecia os métodos de reprodução assistida e tinha intenção de se submeter a tal tecnologia (HEARD et al. 2007).

Outro estudo realizado no Nordeste dos Estados Unidos, com casais sorodiscordantes, comprovou que pessoas que conheciam os métodos de reprodução assistida se sentiam mais confiantes para conceber (GOSSELIN; SAUER, 2011). Entretanto, esses métodos ainda não estão acessíveis à população, tendo em vista os altos custos envolvidos (FINOCCHARIO-KESSLER et al., 2010; GUTHRIE, 2010). Vale salientar que, para esses homens, é praticamente impossível imaginar a possibilidade de reprodução beneficiando-se de tais métodos, considerando-se que, na cidade de Fortaleza, não há disponibilidade de tal tecnologia pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de ter sido mais frequente a intenção de paternidade em homens cujo parceiro era soronegativo, não se encontrou associação estatisticamente significativa para essa variável ($p=0,399$), diferentemente do que foi encontrado em um estudo realizado na França com casais sorodiscordantes (HEARD et al. 2007). Essa situação pode sugerir que ter o diagnóstico do HIV em relação a esses homens pode não ter tanta influência nas intenções reprodutivas. Vários são os fatores envolvidos na questão da paternidade, dentre eles, as expectativas da sociedade para a constituição de uma família e o status social de ser pai (COOPER et al., 2007; ILIYASU et al., 2009).

O tempo de relacionamento inferior ou igual a cinco anos ($p=0,022$), parceiro querer filho ($p=0,000$), não ter filho com o parceiro atual ($p=0,047$), ter até dois filhos ($p=0,005$) e o parceiro não ter filho de outro relacionamento ($p=0,032$), estiveram associadas à intenção de ter filho.

Estudos internacionais realizados com homens e mulheres com HIV também encontrou associação entre o curto tempo de relacionamento (MYER; MORRONI; REBE, 2007; GOSSELIN; SAUER, 2011; KING et al., 2011), não ter filhos (MYER; MORRONI; REBE, 2007; GOSSELIN; SAUER, 2011) ou ter poucos filhos (COOPER et al., 2009; BEYEZA-KASHESYA et al., 2010) com a intenção de ter filho. Por outro lado, essa decisão também está fortemente influenciada pelo desejo do parceiro (COOPER et al., 2009; BEYEZA-KASHESYA et al., 2010). Nesse estudo, o parceiro querer filho apresentou 5,74 vezes mais chances do homem com HIV manter a intenção de ter filho mesmo após o diagnóstico.

É possível que esses homens estivessem em um relacionamento com um parceiro novo e ainda sem filhos, o que reforça que mesmo entre homens, o instinto paternal é influenciado por aspectos socioculturais (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007) e está muito relacionado à vontade de constituir e/ou dar continuidade à família. No presente estudo, esta razão mostrou-se prevalente entre os homens que almejavam vivenciar a paternidade, assim como em outros estudos que envolveram homens com HIV/Aids (COOPER et al., 2007; MANTELL; SMITH; STEIN, 2009; CAMPERO et al., 2010; PAIVA et al., 2011). Já o receio em contaminar o bebê mostra-se como importante desanimador para ter filhos (COOPER et al., 2009; ILIYASU et al., 2009; HEYS et al., 2009), possivelmente por conta das pessoas ainda reconhecerem a transmissão vertical do HIV como importante ameaça, o que pode ser traduzido como deficiência na informação.

A utilização das recomendações preconizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids reduz a taxa de transmissão vertical para 1 a 2%. Dentre as ações, destacam-se o uso da terapia antirretroviral, práticas seguras no momento do parto, AZT oral para o bebê exposto e inibição da amamentação (BRASIL, 2007). A falta de seguimento às ações representa taxas de TV de 25% para transmissão intrauterina e 30% para transmissão intraparto durante a gestação (BRASIL, 2010b).

O tempo de diagnóstico inferior ou igual a três anos ($p=0,006$) esteve associado a querer filho por parte dos homens com HIV. Esse achado se assemelha ao encontrado no Nordeste dos Estados Unidos com casais sorodiscordantes em uma clínica de reprodução

assistida, evidenciando que o tempo de diagnóstico não influencia no desejo de ter filho (GOSSELIN; SAUER, 2011). E diferente ao encontrado no Norte da Nigéria (ILYASU et al., 2009) com homens e mulheres com HIV, que mostrou que quanto maior o tempo de diagnóstico, maiores são as chances de pessoas com HIV quererem filhos.

O tempo de uso da terapia antirretroviral pode ter relação com o tempo de diagnóstico, uma vez que, no Brasil, o início do uso da terapia está pautado em critérios: sintomáticos, independente da contagem de CD4; assintomáticos com contagem de CD4 menor ou igual a 350 células/mm; e gestantes, independente da presença de sintomas e da contagem de LT-CD4+ (BRASIL, 2008c).

O diagnóstico da infecção pelo HIV provoca impacto na vida das pessoas, geralmente associado com a preocupação com a morte e com a possibilidade de não conseguir concretizar os projetos de vida (SMITH; MBAKWEM, 2007; SANT'ANNA; SEIDL; GALINKIN, 2008). No entanto, o passar do tempo, a disponibilidade da terapia medicamentosa e a existência de processos mais consistentes de garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV, provocaram mudanças na maneira de enfrentamento, fazendo com que muitos passassem a lidar diferentemente com o problema. É fato que a terapia antirretroviral provocou melhoria no estado de saúde e na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, melhorando a disposição e a possibilidade de planejar e realizar suas expectativas de vida (VAN LEEUWEN et al., 2009; BEYEZA-KASHESYA et al., 2010; KAKAIRE; OSINDE; KAYE, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Atualmente, o casal que vive com HIV/Aids tem a possibilidade de realizar sua intenção de ter filho através de métodos mais seguros. Entretanto, a situação ainda provoca impacto negativo e preconceito na sociedade, que não considera essa possibilidade um ato responsável. Os profissionais de saúde resistem em aceitar a ideia (HARRIES et al., 2007; GONÇALVES et al., 2009; SILVA; CAMARGO JUNIOR, 2011; WANYENZE et al., 2011), chegando inclusive a repreender e desencorajar as pessoas com HIV que querem ter filhos, alegando os riscos envolvidos no processo (GOGNA et al., 2009; SILVA; CAMARGO JUNIOR, 2011). Ademais, desconsideram a individualidade, o respeito à sexualidade e os aspectos subjetivos envolvidos no processo de maternidade/paternidade.

Uma parcela mínima dos participantes desse estudo informou aos profissionais de saúde a respeito de sua intenção de ter filho, possivelmente pela dificuldade em discutir sobre a sexualidade e pelo receio em serem discriminados, assim como evidenciaram outros estudos com homens e mulheres com HIV/Aids (MYER; MORRONI; REBE, 2007; NOBREGA et

al., 2007; FINOCCHARIO-KESSLER et al., 2010). As pessoas que não vivem com a infecção também apresentam resistência em expressar seus anseios, percepções e questões relacionadas à sexualidade aos profissionais de saúde (MIRANDA et al., 2009). Essa atitude pode também, muitas vezes, ser resultado da falta de interação e confiança em relação ao profissional.

Apesar das investidas governamentais na assistência à saúde do homem (BRASIL, 2008a), as questões relacionadas à reprodução e ao desejo de ter filho são muito mais valorizadas quando se trata da clientela feminina. Estudo realizado com profissionais de saúde do setor público na África do Sul evidenciou que os mesmos reconheciam as necessidades dos homens, mas não tinham conhecimento suficiente quando relacionado às intenções reprodutivas dessa clientela, concentrando a atenção às mulheres (HARRIES et al., 2007). Estudos evidenciam que a clientela masculina é mais propensa a querer filhos do que as mulheres (MYER; MORRONI; REBE, 2007; PAIVA et al., 2007; COOPER et al., 2009).

Tal situação merece especial atenção das políticas públicas considerando que querer filho, mesmo após o diagnóstico de HIV/Aids, tem se mostrado uma experiência muito significativa, justificando a superação de todas as dificuldades por parte das pessoas que pretendem vivenciar a situação (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; CAMPERO et al., 2010; MAKSUD, 2012).

O método contraceptivo mais utilizado foi o preservativo, como destacam outros estudos (HEYS et al., 2009; BEYEZA-KASHESYA et al., 2010; WANYENZE et al., 2011), devido à disponibilidade e facilidade encontrada pela clientela masculina (HEYS et al., 2009). O uso do preservativo por casais soroconcordantes em todas as relações sexuais não é comum, já que imaginam ser desnecessário, por falta de informação a respeito dos riscos de resistência à terapia e em contrair outras infecções (BRASIL, 2010b).

Os dados da pesquisa devem ser interpretados considerando suas limitações. O estudo, por ser do tipo transversal, é incapaz de considerar as intenções de paternidade ao longo do tempo. Outra limitação é o fato de se tratar de uma temática sensível e de difícil abordagem, podendo influenciar as respostas dos participantes. Entretanto, a equipe, devidamente treinada para a coleta de dados, tinha a responsabilidade de amenizar esse viés. Apesar dessas limitações, destacamos a relevância do estudo e chamamos atenção por ser um assunto pouco documentado quando se trata de homens com HIV/Aids.

Diante dos resultados e possibilidades da vivência da paternidade em homens com HIV/Aids, torna-se essencial a garantia dos direitos do casal que pretende ter um filho através da autonomia e igualdade de decisão, estabelecendo políticas e prioridades de saúde sexual e reprodutiva (GRUSKIN; FERGUSON; O'MALLEY, 2007; GONÇALVES et al., 2009; KAKAIRE; OSINDE; KAYE, 2010; GOSSELIN; SAUER, 2011).

7 CONCLUSÃO

Esse estudo evidenciou que querer ter filhos é uma realidade presente em muitos homens, mesmo após o diagnóstico de HIV/Aids e que essa decisão mostra-se complexa e influenciada por diversos fatores.

Queriam filho: os homens mais jovens; que conheciam os métodos de reprodução assistida; que tinham até dois filhos; que queriam filho antes do diagnóstico; que tinham tempo de relacionamento de até cinco anos; que não tinham filho com o parceiro; o parceiro não tinha filho; tinha tempo de diagnóstico inferior ou igual a três anos; e tempo de terapia de até três anos.

O aspecto que esteve fortemente associado ao homem querer ter filho foi o fato do parceiro também manifestar a mesma intenção. Por esse motivo, faz-se necessário intervir não somente no indivíduo em acompanhamento, mas junto ao casal que pretende a concepção, garantindo que a concretização seja de forma mais segura e satisfatória.

Os serviços de saúde sexual e reprodutiva deveriam ter um adequado atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids, capacitando profissionais para exercer uma melhor abordagem em aconselhamento, integrando a clientela em seu contexto psicossocial e cultural, valorizando as suas escolhas, a expressão de sentimentos, reconhecendo seus projetos de vida e garantindo seus direitos. Esses profissionais têm papel fundamental também no fornecimento de apoio e de informações referentes aos benefícios da terapia antirretroviral, e às opções de métodos de concepção e contracepção.

Apesar do interesse das autoridades em melhorar a assistência à clientela masculina, ainda há muito a se avançar, tendo em vista a precariedade dos serviços e a deficiência na capacitação de profissionais de saúde no que diz respeito ao atendimento, o envolvimento e a humanização na abordagem de pessoas com HIV/Aids, considerando não apenas as questões biomédicas.

Analisar os fatores associados à intenção de ter filho em homens que vivem com HIV/Aids subsidia o interesse por novos estudos, o planejamento de estratégias e formulação de políticas públicas capazes de intervir, de forma eficaz, na saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo os direitos e escolhas desta população.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, mar. 2007.
2. ARAÚJO, M.A.L. et al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.5, p. 588-594, set./out., 2008b.
3. ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.6, p. 1899-1906, nov./dez. 2008.
4. BELFORT, P.; BRAGA, A. Obstetrícia Médico-Legal e Forense. Aspectos Éticos. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO J. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1117-1132.
5. BEYEZA-KASHESYA, J. et al. My partner wants a child: a cross-sectional study of the determinants of the desire for children among mutually disclosed sero-discordant couples receiving care in Uganda. **BMC Public Health**, v. 10:247, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877675/?tool=pubmed>. Acesso em: 08. Aug. 2012.
6. BUJAN, L. et al. Safety and efficacy of sperm washing in HIV-1serodiscordant couples where the male is infected: results from the European CREATH network. **AIDS**, v. 21, n. 14, p. 1909-1914, Sept. 2007.
7. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 196/96**. Decreto nº 9.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios para pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2, 1996.
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008a.
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2009.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010a.
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.
12. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, ano VIII, n. 1, Brasília, 2011.

13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, 2007.
14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília, 2008b.
15. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. Brasília, 2010b.
16. _____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008**. 7 ed. Brasília, 2008c.
17. CAMPERO, L. et al. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. **Salud Pública de Mexico**, Cuernavaca, v. 52, n. 1, p. 61-69, enero/feb. 2010.
18. CARDELLI, A. A. M.; TANAKA, A. C. D. Ser/estar pai: uma figura de identidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11(suppl), p. 251-258, 2012.
19. CARVALHO, C. M. L.; GALVAO, M. T. G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.
20. CEARÁ. **Hospital Universitário Walter Cantídio: Universidade Federal do Ceará**. Missão 2012a. Disponível em: <http://www.huwc.ufc.br/site.php?pag=17>. Acesso em: 06 fev. 2012.
21. _____. Secretaria da Saúde do Ceará. **Rede de assistência**. Ago. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/a-secretaria/o-que-e/44946-rede-de-assistencia>. Acesso em: 03 nov. 2011.
22. _____. Secretária da Saúde do Estado. **Informe Epidemiológico AIDS**. Coordenadoria de políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Estado do Ceará: Secretaria de Saúde, 2012b.
23. CECHIM, P. L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 145-149, mar./abr. 2007.
24. COOPER, D. et al. Fertility Intentions and Reproductive Health Care Needs of People Living with HIV in Cape Town, South Africa: Implications for Integrating Reproductive Health and HIV Care Services. **Aids and Behavior**, v. 13, suppl. 1, p. 38-46, June. 2009.
25. COOPER, D. et al. "Life is still going on?": Reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 2, p. 274-283, July. 2007.

26. DARMONT, M. Q. R. et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p.1788-1796, set. 2010.
27. DUARTE, G. HIV/AIDS. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 707-720.
28. FINOCCHARIO-KESSLER, S. et al. Do HIV-Infected Women Want to Discuss Reproductive Plans with Providers, and Are Those Conversations Occurring? **AIDS Patient Care STDs**, v. 24, n. 5, p. 317-323, May 2010.
29. FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Boletim Epidemiológico: Aids, sífilis em gestantes e transmissão vertical da sífilis e do HIV**. Fortaleza, 2009.
30. FREITAS, W. M. F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009.
31. FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, 2007.
32. FRIEDMAN, R. K., et al. Incidência e preditores de gestação em mulheres com HIV / Aids no Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 373-381, 2011.
33. GABLE, L.; GOSTIN, L. O.; HODGE JUNIOR, J. G. HIV/AIDS, Reproductive and Sexual Health, and the Law. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 10, p. 1779-1786, Oct. 2008.
34. GALVÃO, M. T. G.; CUNHA, G. H.; MACHADO, M. M. T. Dilemas e Conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.3, p.371-376, maio/jun. 2010.
35. GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 72-83, 2011.
36. GHIARONI, J. Planejamento Familiar. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO. *Obstetrícia*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1104-1106.
37. GIGANTE, D. P. et al. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, suppl.2, p. 42-50, 2008.
38. GOGNA, M. L. et al. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 6, p. 813-820, Sept. 2009.

39. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.
40. GONÇALVES, T. R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n.2, p. 223-232, maio/ago.2009.
41. GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Aspectos psicológicos da gestação no contexto da infecção pelo HIV/Aids. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 113-142, jul./set. 2007.
42. GOSSELIN, J. T.; SAUER, M. V. Life after HIV: examination of HIV serodiscordant couples' desire to conceive through assisted reproduction. **AIDS and Behavior**, v.15, n. 2, p. 469-478, Feb. 2011.
43. GRUSKIN, S. et al. HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs? **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 10, p. 1746-1750, Oct. 2008.
44. GRUSKIN, S.; FERGUSON, L.; O'MALLEY, J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. **Reproductive Health Matters**, v. 15, suppl. 29, p. 4-26, May. 2007.
45. GUTHRIE, B. L. Predicting Pregnancy in HIV-1-Discordant Couples. **AIDS and Behavior**, v. 14, n. 5, p. 1066-1071, Oct. 2010.
46. HARRIES, J. et al. Policy maker and health care provider perspectives on reproductive decision-making amongst HIV-infected individuals in South Africa. **BMC Public Health**, v. 7:282, p.1-7, 2007.
47. HEARD, I. et al. Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study). **AIDS**, n. 21, suppl. 1, p. 77-82, Jan. 2007.
48. HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 269-278, 2009.
49. HEYS, J. et al. Fertility desires and infection with the HIV: results from a survey in rural Uganda. **AIDS**, v. 23, suppl 1, p. 37-45, Nov. 2009.
50. ILIYASU, Z. et al. Correlates of Fertility Intentions among HIV/Aids Patients in Northern Nigeria. **African Journal of Reproductive Health**, v. 13, n 3, p. 71-83, 2009.
51. JI, G. et al. The impact of HIV/AIDS on families and children -a study in China. **AIDS**, v. 21, suppl 8, p.157, Dec. 2007.
52. KAKAIRE, O.; OSINDE, M. O.; KAYE, K.D. Factors that predict fertility desires for people living with HIV infection at a support and treatment centre in Kabale, Uganda.

Reproductive Health, v. 7:27, 2010. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/27>. Acesso em: 01 nov. 2012.

53. KING, R. et al. “Pregnancy comes accidentally - like it did with me”: reproductive decisions among women on ART and their partners in rural Uganda. **BMC Public Health**, v. 11:530, p.3-11, 2011.

54. LOURENÇO, S. R. P. N.; AFONSO, H. G. M. VIH no feminino: vivência psicológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n. 1, p. 119-124, jan./fev.2009.

55. LOUTFY, M.R. et al. Fertility desires and intentions of HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a cross-sectional study. **Public Library of Science One**, v. 4, n. 12, p. e7925, 2009. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0007925>. Acesso em: 10 dez. 2011.

56. MACHADO FILHO, A.C. et al. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.176-183, abr. 2010.

57. MACIEL, R. A. **Experiências psíquicas do homem à espera da paternidade**. 101f. Tese [Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

58. MAKSUD, I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1196-1204, jun. 2012.

59. MANTELL, J. E.; SMITH, J. A.; STEIN, Z. A. The right to choose parenthood among HIV-infected women and men. **Journal of Public Health Policy**, v. 30, n. 4, p. 367- 378, Dec. 2009.

60. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

61. MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

62. MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, jul/set, 1993.

63. MIRANDA, A. E. et al. Young women and their reproductive health needs in a family practice setting: factors influencing care seeking in Vitoria, Brazil. **Family Practice**, v.26, n.6, p. 493–500, Dec. 2009.

64. MYER, L.; MORRONI, C.; REBE, K. Prevalence and determinants of fertility intentions of HIV-infected women and men receiving antiretroviral therapy in South Africa. **AIDS Patient Care STDS**, v. 21, n. 4, p. 278-85, Apr. 2007.

65. NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 25, n. 2, p. 279-290, 2009.
66. NATTABI, B. et al. A Systematic Review os Factors Influencing Fertility Desires and Intentions Among People Living with HIV/Aids: Implications for Policy and Services Delivery. **AIDS and Behavior**, v. 13, p. 949-968, 2009.
67. NOBREGA, A. A. et al. Desire for a child among women living with HIV/AIDS in northeast Brazil. **AIDS Patient Care STDS**, v. 21, n. 4, p. 261-267, Apr. 2007.
68. OLIVEIRA, L. L. **Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical**: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de Infectologia. Dissertação [Mestrado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
69. PAIVA, V. et al. Desire to Have Children: Gender and Reproductive Rights of Men and Women Living with HIV: A Challenge to Health Care in Brazil. **AIDS Patient Care STDS**, v. 21, n. 4, p. 268-77, Apr. 2007.
70. PAIVA, Vera et al . A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4199-4210, out. 2011.
71. PEREIRA, C. C. A.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Perfis de causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 645-655, mar. 2007.
72. PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, 8 telas, nov./dez. 2010.
73. REIS, A. C.; SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, set. 2007.
74. RIBEIRO, T. N. Saúde reprodutiva e sexual masculina em Francico Morato, SP: o discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.4, p. 695-706, 2009.
75. SANT'ANNA, A. C. C.; SEIDL, E. M. F. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 244-251, 2009.
76. SANT'ANNA, A. C. C.; SEIDL, E. M. F.; GALINKIN, A. L. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 1, p.101-109, mar. 2008.
77. SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, mar. 2011.

78. SANTOS, S. F. F.; BISPO JUNIOR, J. P. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 299-310, abr./jun. 2010.
79. SAVASI, V. et al. Safety of sperm washing and ART outcome in 741 HIV-1-serodiscordant couples. **Human Reproduction**, v.22, n. 3 p. 772–777, 2007.
80. SENNOTT, C.; YEATMAN, S. Stability and Change in Fertility Preferences Among Young Women in Malawi. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 38, n. 1, p. 34-42, Mar. 2012.
81. SHERR, L. Fathers and HIV: considerations for families, **Journal of the International AIDS Society**, n. 13, v. 633, suppl 2, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2890973/>. Acesso em: 10 out. 2012.
82. SILVA, A. M.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4865-4874, dez. 2011.
83. SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p. 2415-2424, maio 2011.
84. SMITH, D. J.; MBAKWEM, B. C. Life projects and therapeutic itineraries: marriage, fertility, and antiretroviral therapy in Nigéria. **AIDS**, v. 21, p. 37-41, 2007.
85. SOEIRO, C. M. O. et al. Mother-to-child transmission of HIV infection in Manaus, State of Amazonas, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n.5, p. 537-541, set./out. 2011.
86. STANWOOD, N. L. et al. Contraception and Fertility Plans in a Cohort of HIV-positive Women in Care. **Contraception**, v. 75, n. 4, p. 294-298, 2007.
87. SUCCI, R. C. M. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, supl.3, p. 379-389, 2007.
88. UNAIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic**. Geneva, 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm>. Acesso em: 03 dez. 2011.
89. UNAIDS. **UNAIDS Together we will end AIDS**. Geneva, 2012. Disponível em: www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf. Acesso em: 05 nov. 2012.
90. UZIEL, A. P. et al. Parentalidade e conjugalidade: aparições no movimento homossexual. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 203-227, jul./dez. 2006.
91. UZIEL, A. P. **Homossexualidade e adoção**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
92. VAN LEEUWEN, E. Assisted reproductive technologies to establish pregnancies in couples with an hiv-1-infected man. *The Netherlands Journal of Medicine*, v. 67, n. 8, p. 322-

327, set. 2009.

93. VARGAS, E. P.; MOAS, L. C. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 758-762, ago. 2010.

94. VELOSO, V. G. et al. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 859-867, out. 2008.

95. VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UFPA, 2009. 292 p.

96. VICTORIA, C. G. et al. The role os conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, p. 224-226, 1997.

97. VIDAL, E. C. F. et al. Políticas públicas para pessoas com hiv: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n.2, p. 166-174, abr./jun. 2009.

98. WANYENZE, R. K. et al. Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV- infected individuals: a cross-sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. **Journal of the International AIDS Society**, v.14, n.35, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1758-2652/content/14/1/35>> Acesso em: 23 mar. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário Nº _____

Prontuário Nº _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____
2. Orientação Sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual
3. Procedência: () Fortaleza () Outra cidade Especificar _____
4. Frequenta a escola? () Sim () Não
5. Escolaridade (em anos completos) _____
6. Religião: () Católica () Evangélica () Outra Especificar _____
7. Trabalha? () Sim () Não
8. Se sim, tipo de ocupação _____
9. Renda pessoal (salário mínimo) _____
10. Renda familiar (salário mínimo) _____
11. Tem parceiro atualmente? () Sim () Não
12. Se sim, mora com o parceiro? () Sim () Não
13. Mora com mais alguém? () Sim () Não
14. Se sim, com quem? () Pai () Mãe () Tios () Outro Especificar _____
15. O local em que mora é: () Próprio () Alugado () Outro Especificar _____

DADOS DO DIAGNÓSTICO DE HIV

16. Há quanto tempo você sabe que tem HIV? (em meses ou anos)
 - () < 1 ano Meses _____ () ≥ 1 ano < 3 anos
 - () ≥ 3anos < 6 anos () ≥ 6 anos
17. Diagnóstico: () HIV () Aids
18. Já teve diagnóstico de Aids? () Sim () Não
19. Atualmente, você faz uso de antirretroviral? () Sim () Não
20. Se sim, há quanto tempo está em tratamento? (em anos ou meses) _____
21. Se não, já fez uso de antirretrovirais? () Sim () Não
22. Já se internou alguma vez por conta da doença? () Sim () Não
23. Se sim, há quanto tempo? _____

24. Por que fez o teste para HIV? exame para emprego suspeita de HIV
 parceiro tinha HIV outro Especificar _____

25. De quem acha que contraiu o HIV? parceiro atual parceiro anterior
 parceiro ocasional não sabe informar

DADOS COMPORTAMENTAIS E REFERENTES À INTENÇÃO DE TER FILHO

26. Início da atividade sexual (em anos) _____

27. Tem atividade sexual atualmente? Sim Não

28. Sua vida sexual mudou após o diagnóstico de HIV? Sim Não

29. Tem filhos? Sim Não

30. Se sim, quantos? _____

31. Conhece os métodos de reprodução assistida? Sim Não

32. Se tem filhos, que método você utilizou para ter esse filho?

método natural método de reprodução assistida adoção

33. Algum nasceu após o seu diagnóstico de HIV? Sim Não

34. Se sim, quantos? _____

35. Algum tem diagnóstico de HIV? Sim Não

36. Se sim, quantos? _____

37. Você quer ter filho? Sim Não

38. Se sim, quer: agora futuramente

39. Se sim, que método você deseja ter esse filho?

método natural método de reprodução assistida adoção

40. Se quer filho, qual o motivo?

para constituir uma família porque não tem filhos

para manter o relacionamento porque o parceiro quer

porque não tem filhos com o parceiro atual outro Especificar _____

41. Se não quer filho, qual o motivo?

medo de contaminar o bebê o parceiro não quer já tem filhos

medo de contaminar o parceiro receio em revelar o diagnóstico

outro Especificar _____

42. Queria ter filho antes do diagnóstico de HIV? Sim Não

43. Você é acompanhado em algum serviço de planejamento familiar? Sim Não

44. No local onde você faz acompanhamento do HIV existe serviço de planejamento familiar?

Sim Não

45. Já usou algum método para evitar filhos antes do diagnóstico HIV? Sim Não

46. Nos últimos 3 meses, você fez uso de algum método contraceptivo? () Sim () Não

47. Atualmente você usa algum método contraceptivo? () Sim () Não

48. Se sim, qual o método? _____

49. Se sim, qual o motivo para a escolha do método?

() porque não quer filho () pelo medo de contaminar o parceiro

() outro Especificar _____

50. Se não usa método contraceptivo, por quê?

() porque o parceiro não quer () porque não gosta de usar

() porque não está tendo relação sexual () outro Especificar _____

DADOS REFERENTES AO PARCEIRO

51. Quanto tempo de relacionamento com o parceiro?(em meses ou anos) _____

52. Oficializaram a relação? () Sim () Não

53. Seu parceiro já lhe abordou sobre o desejo de ter filho? () Sim () Não

54. O parceiro deseja ter filho? () Sim () Não

55. O parceiro sabe que você tem diagnóstico de HIV? () Sim () Não

56. O parceiro tem diagnóstico de HIV? () Sim () Não () Não sabe informar

57. Se sim, ele toma medicação para o HIV? () Sim () Não () Não sabe informar

58. Tem filho com o parceiro atual? () Sim () Não

59. O parceiro tem filho de outro relacionamento? () Sim () Não

DADOS REFERENTES AO SERVIÇO DE SAÚDE

60. Você mora em área coberta pelo Programa de Saúde da Família? () Sim () Não

61. Foi atendido alguma vez na unidade primária por conta do seu diagnóstico?

() Sim () Não

62. Se você deseja ter filhos, comunicou no serviço de saúde sobre a vontade de ter filho?

() Sim () Não

63. Se sim, a qual profissional de saúde? () enfermeiro () médico () psicólogo

() assistente social () técnico de enfermagem () outro Especificar _____

64. Se sim, você sentiu que sua decisão foi apoiada? () Sim () Não

65. Se não comunicou, qual o motivo?

() não quer ter filhos () medo de ser discriminado

() medo de não ser apoiado () outro Especificar _____

66. Tem facilidade em falar da vida sexual no serviço de saúde? () Sim () Não

Responsável pela coleta dos dados _____

Data _____

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Cláudia Bastos da Silveira

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que irá analisar a prevalência e os fatores associados à intenção de ter filho em homens após o diagnóstico de HIV/Aids em Fortaleza, Ceará.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você responderá a um questionário. O mesmo será aplicado em um local reservado, sendo assegurada a privacidade das informações.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o processo sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O tipo de procedimento utilizado durante a aplicação do instrumento de coleta de dados aplicado face a face apresenta um risco mínimo que será reduzido pelo suporte psicológico e emocional oferecido.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de desenvolvimento de estratégias visando uma melhor abordagem às intenções de ter filhos em homens com HIV/Aids.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o Sr. nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, nem quando os resultados forem apresentados.

ANEXOS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS (1970-2011)
Promovendo a saúde e valorizando a vida



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)

Fortaleza, 04 de junho de 2012

Protocolo nº 047/2008

Título: "Maternidade e Paternidade em Pessoas que vivem com HIV/Aids".

Pesquisadora Principal: Dra. Maria Alix Leite Araújo

Instituições envolvidas: Hospital São José de Doenças Infecciosas/HSJ
Universidade de Fortaleza-UNIFOR

PARECER CONSUBSTANCIADO

Analisamos e aprovamos a retirada de pendências do Adendo da pesquisa acima referida na reunião ordinária no dia 21 de maio de 2012. A pesquisadora solicita a continuidade da pesquisa que foi desenvolvida neste hospital.

Lembramos a necessidade de envio de relatório do andamento do projeto e de relatório final quando de sua conclusão, além de que qualquer mudança na proposta do estudo, deverá passar por uma prévia avaliação deste Comitê. Outrossim, comunicamos que, mensalmente, o CEP-HSJ está monitorando pesquisas em execução no Hospital São José de Doenças Infecciosas escolhidas aleatoriamente.

Dr. Robério Dias Leite

Coordenador do CEP/HSJ.



HUWC/UFC
Comitê de Ética em Pesquisa
Cód. CEP - 042.06.12

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE
FONE: (85) 3366-8589 / 3366.8613 E-MAIL: cephuwc@huwc.ufc.br

Protocolo nº: 042.06.12

Pesquisadora Responsável: Cláudia Bastos da Silveira

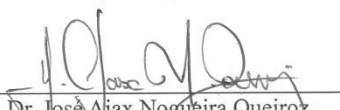
Departamento / Serviço: Ambulatório da HIV/Aids do HUWC

Título do Projeto: “Fatores associados às intenções reprodutivas em homens com HIV/Aids em Fortaleza, Ceará”.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou o projeto de pesquisa supracitado e, em tendo sido atendidas as pendências, baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO**.

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 23/07/13).

Fortaleza, 23 de julho de 2012.


Dr. José Ajax Nogueira Queiroz
Coordenador Adjunto do CEP - HUWC