

O Vírus da Imunodeficiência Humana no Contexto da Procriação Medicamente Assistida: Aspectos Técnicos e Considerações Éticas

Ilda Pires¹

RESUMO

No início da epidemia da SIDA, devido ao mau prognóstico das pessoas infectadas com a doença, os casais com um parceiro infectado com VIH eram desencorajados de planear uma gravidez. Actualmente, a SIDA mantém-se como uma condição grave a nível mundial, e mesmo nos países industrializados onde estão disponíveis tratamentos inovadores e eficazes, a infecção por VIH continua a ser uma doença crónica com elevada morbidade e mortalidade. No entanto, graças às terapias anti-retrovirais, a expectativa e qualidade de vida de muitos pacientes seropositivos aumentaram drasticamente durante os últimos dez anos. Além disso, tanto o risco de transmissão horizontal como vertical diminuiu, encorajando muitos casais com um parceiro infectado com VIH a criar expectativas de maternidade. As técnicas de reprodução medicamente assistida podem minimizar o risco de contaminação do parceiro não infectado e ajudar os casais a engravidar.

Palavras-chave: procriação medicamente assistida, vírus da imunodeficiência humana (VIH), serodiscordante, seroconcordante

Nascer e Crescer 2006; 15(4): 233-239

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é um problema de saúde de dimensão mundial, constituindo uma verdadeira pandemia. As estimativas da Organização Mundial de Saúde

(OMS), actualizadas em Dezembro de 2005, revelaram um total de 38,6 milhões de pessoas a viver com a infecção ou mesmo já com a doença (síndrome de imunodeficiência adquirida, SIDA), das quais 17,3 milhões eram mulheres⁽¹⁾. O programa das Nações Unidas para a SIDA estima que em Portugal a doença atinja 32 mil portugueses, sendo a maioria indivíduos com idade superior a 15 anos.

Desde 1980, altura em que ocorreram os primeiros casos de doença associados a esta infecção, até à data actual, muito se avançou nas medidas disponíveis para o controlo da infecção e das manifestações oportunistas secundárias. A modificação da história natural desta infecção e a melhoria da qualidade e esperança de vida das pessoas infectadas foi conseguida em várias fases: inicialmente, com as medidas profiláticas para as infecções oportunistas, posteriormente com o aparecimento dos medicamentos anti-retrovirais, a partir de 1996 com a introdução da terapêutica anti-retroviral de elevada eficácia (HAART, sigla inglesa para *highly active antiretroviral therapy*) e posteriormente com os inibidores da protease e da transcriptase reversa para o VIH-tipo 1.

A SIDA tornou-se uma doença crónica, fatal, mas controlável com a participação activa dos doentes no cumprimento das terapêuticas. Diminuiu-se a incidência de episódios mórbidos e a taxa de mortalidade. Muitas das manifestações oportunistas, frequentemente observadas antes do aparecimento da HAART, passaram a ser raramente registadas. Esta normalização encorajou muitos doentes a incluírem nos seus planos de vida perspectivas que previamente lhes pareciam

difíceis de concretizar. A possibilidade de constituírem uma família é uma dessas perspectivas.

Actualmente é possível a procriação sem risco, ou com risco muito baixo, para o parceiro não infectado e para a futura criança. A baixa taxa de transmissão materno fetal, que presentemente é possível obter, conduziu a que mulheres infectadas com o VIH considerassem a possibilidade de uma gravidez. Em muitos países europeus foram ultrapassadas controvérsias legais e éticas relacionadas com esta questão e as técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) são oferecidas a estes casais.

LEGITIMIDADE NO DESEJO DA GRAVIDEZ

O desejo de ter um filho nem sempre coincide com o querer ou poder ser mãe/pai, tendo repercussões a nível consciente e inconsciente. O nascimento de um filho confirma a fertilidade e a capacidade reprodutiva, proporcionando aos pais o sentimento de imortalidade. Por vezes os pais vêm-no como um modo de serem re-aceites na sociedade.

O filho surge como um espelho através do qual o casal se pode rever, funcionando como um elo de uma longa cadeia de gerações em que são mantidos os ideais e tradições familiares. O não ter filhos na nossa sociedade, pode ser encarado como um sinal de imaturidade, de egoísmo, de instabilidade ou de falhanço individual ou conjugal, contribuindo para a estigmatização e isolamento social.

A decisão de conceber uma criança ou de evitar a sua concepção em presença do VIH, é extremamente pessoal e muitas vezes não é controlada pelo indivíduo, havendo pressões externas e desejos internos, mais ou menos cons-

¹ Técnica Superior de Saúde na Unidade de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

cientes, que tornam a decisão da gravidez num conflito marcado pela ansiedade e ambivalência.

Mesmo tendo conhecimento da sua situação clínica, muitas mulheres tomam a decisão impulsiva de engravidar. A impossibilidade de ser mãe é dramática para jovens mulheres assintomáticas e que, não sendo estéreis, se sentem injustiçadas de uma forma tanto mais profunda consoante o episódio contaminante tenha sido accidental, antigo, escondido ou desconhecido. Outros sentimentos podem ainda estar em jogo, como o desejo de dar um filho ao homem que ama, a negação face à própria doença, o desafio que representa triunfar em relação a esta, o perpetuar-se ou a esperança de ter um filho não infectado que lhe permita a reabilitação e reintegração no seu meio social⁽²⁾.

VIH, FERTILIDADE E GRAVIDEZ

A presença de VIH pode não afectar o potencial reprodutivo de uma pessoa seropositiva, a não ser que esta possua uma infecção oportunista⁽³⁾. A maioria dos dados epidemiológicos sobre a fertilidade de mulheres seropositivas sugere taxas de gravidez inferiores, quando comparadas com a população em geral⁽⁴⁾. No entanto, estas mulheres tinham (a) uma menor frequência de relações sexuais devido ao receio de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e contaminação do parceiro; (b) idade mais avançada, uma vez que a gravidez lhes foi desencorajada durante muitos anos; e (c) passado de toxicoddependência (as drogas, principalmente os opiáceos, estão relacionados com disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-gónada)⁽⁵⁾. Alguns grupos também observaram uma maior incidência de doença inflamatória pélvica (DIP) em mulheres seropositivas. A DIP provoca danos directos nos ovários e/ou alterações mecânicas no desenvolvimento folicular, estando associada a baixas respostas ováricas⁽⁶⁾ e aumento da prevalência de factor tubar.

Quando estas mulheres recorrem às técnicas de PMA verifica-se que as estimulações ováricas são mais difíceis de conseguir, há mais cancelamentos, precisam de maiores doses de gona-

dotrofinas e dias de estimulação, mas quando atingem uma estimulação satisfatória e realizam punção folicular, a taxa de fertilização e gravidez não é diferente dos grupos controlo⁽⁷⁾. Noutros estudos verificou-se que mulheres seropositivas preferem transferir menos embriões para reduzir os riscos de gravidez múltipla e transmissão vertical do vírus⁽⁵⁾.

Neste sentido o consenso é de que parece haver uma ligeira tendência para uma pior resposta das mulheres seropositivas, mas não pode ser estabelecida uma significância neste sentido⁽⁶⁾.

A evolução clínica e biológica da infecção por VIH durante a gravidez é bem conhecida. Em mulheres assintomáticas, com infecção controlada, a gravidez por si só não agrava a progressão da infecção do ponto de vista clínico, imunológico ou virológico⁽⁸⁻¹⁰⁾. As complicações que surgem às vezes, associadas à infecção por VIH, como o aborto espontâneo, malformações fetais, atraso de crescimento intra-uterino, parto prematuro e morte neo-fetal *in utero*, parecem relacionar-se mais com factores coadjuvantes como o consumo de drogas, más condições sanitárias, gravidez não vigiada, fase avançada da doença, natureza do vírus e sua variabilidade, estado nutricional, existência de DST, condições sanitárias e co-existência de outras doenças infecciosas/parasitárias, do que com factores inerentes à condição de seropositividade⁽²⁾.

Por outro lado, estudos retrospectivos confirmam a eficácia de HAART na prevenção de transmissão vertical, que ocorre numa fase tardia da gravidez e, especialmente, durante o parto. A terapia HAART, associada ao recurso à cesariana e proibição do aleitamento, permite obter valores inferiores a 1% de risco de transmissão vertical⁽¹¹⁻¹²⁾. Estudos posteriores mostram que a cesariana não é necessária para diminuir o risco se a carga vírica da grávida for indetectável⁽³⁾. Os efeitos e riscos da terapia anti-retroviral para a mãe e para o feto estão em investigação clínica, mas ainda não se encontraram padrões de efeitos adversos consistentes⁽¹⁰⁾.

A repercussão da infecção por VIH na espermatogénese não tem consenso entre os investigadores, mas o nascimento de crianças saudáveis e a ausência de transmissão horizontal em mais de 2000 casais serodiscordantes em todo o mundo, contrariam esta ideia⁽¹³⁾. O tratamento anti-retroviral parece não ter qualquer efeito deletério na espermatogénese de homens seropositivos⁽¹⁴⁾. Estudos que contrariam esta hipótese estão disponíveis na literatura⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. No entanto isto não tem qualquer influência nos resultados de processamento do esperma ou nas características deste após protocolo de lavagem⁽¹³⁾.

OPÇÕES DE PATERNIDADE

As opções para casais infectados com VIH que queiram realizar o desejo da paternidade variam teoricamente entre inseminação artificial com recurso a dador (IAD), adopção, sexo não protegido ou técnicas de PMA.

A IAD e a adopção são opções seguras, mas como a maioria dos casais deseja descendência biológica de ambos, não são, maioritariamente, as opções preferidas.

Habitualmente os casais não são aconselhados a praticarem sexo desprotegido no dia ovulação, de modo a prevenir potencial infecção da futura criança e do parceiro não infectado. Apesar do baixo risco de transmissão por contacto sexual (0,1-0,5%), estes valores podem ser superiores se a carga vírica for elevada e/ou estiverem presentes outras DST. Por outro lado, nem sempre há correlacionamento entre carga vírica do sangue e do sêmen, podendo haver variações no tempo e na intensidade (p.e., pode haver uma carga vírica indetectável no sangue, mas não no esperma).

Com base no pressuposto que o isolamento dos espermatozoides do plasma seminal reduz o risco de transmissão do vírus ao parceiro não infectado e à descendência, a PMA surge como recurso legítimo, uma vez que apenas usa a fracção final do processamento do esperma.

LEGITIMIDADE NAS TÉCNICAS DE PMA

Os riscos que a PMA induz nestes casais são semelhantes aos induzidos

num casal seronegativo, uma vez que a medicação para estimulação dos ovários não agrava a doença e, por outro lado, a PMA não é responsável pela transmissão vertical que pode ocorrer no final da gestação devido a trocas materno-fetais, e principalmente no parto, uma vez que apenas se correlaciona com o início da gravidez.

Para quem defende que é errado dar aos casais infectados com VIH a possibilidade de terem um filho, quando se sabe *a priori* que a esperança de vida dos pais é reduzida, os defensores argumentam que também é livre o acesso destas técnicas a casais com outras doenças tais como a diabetes e doença coronária, ou as doenças autossómicas recessivas com risco de 25% de transmissão de patologia, que podem igualmente afectar a longevidade dos casais e a saúde da futura criança⁽¹⁷⁾. Neste contexto muitos centros de PMA decidiram oferecer as suas técnicas a casais serodiscordantes e/ou seroconcordantes.

SEGURANÇA NA LAVAGEM DE ESPERMA

A técnica de lavagem do esperma de homens seropositivos foi apresentada por Semprini *et al* em 1992⁽¹⁸⁾ e consiste em fazer passar o esperma por um gradiente triplo de densidades, realização de *swim-up* e detecção do vírus por *polymerase chain reaction* (PCR). Esta técnica deve ser realizada numa altura em que as cargas víricas (VIH-ARN e VIH-ADN) sejam indetectáveis/baixas tanto no sêmen como no sangue.

Após liquefacção, o ejaculado é diluído e centrifugado de modo a eliminar o plasma seminal. Esta primeira fase é muito importante porque a carga viral parece ser superior no plasma seminal; além disso, este contém inibidores da PCR, o que poderia alterar a detecção e quantificação da carga vírica (falsos negativos)⁽¹⁹⁾. Com esta primeira lavagem há uma redução de 10.000 vezes da carga vírica. Em seguida a suspensão de espermatozóides passa por um gradiente triplo de densidades (90-70-45%) de modo a eliminar os espermatozóides mortos, células imunitárias e células epiteliais, reduzindo

100.000 vezes a carga vírica. Segue-se o *swim-up*, que consiste na incubação dos espermatozóides durante 20-60 minutos a 37.ºC de modo a permitir a selecção dos espermatozóides móveis. Com este passo a carga vírica é reduzida 100.000 vezes. Uma aliquota da fracção final da lavagem do esperma é testada para a presença de partículas virais através da técnica de PCR, enquanto a restante fracção é criopreservada e armazenada em tanques de azoto líquido exclusivos.

A segurança do teste de detecção depende da sensibilidade do método usado para detectar o vírus. Inicialmente Semprini estipulou um limite de 800 cópias de partículas víricas por ml de plasma seminal⁽¹⁸⁾, mas actualmente o limite é de 50 cópias/ml, havendo inclusive laboratórios que conseguem detectar 1 cópia/ml através da técnica de *nested PCR* (nPCR). No entanto, ainda não se pode afirmar que é um método isento de risco. Se o resultado for positivo, procede-se a nova colheita após 2-3 semanas. Se for negativo a amostra criopreservada é usada para técnicas de PMA. Quando um resultado é positivo não é possível determinar se é consequência da presença de resíduos de plasma seminal, células imunitárias que escaparam às lavagens ou se há a presença de um único espermatozóide com partículas virais⁽¹⁹⁾.

O melhor resultado é o de carga vírica indetectável, o que não quer dizer que não haja VIH na amostra, mas apenas que não existe em quantidade suficiente para ser detectado pelo teste.

Vários estudos revelaram vestígios de partículas virais por nPCR em 3-10% das amostras^(13,20). Dados de 2003 revelaram que mais de 1800 casais foram tratados com 4500 ciclos de várias técnicas de PMA usando apenas a fracção final do processamento do esperma, tendo nascido a nível mundial mais de 500 crianças seronegativas após protocolo de lavagem do esperma e determinação negativa da carga viral na fracção final do esperma⁽²¹⁾.

A ESCOLHA DA TÉCNICA DE PMA

A fracção final da lavagem do esperma pode ser utilizada em várias técnicas

de PMA: inseminação intra-uterina (IUI), fecundação assistida por fertilização *in vitro* convencional (FIV) ou através de microinjecção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) seguida de transferência embrionária. De acordo com as recomendações alemãs para a reprodução assistida de casais serodiscordantes para o VIH⁽²⁰⁾, a escolha do método depende dos resultados do exame ginecológico e andrológico do casal, bem como das preferências deste.

Na IUI são usados milhões de espermatozóides *in vivo*. Na FIV tradicional os ovócitos são expostos a centenas de espermatozóides *in vitro*. A ICSI permite a fertilização do ovócito com um único espermatozóide, reduzindo consideravelmente o risco de transmissão vírica, relativamente às outras técnicas de PMA. Na FIV e na ICSI a fertilização do ovócito ocorre fora do corpo da mulher, não expondo a milhões de espermatozóides. Uma vantagem que tem sido apontada da ICSI relativamente à FIV prende-se com os melhores resultados de taxas de gravidez⁽²²⁾. A necessidade de haver menos tentativas para engravidar reduz a potencial exposição ao VIH em ciclos repetidos. A grande maioria dos laboratórios prefere oferecer a ICSI argumentando que com esta técnica o risco de transmissão horizontal e vertical é quase nulo^(13,22-23). Além disso salientam que a preparação que é efectuada ao esperma e a criopreservação da fracção final conduz a que, mesmo em homens normospérmicos, o número de espermatozóides recuperado seja insuficiente para a realização da IUI⁽²³⁾. Os aspectos negativos do ponto de vista psicológico e económico da ICSI são justificados por estes autores pela elevada profilaxia de contaminação.

Outros investigadores argumentam que não há evidência clara de que ICSI é mais segura ou apresenta melhores resultados do que a IUI⁽²⁴⁻²⁵⁾. Além disso a ICSI traz a desvantagem de expor o casal a efeitos laterais deste método, tais como a punção folicular, anestesia, mais stress e ser uma técnica mais dispendiosa. Por outro lado Semprini *et al*⁽²⁶⁾ sugeriram que a ICSI pode interferir e danificar os mecanismos de barreira naturais contra infec-

ções virais do ovócito. Segundo a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) os dados de 2004 não permitem concluir que a ICSI possa reduzir o risco de transmissão, uma vez que as vantagens e desvantagens são baseadas em ideias teóricas (menor exposição ao material infectado *versus* ruptura do oolema)⁽¹⁰⁾.

No futuro poderão ser consideradas outras alternativas, tais como tratar o espermatozóide de modo a destruir o vírus sem danificar os espermatozóides ou fazer a cultura dos embriões até terceiro ou quinto dia, de modo a retirar uma(s) célula(s) e verificar a presença do VIH anteriormente à transferência para o útero.

CONDUTA CLÍNICA

Havendo as condições para se iniciar tratamento, o casal deve ser avaliado por uma equipa multidisciplinar, que inclua um especialista em infertilidade, um especialista em doenças infecto-contagiosas, um biólogo, um obstetra, um pediatra e um psiquiatra^(6,25). Os únicos critérios de exclusão que devem existir são os relacionados com o estado da doença, possibilidade de resistência aos retro-virais, evolução da carga vírica e receptores CD₄.

A avaliação do casal é semelhante à de um casal não infectado que procure ajuda para técnicas PMA. Assim, para além da observação feminina e masculina, é ainda importante a avaliação específica relacionada com o VIH, uma vez que é importante que a lavagem do espermatozóide seja efectuada numa altura em que a carga vírica seja reduzida, tanto no sangue, como no sêmen. É ainda essencial avaliar a existência de problemas psicossociais e emocionais, estruturas de suporte (familiares, amigos, grupos de apoio), situação financeira, assim como efectuar uma abordagem acerca das perspectivas do futuro da família, incluindo possível invalidez ou morte de um ou ambos os membros do casal.

Do aconselhamento inicial deve fazer parte uma informação exhaustiva sobre todas as opções de reprodução

disponíveis, diagnósticos e pré-requisitos dos tratamentos, taxas de sucesso, custos, riscos, listas de espera, assim como as implicações éticas, sociais e jurídicas.

No caso de ser o elemento masculino o infectado com VIH, o casal deve ser esclarecido que a lavagem e rastreio do espermatozóide reduz significativamente o risco, mas não o elimina totalmente, uma vez que o vírus pode estar presente, mas indetectável⁽²⁵⁾. É um risco teórico que não pode ser expresso em percentagem. Por outro lado as mulheres infectadas devem ser informadas sobre o risco de transmissão materno-fetal (2-5%) e de todas as etapas necessárias para a evitar. Em qualquer dos casos, os casais têm de ter conhecimento que as técnicas de PMA não garantem a existência de uma gravidez.

Em muitas situações é necessário discutir o risco de contactos sexuais não protegidos, não só durante o período de tratamento, mas em todas as situações. Nos casos em que não há integração dos serviços psicossociais, é aconselhável a cooperação com organizações na área do aconselhamento da SIDA ou grupos de inter-ajuda.

Como todos os consentimentos, este deve ser particularmente claro, preciso e empático, de modo a haver um consentimento livre e esclarecido. Neste sentido, no consentimento escrito deve obrigatoriamente constar que: (a) a lavagem do espermatozóide e a terapia anti-retroviral ajudam a diminuir o risco de transmissão ao parceiro não infectado e descendência, mas o risco não é nulo; (b) existe a possibilidade de transmissão cruzada de outros vírus, tais como hepatite B, C e G, e citomegalovírus.

Se a mulher engravidar deve haver protocolos de acompanhamento e vigilância anual acerca da situação serológica para o VIH do casal e descendência até aos cinco anos, e depois por períodos de cinco em cinco anos⁽²⁵⁾.

INFECÇÃO POR VIH DE AMBOS OS PARCEIROS

É cada vez maior o número de casais seroconcordantes que procuram apoio para realizar o sonho de ter um

filho. Em alguns centros europeus estes casais também são aceites para técnicas de PMA. Uma opção poderá ser o recurso ao sexo desprotegido, mas mantém-se a possibilidade de transmissão de estirpes virais resistentes aos anti-retrovirais entre parceiros infectados. Estes casais deverão beneficiar do mesmo tipo de aconselhamento e rastreio da fertilidade que os serodiscordantes. O estado de saúde de cada parceiro deverá ser avaliado cuidadosamente pela equipa multidisciplinar.

Dados na literatura revelam que até um terço destes casais, após aconselhamento aprofundado sobre o tema, decide ir contra o seu desejo prévio de paternidade.

RISCOS DE TRANSMISSÃO A TERCEIROS

Devido à aplicação das recomendações sobre o manuseamento de material biológico reprodutivo⁽²⁷⁻²⁸⁾ os riscos de transmissão do VIH para outros pacientes e pessoal técnico são mínimos.

Para reduzir este risco todas as amostras devem ser manuseadas por pessoal devidamente treinado e protegido (bata, máscara, touca, óculos) segundo protocolos de virologia rigorosos. O tratamento do espermatozóide de homens seropositivos deve ser efectuado com separação temporal e espacial do tratamento a efectuar a outros casais, em câmaras de fluxo de alta segurança e centrífugas com tampa⁽²⁹⁾. A fracção final do espermatozóide deve ser criopreservada em tanques de azoto líquido exclusivos para este vírus, que devem ser limpos e esvaziados frequentemente.

PAÍSES QUE OFERECEM PMA

A maior parte dos países europeus que oferecem técnicas de PMA para casais serodiscordantes fazem parte da rede CREATE, fundada em 2001, que tem por objectivo otimizar o tratamento e segurança dos métodos, bem como compilar a maior quantidade de informação numa base de dados. Há esperança que dentro em breve haja um número de casos clínicos suficiente para demonstrar claramente a segurança e fiabilidade da lavagem do espermatozóide. Apesar de tudo, a paridade de acesso entre homens e mu-

Iheres infectados pelo VIH não está garantida em todos os países europeus. As mulheres ou os casais infectados ainda são excluídos dos programas de PMA de alguns centros.

Em Portugal, a Lei n.º 32/2006 de 26 de Julho, no seu artigo 4.º restringe os tratamentos de PMA a casais inférteis, tratamento de doença grave ou casos de possibilidade de transmissão de doença genética, infecciosa ou outra⁽³⁰⁾, o que deixa subentender que os tratamentos são permissivos para a redução do risco de transmissão do VIH.

Por outro lado o seu artigo 10.º, ao regular que apenas se pode recorrer a esperma dador quando há a impossibilidade do casal conceber de outra forma, sugere que casais férteis, embora infectados com VIH, não podem recorrer aos dadores, tendo de recorrer às técnicas de PMA para engravidar.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O tratamento de casais seropositivos pode levantar dilemas éticos aos especialistas em PMA, gerando conflito entre dois princípios éticos, o respeito pela autonomia do casal decidir sobre a sua reprodução e o princípio da beneficência expressado pela preocupação do bem-estar da futura criança. Sem a possibilidade de recurso à PMA, um grande número de casais continuaria a tentar engravidar sem ajuda, apesar de serem fortemente desencorajados pelos clínicos de doenças infecciosas, uma vez que o risco é inaceitável.

Em situações em que uma criança possa nascer com doença grave pode argumentar-se que o casal está a actuar de forma ética ao planear uma gravidez, se tomar todas as precauções possíveis de não transmissão da doença e se está preparado para aceitar e amar a criança, independentemente da sua condição clínica. Do mesmo modo a equipa médica está a actuar de forma ética se tomou todas as precauções para limitar o risco de transmissão para o parceiro não infectado e descendência.

Há hoje o consenso que suporta o argumento da obrigatoriedade de tratar estes casais, com base no aumento da

expectativa e qualidade de vida se receberem cuidados médicos adequados. Além disso não existe literatura com argumentos éticos que defendam o direito a recusar, apesar da ESHRE recomendar a aplicação destas técnicas apenas a casais serodiscordantes, para que pelo menos um progenitor tenha a possibilidade de criar a criança, pelo menos enquanto não houver estudos que comprovem o aumento considerável da expectativa de vida de pacientes sintomáticos com VIH⁽¹⁰⁾.

Na prática a decisão deve ser do casal e da equipa médica que o acompanha. Esta decisão deve ser seguida de consentimento escrito e aconselhamento⁽³¹⁾.

Informação e autonomia

A informação é a chave para atingir a autonomia. A ESHRE recomenda que haja informação do público em geral de aspectos que estão sempre em evolução, tais como os riscos de transmissão, progressão da doença e tratamentos⁽¹⁰⁾. Estes factores são relevantes para a avaliação ética do tratamento destes casais. Por outro lado a informação do público contribui, indirectamente, para a diminuição da propagação da doença.

Responsabilidade

Há várias dimensões de responsabilidade a considerar. O casal tem a obrigação de informar a equipa da sua infecção e tem o direito de exigir o tratamento mais indicado para a sua situação, tanto para cada elemento do casal, como para o bem-estar da futura criança. Os riscos específicos envolvidos nos tratamentos devem ser amplamente explicados e aceites pelo casal. O bem-estar da criança é da responsabilidade conjunta da equipa médica e do casal, e contempla não apenas a componente física, mas também a dimensão psico-social, isto é, o risco de ficar órfã numa idade vulnerável ou de crescer numa família que se vê confrontada com uma doença grave. Há um consenso geral de que a morte de um progenitor é um dos traumas mais devastadores que uma criança pode sofrer.

No caso da infecção por VIH há a considerar dois grupos distintos com di-

ferentes necessidades: casais férteis e inférteis.

A intervenção nos casais férteis dimensiona-se no sentido de evitar a transmissão do parceiro e, indirectamente, da futura criança. Uma vez que estes casais não têm dificuldade em conceber, a contribuição da equipa de PMA direcciona-se na redução do risco de transmissão do VIH, o que já por si é uma obrigação. Neste sentido a ESHRE recomenda a técnica de IUI para casais serodiscordantes⁽¹⁰⁾, de modo a evitar a transmissão ao parceiro por sexo desprotegido. Quando a mulher seropositiva engravidar deve aceitar tratamento com anti-retrovirais, parto por cesariana (se necessário) e proibição do aleitamento.

Nos casais inférteis, a equipa médica ao oferecer tratamento assume uma especial responsabilidade para com a futura criança, que não existiria sem a sua intervenção. Não há nenhuma razão para excluir estes casais das considerações normais aplicadas a todos os casais que procuram ajuda para engravidar. No momento, o risco de transmitir o VIH para a criança não é excessivamente elevado quando comparado com os riscos aceitáveis pela concepção em mulheres acima de uma determinada idade, indivíduos portadores de anomalias cromossómicas, gravidez múltipla e o risco de anomalias congénitas na população em geral.

Confidencialidade e privacidade

Num processo de reprodução assistida devem ser feitos todos os esforços para proteger a privacidade e confidencialidade dos indivíduos/casais envolvidos, de modo a evitar discriminação e injustiças para os seropositivos. A necessidade de quebrar a confidencialidade sobre a seropositividade do parceiro tem de ser aceite pelo casal, sendo a notificação feita preferencialmente pelo próprio⁽³¹⁾. A equipa médica deve discutir com o casal os riscos do sexo desprotegido e todos os aspectos reprodutivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção por VIH pode ser classificada como crónica, tratável, mas não curável. Avanços significativos nas terapias anti-retrovirais e protocolos de re-

dução de transmissão vertical justificam uma ponderação do projecto de um casal infectado ter um filho, o que lhes confirma a fertilidade e capacidade reprodutiva, proporcionando aos pais o sentimento de imortalidade. Com uma expectativa de vida maior ou igual a 20 anos desde o diagnóstico, não parece justificável negar os tratamentos de fertilidade a adultos seropositivos, dos quais 75% têm entre 15 e 44 anos^(16,22).

As técnicas de PMA com lavagem do esperma podem reduzir significativamente o risco de transmissão do VIH, mas este não pode ser considerado nulo.

A infecção por VIH não deve ser por si só um critério de exclusão de acesso às técnicas de PMA, que oferecem o duplo benefício de reduzir o risco de transmissão ao parceiro não infectado e à futura criança, assim como tratar um possível factor de infertilidade. Os indivíduos seropositivos devem usufruir de igual acesso a estas técnicas e ser avaliados usando os mesmos princípios que são aplicados aos seronegativos.

Quando um casal infectado procura ajuda para engravidar, deve ser conduzido para uma unidade de reprodução assistida que esteja preparada para oferecer técnicas de PMA a casais infectados com VIH. Para além de conhecimentos sobre reprodução humana e virologia, constitui elemento essencial de uma destas unidades um laboratório adequadamente equipado e preparado para lidar com gâmetas e embriões possivelmente infectados com HIV, o que ainda não acontece em Portugal.

O casal deve beneficiar de aconselhamento não discriminatório e de informação adequada, inclusive sobre a possibilidade de optarem por outras soluções, como o recurso a gâmetas de dador, adopção ou opção por não ter filhos. Se o casal optar pela PMA, deve ser informado sobre todos os riscos e benefícios destas técnicas. No caso de haver gravidez deve haver *follow-up* do casal e da criança.

Os princípios éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça devem ser considerados a todo o tempo

e a decisão final relativamente às opções reprodutivas deve ser efectuada pelo casal e respeitada pelos profissionais de saúde.

As normas de PMA delegam uma grande responsabilidade na equipa médica sobre a futura criança, devido ao seu papel activo em induzir uma gravidez. Neste sentido, é necessário que seja efectuada uma avaliação cuidada do casal, considerando todos os aspectos para o sucesso da PMA e da saúde da criança. Actualmente parece mais legítimo intervir nas situações mais favoráveis do que deixar estes casais arriscar a concepção espontânea fora dos cuidados de saúde, pelo que é necessário que haja uma avaliação contínua dos resultados e das novas investigações sobre o VIH. Esta medida, coerente do ponto de vista científico, respeita tanto a autonomia do casal infectado com VIH, como os interesses da criança em nascer não infectada.

HUMAN IMMUNODEFICIENCY VÍRUS IN MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION CONTEX: TECHNICAL ASPECTS AND ETHICAL CONSIDERATIONS

ABSTRACT

At the beginning of the AIDS epidemic, because of the poor prognosis of those infected with the disease, couples with an infected HIV partner were discouraged from planning a pregnancy. Nowadays, AIDS remains worldwide a serious condition, even in industrial countries where efficient and innovative treatments are available, HIV infection remains a chronic disease with high morbidity and mortality. Nevertheless as a result of the development of anti-retroviral therapies, life expectation of many seropositive patients, and their quality of life, have improved dramatically during the last ten years. Furthermore, both horizontal and vertical transmission risk have decreased and many couples with an HIV-partner may now consider parenthood. Assisted reproductive techniques can minimize the risk of contamination of the uninfected partner and help couples to conceive.

Key-words: medically assisted reproduction, human immunodeficiency virus (HIV), serodiscordant, seroconcordant

Nascer e Crescer 2006; 15(4): 233-239

BIBLIOGRAFIA

1. UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. Disponível em http://www.unaids.org/en/HIV_data/Epidemiology/epi_slides.asp (09-08-2006).
2. Chaves C, Ramalho MJ, Carrilho P, Araújo T. Sida e mulher. Educação, ciência e tecnologia. Disponível em www.ipv.pt/millenium/Millenium31/8.pdf (30-04-2006).
3. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Human immunodeficiency virus and infertility treatment. *Fertil Steril*. 2002;77:218-222.
4. Yaro S, Meda N, Desgrees Du Lou A, Sombie I, Cartoux M, Tiendrebeogo S *et al*. Impaired fertility in women infected with HIV-1. Implications for sentinel serosurveillance. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2001;49:221-228.
5. Ohl J, Partisani M, Wittemer C, Schmitt MP, Cranz C, Stoll-Keller F *et al*. Assisted reproduction techniques for HIV serodiscordant couples: 18 months of experience. *Hum Reprod*. 2003;18:1244-1249.
6. Martinet V, Manigart Y, Rozenberg S, Becker B, Gerard M, Delvigne A. Ovarian response to stimulation of HIV-positive patients during IVF treatment: a matched, controlled study. *Hum Reprod*. 2006;21:1212-1217.
7. Terriou P, Auquier P, Chabert-Orsini V, Chinchole JM, Cravello L, Giorggetti C *et al*. Outcome of ICSI in HIV-1-infected women. *Hum Reprod*. 2005;20:2838-2843.
8. Brettelle RP, Raab GM, Ross A, Fielding KL, Gore SM, Bird AG. HIV infection in women: immunological markers and the influence of pregnancy. *AIDS*. 1995;9:1177-1184.
9. Saada M, Le Chenadec J, Berrebi A, Bongain A, Delfraissy JF, Mayaux MJ *et al*. Pregnancy and progres-

- sion to AIDS: results of the French prospective cohorts. SEROGEST and SEROCO Study Groups. *AIDS*. 2002;14:2355-2360.
10. ESHRE Ethics and Law Taskforce. Taskforce 8: Ethics of medically assisted fertility treatment for HIV positive men and women. *Hum Reprod*. 2004;19:2454-2456.
 11. Marques de Oliveira N, Rodríguez R. Sida y Hepatitis en Técnicas de Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 2004;21:159-164.
 12. Coll O, Fiore S, Florida M, Giaquinto C, Grosch-Worner I, Guiliano M *et al*. Pregnancy and HIV infection: an european consensus on management. *AIDS*. 2002;16(Suppl.2),S1-S18.
 13. Garrido N, Meseguer M, Remohi J, Simón C, Pellicer A. Semen characteristics in human immunodeficiency virus (HIV)- and hepatitis C (HCV)-seropositive males: predictors of the success of viral removal after sperm washing. *Hum Reprod*. 2005;20:1028-34.
 14. Robbins WA, Witt KL, Haseman JK, Dunson DB, Troiani L, Cohen MS *et al*. Antiretroviral therapy effects on genetic and morphologic end points in lymphocytes and sperm of men with human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis*. 2001;184:127-135.
 15. Dulioust E, Du AL, Costagliola D, Guibert J, Kunstmann JM, Heard I *et al*. Semen alterations in HIV-1 infected men. *Hum Reprod*. 2002;17:2112-2118.
 16. Nicopoullos JD, Almeida PA, Ramsay JW, Gilling-Smith C. The effect of human immunodeficiency virus on sperm parameters and the outcome of intrauterine insemination following sperm washing. *Hum Reprod*. 2004;19:2289-2297.
 17. Gilling-Smith C, Smith JR, Semprini AE. HIV and infertility: time to treat. There's no justification for denying treatment to parents who are HIV positive. *BMJ*. 2001;322:566-567.
 18. Semprini AE, Levy-Setti P, Bozzo M, Raviazza M, Taglioretti A, Sulpizio P *et al*. Insemination of HIV negative women processed semen of VIH positive partners. *Lancet*. 1992;340:1317-1319.
 19. Garrido N, Meseguer M, Bellver J, Remohi J, Simón C, Pellicer A. Report of the results of a 2 year programme of sperm wash and ICSI treatment for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus serodiscordant couple. *Hum Reprod*. 2004;19:2581-2586.
 20. Weigel MM, Gentili M, Beichert M, Friese K, Sonnenberg-Schwan U. Reproductive assistance to HIV-discordant couples – the German approach. *Eur J Med Ser*. 2001;6:259-262.
 21. *AidsPortugal.com*. 2004. O que é a carga viral? Disponível em [http://www.aidsportugal.com/print.php?sid.3291\(03-05-2006\)](http://www.aidsportugal.com/print.php?sid.3291(03-05-2006)).
 22. Mencaglia L, Falcone P, Lentini GM, Consigli S, Pisoni M, Lofiego V *et al*. ICSI for treatment of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus-serodiscordant couples with infected male partner. *Hum Reprod*. 2005;20:2242-6.
 23. Piomboni P, Mencaglia L, Gron E, De Leo V. Reply: Choice of ART programme for serodiscordant couples with an HIV-infected male partner. *Hum Reprod*. 2006;21:1333-1334.
 24. Bujan L, Daudin M, Pasquier C. Choice of ART programme for serodiscordant couples with an HIV infected male partner. *Hum Reprod*. 2006;21:1332-1333; author reply 1333-4.
 25. Baker HWG, Mijch A, Garland S, Crowe S, Dunne M, Edgar D *et al*. Use of assisted reproductive technology to reduce the risk of transmission of HIV in serodiscordant couples wishing to have their own children where the male partner is seropositive with an undetectable viral load. *J Med Ethics*. 2003;29:315-320.
 26. Semprini AE, Vucetich AG, Oneta M, Rezek E, Chelo E, Hall V. Sperm washing and ICSI for men with HIV infection wishing for a child. *Fertil Steril*. 2001;76:S246.
 27. American Fertility Association. Guidelines for human embryology and andrology laboratories. *Fertil Steril*. 1992;58Suppl.
 28. World Human Organization. Laboratory Manual for Examination of Human Semen and Sperm-Cervical Mucus Interaction. Cambridge University Press. Cambridge. 1999.
 29. Gilling-Smith C, Emiliano S, Almeida P, Liesnard C, Englert Y. Laboratory safety during assisted reproduction in patients with blood-borne viruses. *Hum Reprod*. 2005;20:1433-1438.
 30. Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho. Procriação Medicamente Assistida. *Diário da República I Série*, n.º143:5245-5250.
 31. Rojansky N, Schenker JG. Ethical aspects of assisted reproduction in AIDS patients. *J Assist Reprod Genet*. 1995;12:537-42.

Correspondência

Ilda Pires

Rua da Cortinha, 216, 2.º Esq. Frente
4400-101 Vila Nova de Gaia