

RELATÓRIO SOBRE O  
ALARGAMENTO DOS PROGRAMAS  
PÚBLICOS DE ACESSO À PROcriação  
MEDICAMENTE ASSISTIDA E  
PROMOÇÃO DE DOAÇÕES AO BANCO  
PÚBLICO DE GÂMETAS



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



DGS desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

**ÍNDICE**

<b>ACRÓNIMOS .....</b>	<b>2</b>
<b>NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>SECÇÃO I – PROMOÇÃO DA PMA .....</b>	<b>6</b>
1 Enquadramento Legal da PMA.....	6
2 Análise da situação atual - Caracterização do acesso a PMA no SNS .....	9
3 Atividade Assistencial em PMA .....	14
<b>SECÇÃO II - RECOMENDAÇÕES PARA ALARGAMENTO DOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE ACESSO À PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA.....</b>	<b>19</b>
1 Recomendações para a otimização do acesso à PMA .....	19
2 Recomendações para a Promoção do acesso à PMA .....	20
<b>SECÇÃO III – PROMOÇÃO DAS DOAÇÕES E MELHORIA O ACESSO AO BPG .....</b>	<b>25</b>
1 Caracterização do acesso à Doação de Gâmetas .....	25
2 Evolução legislativa e impactos .....	26
3 Impacto.....	26
4 Análise da situação atual .....	27
5 Constrangimentos e dificuldades identificados .....	30
<b>SECÇÃO IV - RECOMENDAÇÕES SOBRE A PROMOÇÃO DE DOAÇÕES AO BPG.....</b>	<b>33</b>
1 Melhorar a capacidade de resposta do BPG e Centros afiliados .....	33
2 Promover as doações .....	33
3 Desenvolver estratégias de comunicação/sensibilização .....	34
4 Acompanhamento das soluções e gestão dinâmica da mudança.....	35
<b>SECÇÃO IVa - RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS EXTRAORDINÁRIAS .....</b>	<b>36</b>
<b>SECÇÃO V- RECOMENDAÇÕES SUPLEMENTARES .....</b>	<b>37</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>41</b>

## ACRÓNIMOS

<b>ACSS</b>	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE
<b>ARS</b>	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
<b>ASEBIR</b>	ASOCIACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN
<b>BPG</b>	BANCO PÚBLICO DE GÂMETAS
<b>CAF</b>	CONSULTA DE APOIO À FERTILIDADE
<b>CHVNGE</b>	CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO
<b>CHUC</b>	CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
<b>CHUCB</b>	CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA
<b>CHULC</b>	CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL
<b>CHULN</b>	CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE
<b>CHUPORTO</b>	CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO
<b>CHUSJ</b>	CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO
<b>CSP</b>	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
<b>CNECV</b>	CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
<b>CNPMA</b>	CONSELHO NACIONAL DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA
<b>DGS</b>	DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
<b>ESHRE</b>	EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY
<b>GT</b>	GRUPO DE TRABALHO
<b>HGO</b>	HOSPITAL GARCIA DE ORTA
<b>HSOG</b>	HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA GUIMARÃES
<b>LE</b>	LISTA DE ESPERA
<b>FIV</b>	FERTILIZAÇÃO IN VITRO
<b>ICSI</b>	MICROINJEÇÃO INTRACITOPASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDE
<b>IIU</b>	INSEMINAÇÃO INTRAUTERINA
<b>OMS</b>	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
<b>PGT</b>	TESTE GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO
<b>PMA</b>	PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA
<b>PMA-D</b>	PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA COM RECURSO A GÂMETAS DOADOS
<b>PNSR</b>	PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA
<b>SNS</b>	SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
<b>SPMR</b>	SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

## NOTA INTRODUTÓRIA

O Despacho n.º 1619-A/2021, de 10 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde determinou a criação de um Grupo de Trabalho (GT) para avaliação do alargamento dos programas públicos de acesso à Procriação Medicamente Assistida (PMA) e à promoção de doações ao Banco Público de Gâmetas (BPG). O presente relatório surge no cumprimento do referido Despacho. A já reconhecida necessidade de aumentar a capacidade de resposta dos serviços públicos foi foco de um amplo debate no grupo de peritos designados no mesmo Despacho (Anexo I - Constituição do GT), com o contributo adicional de um perito Embriologista clínico.

Este documento está organizado em cinco secções distintas,

- Uma primeira referente ao acesso a tratamentos de PMA no SNS, com a caracterização da regulamentação e das condições de acesso à PMA, dos recursos e atividade dos nove Centros públicos afetados;
- Uma segunda secção sobre recomendações para alargamento dos programas públicos de acesso à PMA e estratégias de promoção e melhoria do acesso e de recuperação de listas de espera;
- Uma terceira seção dedicada à importância da doação de gâmetas para a sociedade, caracterização do funcionamento e regulação do BPG e Centros afiliados, impactos da evolução legislativa, caracterização da atividade e dos constrangimentos identificados;
- Uma quarta secção sobre recomendações para a promoção de doações ao BPG;
- Uma quinta e última com recomendações designadas como suplementares, com pontos de consenso de propostas discutidas pelo grupo de trabalho, mas a propor viabilizar apenas no futuro, após um aumento efetivo da capacidade de resposta instalada dos Centros públicos.

Salienta-se a necessidade premente de criação de condições para o aumento da capacidade da resposta atual, que levem a uma diminuição dos tempos de espera para tratamento nos Centros de PMA do SNS, antes de se propor o alargamento do acesso aos mesmos, em termos de número de ciclos ou da idade da mulher.

Tendo por base a evidência técnico-científica disponível, assente nos princípios da dignidade humana e da não discriminação, bem como nos valores de solidariedade e de respeito pela vulnerabilidade e superior interesse das crianças nascidas com recurso a técnicas de PMA, resulta uma caracterização da situação atual e a análise da capacidade de resposta do sistema público.

Não obstante a consideração e análise de diferentes estratégias de promoção e melhoria do acesso à PMA e à promoção de doações ao BPG, destaca-se o consenso alargado da necessidade urgente de um investimento efetivo nos nove Centros do SNS e no BPG como medida mais eficiente para ajustar a resposta do SNS às necessidades em PMA da população.

## AGRADECIMENTOS

A coordenação agradece a todos os membros do Grupo de Trabalho a generosidade, o enorme profissionalismo e a dedicação à tarefa solicitada pelo Despacho n.º 1619-A/2021, de 10 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, da qual resultou o relatório que se apresenta. Enaltece-se a iniciativa e congratula-se a abordagem do grupo assente nos princípios de justiça social associados à promoção da PMA, numa perspetiva de equidade e de serviço público de saúde, com o objetivo de melhorar a resposta do SNS.

## INTRODUÇÃO

O reconhecimento da infertilidade, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma doença e um problema de saúde pública mundial, é mais do que justificado, uma vez que a infertilidade incorpora em si mesma problemas de saúde individual, de direitos humanos e de integração social.

É da responsabilidade do Estado melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade e à subsequente concretização do projeto parental.

Se no ano de 2018, 3,1% (Tabela 1) do total das crianças nascidas em Portugal resultaram de tratamentos de PMA, essa percentagem deverá ser estimulada a crescer nos próximos anos, sem comprometer a saúde e segurança das crianças nascidas, por um lado, devido ao decréscimo sustentado da natalidade observada no nosso país, que tem vindo a condicionar o envelhecimento progressivo da população; por outro lado, pelo aumento desejável e até imperioso do número de tratamentos de PMA a realizar, atendendo às inúmeras solicitações e ao conseqüente agravamento das Listas de Espera (LE), particularmente no setor público. Se atendermos à recomendação da *European Society of Human Reproduction and Embriology* (ESHRE) de 2001 que aponta para a necessidade de 1 500 tratamentos de PMA por milhão de habitantes/ano, em Portugal deveríamos estar a realizar aproximadamente 15 000.

**Tabela 1** - Percentagem de crianças nascidas em Portugal resultantes de tratamentos de PMA, nos sectores público e privado, dados do CNPMA.

% de crianças nascidas de PMA/ total de crianças nascidas no mesmo ano	2014	2015	2016	2017	2018
	2,9%	2,9%	3,0%	2,5%	3,1%

Considerando que o recurso à PMA é, frequentemente, a única forma de concretização do desejo parental, esta deve ser enquadrada como a concretização do direito à saúde, cabendo ao Estado a garantia de acesso a tratamentos e cuidados de saúde de qualidade, compreensivos e atempados à população (Despacho N.º1619-A/2021, de 10 de fevereiro). Por outro lado, o financiamento público da PMA deve ser considerado como investimento público pelo Estado, não só nos efeitos demográficos e sociais associados, como também pelo impacto na saúde mental, na mitigação da infertilidade.

## SECÇÃO I – PROMOÇÃO DA PMA

Da caracterização do acesso a tratamentos de PMA no SNS e da análise do GT sobre a atividade dos nove Centros públicos, recomendam-se diversas estratégias de promoção e melhoria do acesso e de recuperação dos tempos máximos de resposta mais adequados aos casais e às mulheres, numa perspetiva de equidade e de serviço público de saúde.

Não obstante a consideração e análise de diferentes estratégias de promoção e melhoria do acesso à PMA destaca-se o consenso alargado de necessidade urgente de um investimento efetivo nos nove Centros do SNS como medida mais célere e custo onerosa para ajustar a resposta do SNS às necessidades em PMA da população.

O grupo considerou como tempo de resposta aceitável uma resposta que não ultrapasse os 6 meses para tratamentos de PMA com gâmetas homólogos. Nesse sentido, foi estimada a atividade a incrementar e recursos necessários com o objetivo de reduzir os tempos de lista de espera, para tratamentos de PMA de 2ª linha com gâmetas homólogos, a 6 meses, a concretizar em 2 anos, nos nove Centros do SNS.

O investimento necessário tem por objetivo aumentar a capacidade assistencial instalada dos nove Centros existentes através da dotação em recursos humanos, infraestruturas, equipamentos e sistema de informação nacional dedicado e interoperável, para atingir o objetivo proposto.

### 1 Enquadramento Legal da PMA

A execução de técnicas de Procriação Medicamente Assistida e o acesso às mesmas é legalmente enquadrada pela Lei 32 de 2006, que tem sofrido alterações sucessivas (está em vigor a 7ª versão) no sentido de a adaptar à evolução científica, mas sobretudo às modificações dos conceitos sociais referentes aos seus beneficiários, com a publicação do alargamento dos beneficiários das técnicas de PMA em 2017 (Decreto-Lei n.º 17/2016, de 20 de junho).

De acordo com a legislação supra, foi criado o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), entidade reguladora da atividade na área da PMA em Portugal e que faz a monitorização sistemática dos resultados da aplicação das técnicas de PMA, que é funcionalmente dependente da Assembleia da República.

#### 1.1 Financiamento da atividade de PMA

A infertilidade foi considerada como uma área prioritária na política de saúde. Assim, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) foi criado em 2009, pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup>, o Programa Específico para Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade, a desenvolver no SNS com as instituições hospitalares pertencentes à Rede de Referência para Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade. De referir que esta rede carece de uma atualização urgente.

<sup>1</sup> Despacho n.º 14788/2008, 28 de maio e Portaria n.º 154/2009, de 9 de fevereiro de 2009.

O investimento afeto a infraestruturas e equipamentos, para beneficiação dos Centros PMA, em 2009/2010 foi de 8 milhões de euros (Despacho n.º 8986/2009, de 31 de março), o mesmo que se tem verificado anualmente em média até 2020.

O programa PMA decorreu até 2013 como atividade contratada, com financiamento autónomo, de forma complementar aos Contratos-programa estabelecidos com as instituições hospitalares do SNS. Após algum tempo de funcionamento regular, em 2014, a atividade PMA passou a integrar a produção contratada no âmbito dos Contratos-programa. A evolução, nos últimos 5 anos, da atividade assistencial contratada e a realizada no SNS, bem como o seu financiamento podem ser observados nas tabelas abaixo.

**Tabela 2 - Atividade Assistencial Contratada e Realizada – Tratamentos PMA e Gâmetas**

	2015	2016	Var. %	2017	Var. %	2018	Var. %	2019	Var. %	2020	Var. %	2021	Var. %
<b>CONTRATUALIZADO</b>													
<b>Tratamentos PMA</b>													
Consultas de Apoio à Fertilidade	7529	7726	2,6%	7023	-9,1%	7041	0,3%	7111	1,0%	5978	-15,9%	6879	15,1%
Induções da Ovulação	1361	1339	-1,6%	1107	-17,3%	1191	7,6%	1248	4,8%	1030	-17,5%	1187	15,2%
Inseminações Intrauterinas	1326	1338	0,9%	1201	-10,2%	1279	6,5%	1321	3,3%	917	-30,6%	1188	29,6%
<b>Total FIV/ICIS</b>	<b>3146</b>	<b>3195</b>	<b>1,6%</b>	<b>3099</b>	<b>-3,0%</b>	<b>3097</b>	<b>-0,1%</b>	<b>3133</b>	<b>1,2%</b>	<b>2631</b>	<b>-16,0%</b>	<b>3062</b>	<b>16,4%</b>
FIV	1431	1452	1,5%	1538	5,9%	1550	0,8%	1558	0,5%	1392	-10,7%	1533	10,1%
ICSI	1523	1595	4,7%	1416	-11,2%	1401	-1,1%	1438	2,6%	1115	-22,5%	1405	26,0%
ICSI recolha cirúrgica Esperm.	192	148	-22,9%	145	-2,0%	146	0,7%	137	-6,2%	124	-9,5%	124	0,0%
<b>BPG</b>													
Nº de Packs Gâmetas Masculinos				307		168	-45,3%	210	25,0%	210	0,0%	190	-9,5%
Nº de Packs Gâmetas Femininos				32		44	37,5%	40	-9,1%	40	0,0%	34	-15,0%
<b>REALIZADO</b>													
<b>Tratamentos PMA</b>													
Consultas de Apoio à Fertilidade	8127	7051	-13,2%	7480	6,1%	7277	-2,7%	6764	-7,0%	5536	-18,2%	n.d.	n.d.
Induções da Ovulação	1199	1290	7,6%	1138	-11,8%	1217	6,9%	1066	-12,4%	817	-23,4%	n.d.	n.d.
Inseminações Intrauterinas	1368	1324	-3,2%	1191	-10,0%	1282	7,6%	1266	-1,2%	857	-32,3%	n.d.	n.d.
<b>Total FIV/ICIS</b>	<b>3101</b>	<b>3139</b>	<b>1,2%</b>	<b>3067</b>	<b>-2,3%</b>	<b>2967</b>	<b>-3,3%</b>	<b>3062</b>	<b>3,2%</b>	<b>2268</b>	<b>-25,9%</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>
FIV	1361	1481	8,8%	1565	5,7%	1459	-6,8%	1540	5,6%	1175	-23,7%	n.d.	n.d.

Fonte: ACSS, Sica

Nota: A atividade diz respeito a todas as instituições SNS

No sentido de garantir equidade no acesso a técnicas de PMA, foram fixados critérios de acesso a tratamento de PMA no SNS, pelo Ministério da Saúde, baseados em razões de ordem clínica e de custo benefício em Saúde Materna e Infantil (Circular Normativa nº 3/2021/ACSS, ).

No que se refere à atividade de PMA financiada, foram identificados, pela DGS e pela ACSS com a colaboração de um conjunto de peritos, o leque de tratamentos associados a problemas de infertilidade a considerar no programa.

Para cada tratamento PMA foram definidos os atos médicos necessários, bem como, a ponderação média de cada ato por tratamento PMA. Esta combinação de atos/ tratamentos deu origem aos

denominados pacotes de tratamento, que constituem um resultado final em termos de cuidados de saúde e que representam a unidade de contratação.

A valorização dos atos ponderados em cada pacote de tratamento, estabeleceu os preços a praticar. Estes preços tiveram diversas atualizações ao longo do tempo, por alteração da composição dos pacotes de tratamento e/ou dos custos associados e carecem de atualização de acordo com a evolução dos procedimentos técnicos associados.

### 1.1.1 O impacto do alargamento dos beneficiários das técnicas

O alargamento dos beneficiários de técnicas PMA, desde 2017, previsto na Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, em termos do financiamento da atividade, teve tradução, essencialmente, pelo financiamento da atividade associada ao BPG que veio acrescer à atividade PMA. Não se tendo verificado um aumento significativo nem na atividade, nem no financiamento, da PMA (Tabela 2 e 3). O impacto do alargamento dos beneficiários refletiu-se essencialmente no aumento das listas de espera.

**Tabela 3 – Financiamento da Atividade Assistencial Contratada PMA e BPG**

	2015	2016	Var.%	2017	Var.%	2018	Var.%	2019	Var.%	2020	Var.%
<b>PMA</b>	8 365 631	8 446 523	1,0%	8 080 407	-4,3%	8 099 867	0%	8 201 883	1%	7 160 794	-12,2%
<b>BPG</b>				595 309		409 898	-31%	727 948	78%	733 466	1%
<b>Total</b>	8 365 631	8 446 523	1,0%	8 675 716	2,7%	8 509 765	-2%	8 929 831	5%	7 894 260	-11,6%

Fonte: ACSS, SICA

Unidade: euros

### 1.1.2 Impacto do Despacho 10789/2009, de 27 de abril

O Despacho 10789/2009, de 27 de abril, enquadra as referenciações para o sector privado com participação do estado nos tratamentos realizados.

Apenas as ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo, estabeleceram um acordo chapéu com Centros Privados Autorizados pela DGS.

Assim, o impacto deste Despacho quanto a número de casais referenciados para Centros Privados apenas se refletiu em dois Centros da ARSLVT (CHULN e CHULC). O Centro do HGO nunca fez referenciação para o setor privado. No entanto entre 2016 e 2017 fez referenciação para outro Centro público com menor lista de espera e com maior número de profissionais (CHUC).

O facto de apenas uma ARS ter beneficiado do acordo chapéu com Centros Privados gera iniquidades no acesso entre regiões e instituições que devem ser mitigadas, pelo que se recomenda uniformizar os processos de referenciação no SNS.

## 2 Análise da situação atual - Caracterização do acesso a PMA no SNS

No sentido de ser possível caracterizar a situação atual em termos e condições de acesso a tratamentos PMA no SNS, foi solicitada informação aos nove Centros PMA em termos de listas de espera à data de dezembro de 2020, tempos de espera previsíveis e, atividade realizada nos últimos três anos.

A inexistência de um sistema de informação específico para a atividade clínica de PMA evidencia constrangimentos difíceis de ultrapassar e que retiram tempo de atividade clínica imprescindível e importante aos profissionais de saúde altamente especializados que desenvolvem atividade nesta área. Por outro lado, a inexistência de um sistema de informação que permita conhecer o acesso e tempos da LE, a sua caracterização em termos de idade das mulheres, origem das referenciarções (CSP, médico assistente, localização geográfica) e, obviar inscrições duplicadas, limita a capacidade e qualidade de decisão em tempo real e da gestão do acesso.

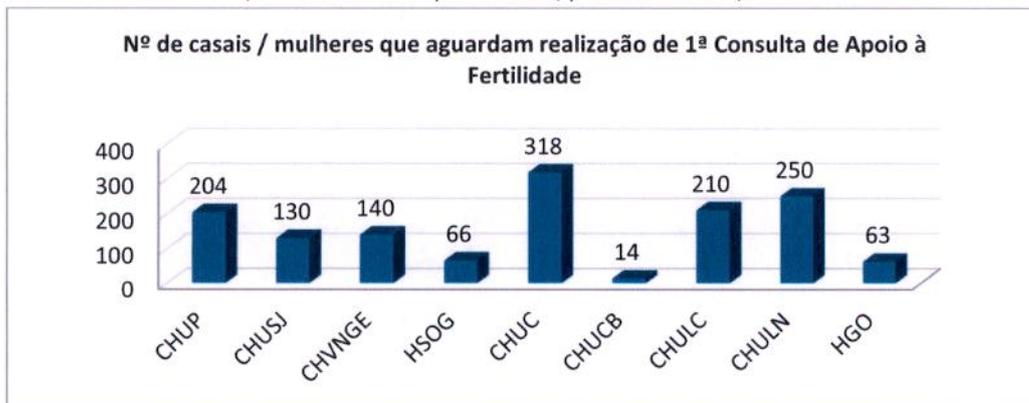
Da compilação desta informação resulta a exposição que a seguir se apresenta.

### 2.1 Acesso a primeira Consulta de Apoio à Fertilidade (CAF)

Foi apurado um valor de 1395 casos em lista de espera nos nove Centros PMA do SNS, à data de dezembro 2020. Haverá ainda que ter em conta a existência de outras instituições hospitalares<sup>2</sup> do SNS que também realizam CAF.

Numa análise por Centro PMA, verifica-se a existência de situações diversas, desde 14 até 318 casos em espera. Deste facto não se pode inferir sobre o nível de acesso uma vez que a lista de espera é apenas uma forma de organização da procura, não traduzindo se o acesso será o adequado e/ou razoável.

**Gráfico 1** - Nº de casais/ mulheres em LE para 1ª CAF, por Centro PMA, em 31 de dezembro de 2020

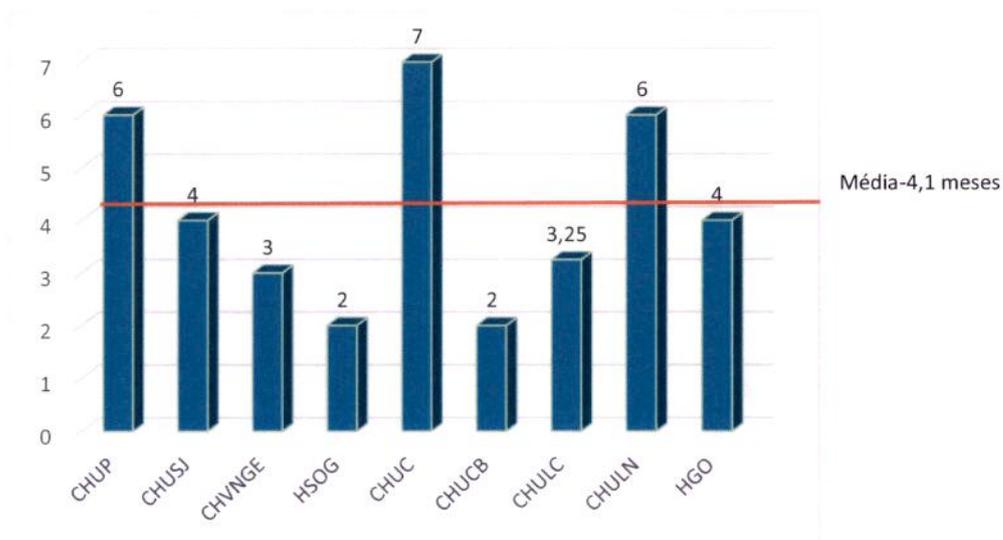


Relativamente ao tempo de espera para 1ª CAF, não tendo sido possível conhecer o tempo de espera dos casais/ mulheres inscritos em lista, foi estimado por cada Centro PMA o tempo de espera

<sup>2</sup> CHUA, CHTV, CHEDV, CHTMAD, ULSM, CHLO, CHO e HDS. De acordo com os dados reportados no Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (Sica), havia 496 casos em lista de espera, nestas instituições, a fim de dezembro 2020.

previsível para pedidos de consulta, à data. A média aritmética dos tempos de espera previstos é de 4,1 meses<sup>3</sup>, conforme valores apresentados no gráfico abaixo.

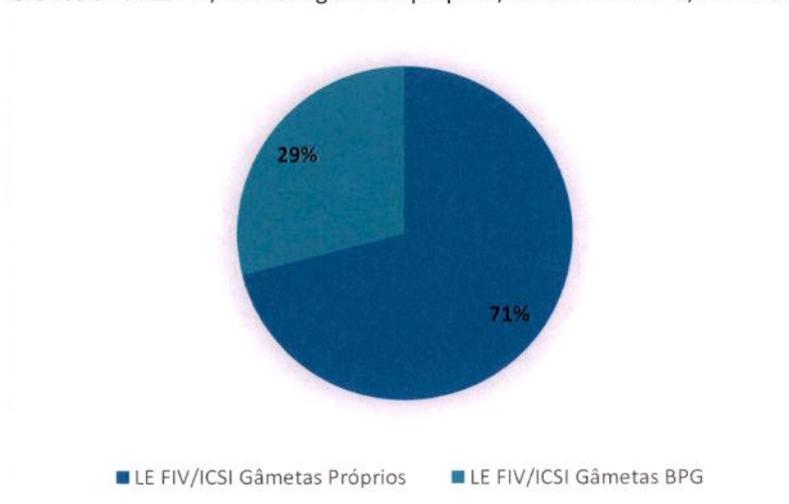
**Gráfico 2** - Tempo de espera previsto entre a data do pedido e a de realização da 1ª CAF, em meses



## 2.2 Acesso a Tratamentos PMA FIV/ICSI

No que diz respeito aos tratamentos FIV/ICSI, no final de dezembro de 2020, existiam 2915 casais/mulheres em lista de espera para o 1º ciclo de tratamento FIV/ICSI, sendo 71% casais em espera com gâmetas próprios e 29% casais/mulheres com necessidade de recurso ao BPG<sup>4</sup>.

**Gráfico 3** - % LE FIV/ICSI com gâmetas próprios/com recurso BPG, em 31 dezembro 2020



<sup>3</sup> Este valor não representará o tempo médio de espera previsto dos casais/mulheres uma vez que atribuí o mesmo peso a cada um dos Centros PMA, não entrando em conta com o número de casos previsível de inscritos em lista.

<sup>4</sup> Assumindo que todos os casos em lista de espera com recurso ao Banco de Gâmetas, dizem respeito a primeiros ciclos.

### 2.2.1 Acesso a Tratamentos PMA FIV/ICSI, com Gâmetas Próprios

Relativamente à análise nos casos de tratamentos PMA FIV/ICSI, com gâmetas próprios, verificou-se existirem no final de 2020, no total dos nove Centros PMA, 2089 casais em espera para primeiro ciclo FIV/ICSI, 421 casais para segundo ciclo e 224 para terceiro ciclo, conforme gráfico abaixo.

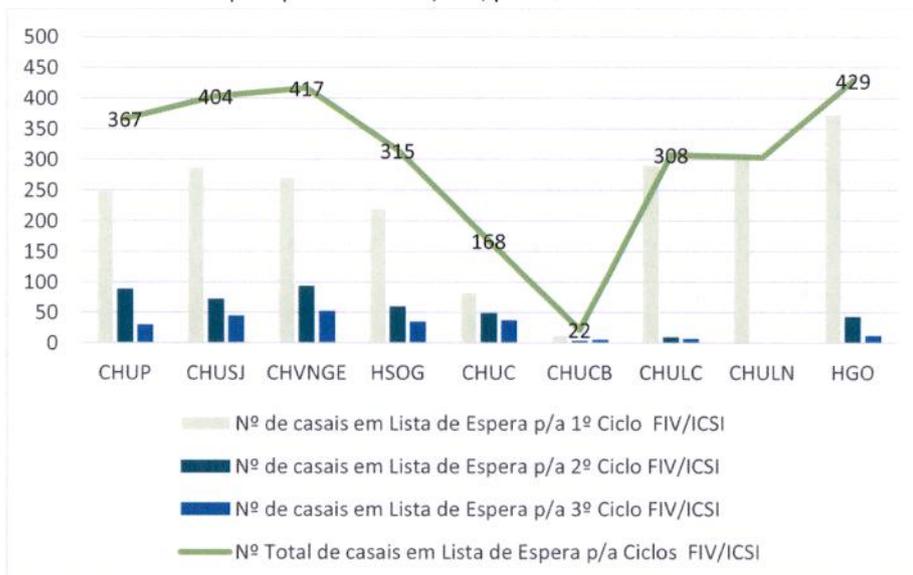
**Gráfico 4 – Número de Casais em Lista de Espera por Ciclos FIV/ICSI**



**Nota:** O CHULN é considerado apenas para LE 1º ciclo FIV/ICSI, uma vez que não apresenta LE quantificadas para 2º e 3º ciclos FIV/ICSI

O comportamento dos vários Centros PMA é relativamente semelhante, com respeito à distribuição dos casais em espera pelos diferentes ciclos de tratamento, apresentando os primeiros ciclos FIV/ICSI uma dimensão preponderante.

**Gráfico 5 - Lista de Espera para Ciclos FIV/ICSI, por Centro PMA**



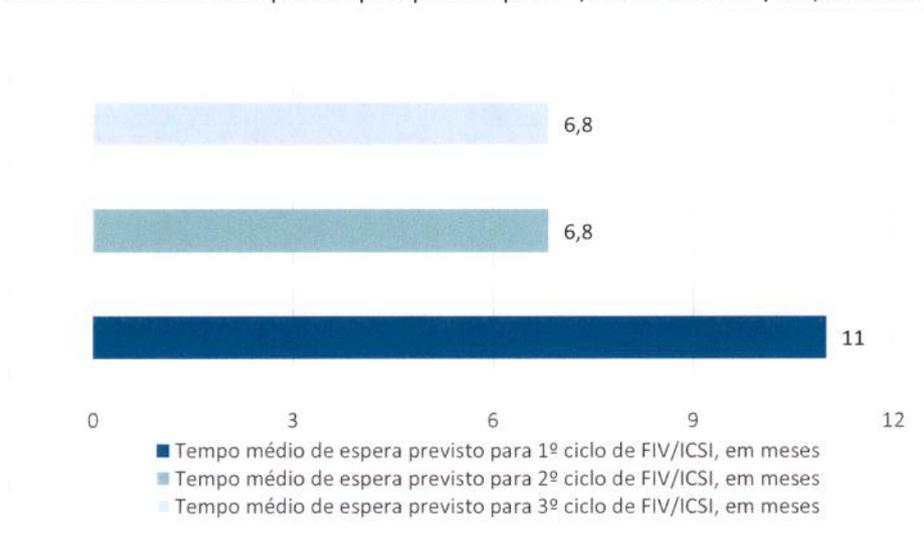
**Nota:** O CHULN é considerado apenas para LE 1º ciclo FIV/ICSI, uma vez que não apresenta LE quantificadas para 2º e 3º ciclos FIV/ICSI

A média dos tempos de espera previstos por cada Centro PMA, para acesso a ciclos de tratamento FIV/ICSI, encontra-se representada no gráfico seguinte, sendo de 11 meses para o primeiro ciclo, e de 6,8 meses para os segundo e terceiro ciclos<sup>5</sup>.

Atentando nos tempos de espera previstos para tratamentos FIV/ICSI, em cada um dos Centros PMA, verifica-se a existência de comportamentos diversos. Constata-se a existência de práticas diferenciadas, entre instituições, na gestão da lista de espera, com impactos relevantes em termos do acesso dos casais a ciclos FIV/ICSI.

Por outro lado, não é possível identificar a associação de uma ou outra prática (gestão global da lista de espera para 1º, 2º e 3º ciclo<sup>6</sup> / gestão diferenciada das listas de espera para 2º e 3º ciclo<sup>7</sup>) a níveis de acesso mais favoráveis.

**Gráfico 6** - Média do tempo de espera previsto para 1º, 2º e 3º Ciclo FIV/ICSI, em meses, Total Centros PMA

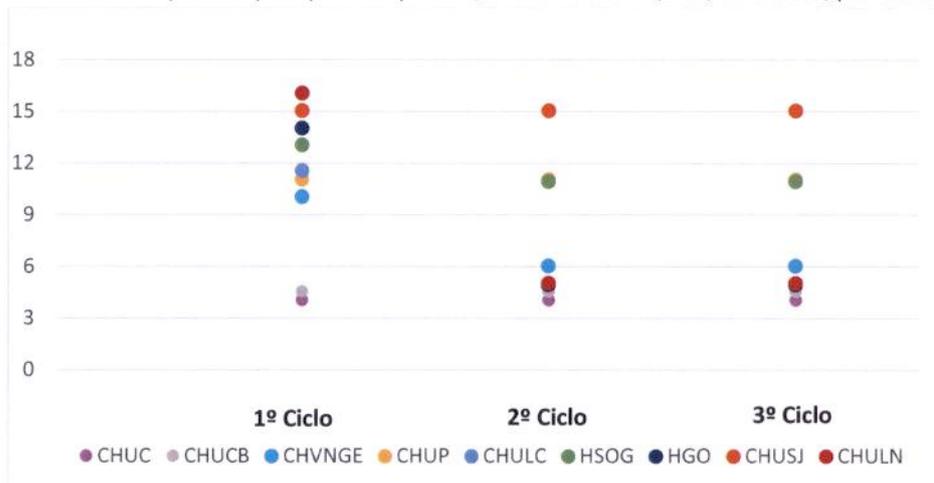


<sup>5</sup> Estes tempos de espera correspondem à média aritmética simples dos tempos previstos por cada Centro, não representando o tempo médio de espera previsto dos casais, uma vez que é dado o mesmo peso a todos os Centros, independentemente do número potencial de casais em espera em cada Centro. Da mesma forma, também não representa a média do tempo de espera dos casais em LE, informação que não se revelou possível obter.

<sup>6</sup> CHUSJ, CHUPorto, HSOG, CHUC e CHUCB

<sup>7</sup> CHVNGE, CHULN, HGO, CHULC

**Gráfico 7** - Tempo de espera previsto para 1º, 2º e 3º Ciclo FIV/ICSI, em meses, por Centro PMA



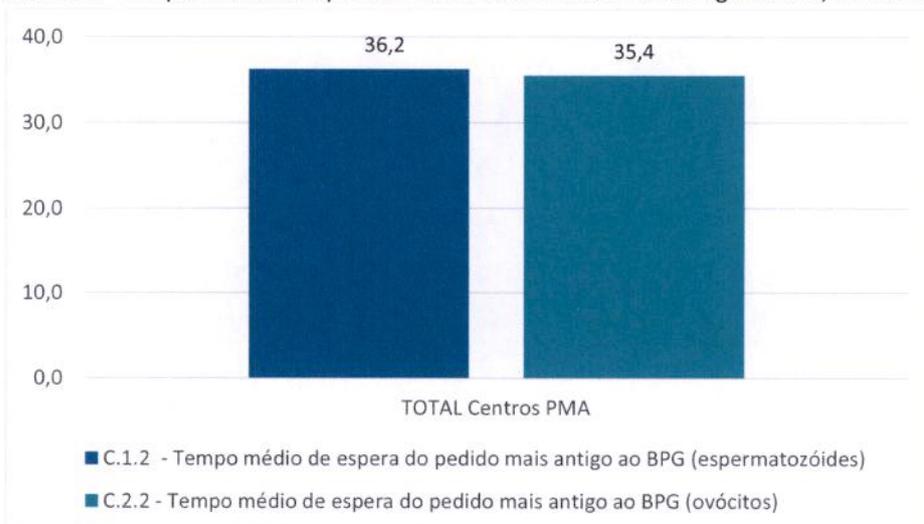
**Nota:** O CHULC apenas apresenta tempo de espera para 1º ciclo FIV/ICSI

### 2.2.2 Acesso a FIV/ICSI com recurso ao Banco Público de Gâmetas

Em termos de tratamentos FIV/ICSI, com recurso ao BPG, verificava-se a existência de um total de 956 casos em lista de espera, no final de 2020. Em espera para gâmetas masculinos 621 casais/mulheres e para gâmetas femininos 335 casais.

Em termos de tempo de espera para tratamentos FIV/ICSI, foi avaliado o pedido de gâmetas com maior tempo de espera, em cada Centro PMA, à data. Os valores médios, são muito aproximados entre gâmetas femininos e masculinos, apesar de representarem um tempo de espera elevado. Assim, a média do tempo de espera dos pedidos mais antigos ao BPG, para gâmetas masculinos, é de 36,2 meses e a média do tempo de espera dos pedidos mais antigos, para gâmetas femininos, é de 35,4 meses.

**Gráfico 8** - Tempo Médio de Espera do Pedido de Gâmetas mais antigo ao BPG, em meses



### 3 Atividade Assistencial em PMA

#### 3.1 Caracterização da atividade de PMA

Segundo dados disponibilizados pelo CNPMA (2014-2018) (Tabela 4), nos tratamentos intraconjugais, o número total de ciclos de FIV/ICSI/TEC teve um aumento progressivo até 2018 (23,6% mais no final dos 5 anos), com a resposta do sector público sem variação nos 3 últimos anos do período em causa, enquanto no sector privado o aumento foi contínuo. Tal significa que a proporção destes tratamentos no SNS, que chegou a ser 49% era 44% em 2018. E, seguramente, se reduziu muito mais no ano de 2020, em que no SNS ocorreu uma redução de 27% do número de tratamentos enquanto no sector privado essa redução foi de 6%.

A técnica mais simples – inseminação artificial – não sofreu alterações relevantes nos 5 anos.

**Tabela 4** – Atividade registada em PMA entre 2014 e 2018, tratamentos intraconjugais, dados do CNPMA

		Tratamentos intraconjugais														
		2014			2015			2016			2017			2018		
		Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS
<b>FIV/ICSI + TEC</b>	Nº de ciclos de tratamento	7125	2858	40,1	7459	3673	49,2	7978	3920	49,1	8388	3828	45,6	8809	3863	43,9
	Nados-vivos resultantes	1831	776	42,4	1763	807	45,8	1876	994	53,0	1849	881	47,6	1730	806	46,6
<b>IA</b>	Nº de IA	2089	1162	55,6	2188	1292	59,0	2101	1293	61,5	2123	1204	56,7	2137	1283	60,0
	Nados-vivos resultantes	234	127	54,3	216	126	58,3	239	124	51,9	207	124	59,9	198	134	67,7

(dados do CNPMA)

**Tabela 5** – Atividade registada em PMA entre 2014 e 2018, tratamentos intraconjugais com PGT

		Ciclos de PGT (a fresco)														
		2014			2015			2016			2017			2018		
		Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS
<b>Tratamentos intraconjugais:</b>																
<b>PGT M/SR (antigo PGD)</b>	Nº de ciclos de tratamento	68	28	41,2	104	49	47,1	97	64	66	117	65	55,6	150	75	50
<b>Tratamentos com gâmetas doados:</b>																
<b>PGT M/SR (antigo PGD)</b>	Nº de ciclos de tratamento	1	0	0	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA	7	0	0

Os registos de ciclos de TEC (pós PGT) não são valorizáveis, por inadequação da plataforma de registo, corrigida nos últimos anos.

(dados do CNPMA)

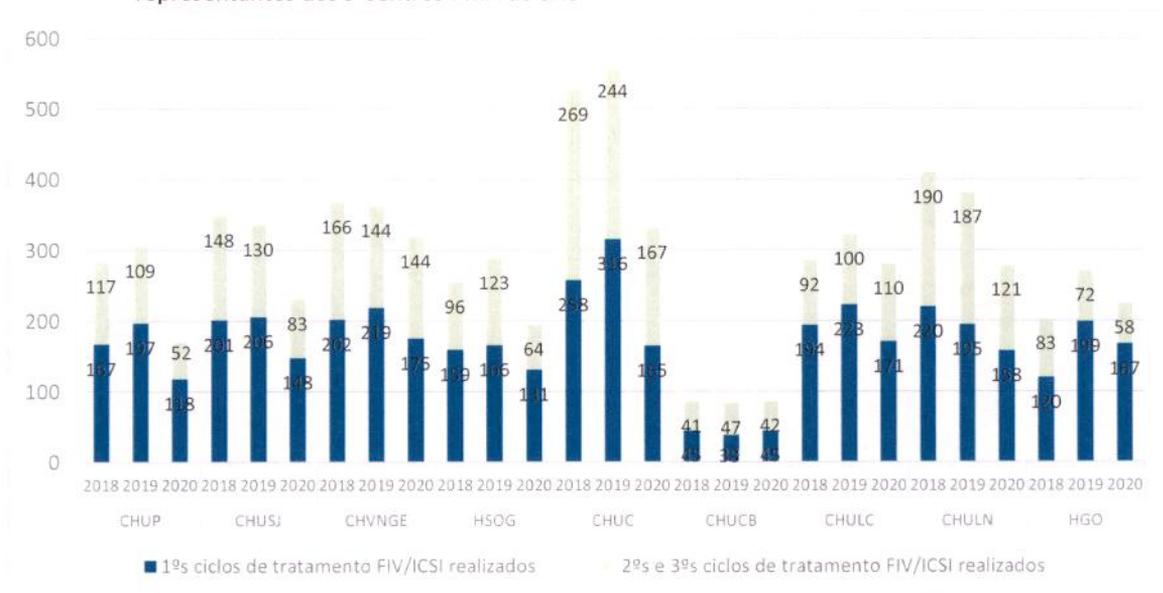
Adicionalmente, os dados disponíveis em relação à prática de teste genético pré-implantação (PGT) (tabela 5) mostram que, embora uma proporção importante seja executada no único Centro público a concretizar esta técnica (CHUSJ), os números absolutos são muito reduzidos, o que se traduz numa lista de espera específica para estes atos de cerca de 2 anos.

No conjunto dos nove Centros PMA, os ciclos FIV/ICSI, registaram uma evolução positiva em 2019, de +5,3%. Em 2020, devido à situação pandémica que levou à suspensão e/ou redução da atividade, observou-se um decréscimo de 27,3%. Não se verificou impacto significativo nos casais/ mulheres a atingir o limite etário uma vez que os Centros de PMA seguiram as orientações atempadas do órgão regulador (CNPMA), às condições extraordinárias 2020/2021 estabelecidas na circular normativa da ACSS nº 4/2021 de 04/03/2021 e à circular informativa conjunta ACSS/DGS nº 7/2021 de 30/03/2021. Para 2021 é esperada uma recuperação da atividade para níveis superiores a 2019, que se prevêem relativamente estáveis em 2022 e 2023, nas condições atuais. Esta projeção de atividade, assumindo que a procura se manterá relativamente constante, será claramente insuficiente para inverter a situação existente em termos de listas e de tempos de espera para tratamentos PMA FIV/ICSI.

**Gráfico 9 - Total de Ciclos FIV/ICSI realizados, por Centro PMA, dados fornecidos pelos representantes dos Centros PMA do SNS**



**Gráfico 10 - 1ºs ciclos FIV/ICSI vs 2ºs e 3ºs Ciclos FIV/ICSI realizados, por Centro PMA, dados fornecidos pelos representantes dos 9 Centros PMA do SNS**



**Gráfico 11** - Total de ciclos FIV/ICSI realizados/ estimados, projeção baseada nos dados fornecidos pelos representantes dos 9 Centros PMA do SNS

## 3.2 Caracterização dos Recursos Humanos Especializados em Medicina da Reprodução

### 3.2.1 Médicos

Estão inscritos na Ordem dos Médicos (OM) 55 médicos subspecialistas em Medicina da Reprodução, subespecialidade atribuída pela OM, sendo que este número não reflete a totalidade dos médicos que trabalham nos vários Centros de PMA dado as equipas integrarem especialistas em Ginecologia-Obstetrícia sem atribuição da subespecialidade.

Destes 55 subspecialistas:

- A distribuição sector privado/público é de aproximadamente 60/40 (33 médicos subspecialistas trabalham em exclusivo em Centros Privados);
- Nos Centros de PMA do SNS 26 médicos (cerca de 55%) têm a subespecialidade em Medicina da Reprodução atribuída pela Ordem dos Médicos;
- 67% têm mais de 55 anos, destes, 25% têm mais de 65 anos;
- Distribuição geográfica: Sul: 45%, Centro: 16%, Norte: 38%.

Na sua atividade hospitalar semanal 42 dos 47 médicos das equipas dos Centros de PMA realizam entre 12-24 horas de serviço de urgência semanal e respetivos descansos compensatórios.

As equipas dos Centros de PMA também têm de assegurar e ser autossuficientes na atividade de Medicina da Reprodução que não apenas tratamentos de PMA.

### 3.2.2 Enfermeiros

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica integra, com o perfil de competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das mesmas (Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

Em Portugal (segundo dados da Ordem dos Enfermeiros), existem 15 enfermeiros com certificação europeia pela ESHRE, sendo que apenas 4 exercem a sua atividade nas Unidades de Medicina de Reprodução do SNS.

### 3.2.3 Embriologistas clínicos

Os Embriologistas clínicos obrigatoriamente fazem parte do organograma dos Centros de PMA e cada vez exercem mais funções para além da sua atividade laboratorial, nomeadamente nos Sistemas de Gestão da Qualidade, cargos de coordenação e/ou direção dos laboratórios cumprindo os requisitos do órgão regulador (CNPMA) cargo que não é reconhecido institucionalmente no SNS, nem acresce de qualquer incremento salarial. Em Portugal não existe uma carreira de embriologia. Na legislação da PMA não há qualquer referência a Embriologistas, apenas a Licenciados. A única Ordem que atribui o título de especialista em embriologia é a Ordem dos Biólogos, título reconhecido na carreira de Técnico Superior de Saúde (TSS) no SNS.

Existem cerca de 90 Embriologistas a trabalhar em Medicina da Reprodução em Portugal: 32 em instituições do SNS e 58 em Centros privados. É de salientar que apenas em Centros privados há a contratação de Técnicos de Laboratório (11 técnicos no total), que desempenham funções que nos Centros do SNS são executadas pelos Embriologistas clínicos.

Dos Embriologistas clínicos com vínculo ao sector público, 62,5% (20/32) já obtiveram certificação pela ESHRE ou pela *Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción* (ASEBIR) e 50% (16/32) têm o título de Especialista em Embriologia/Reprodução Humana, atribuído pela Ordem dos Biólogos em Portugal. No sector privado, 41,3% (24/58) dos Embriologistas clínicos são certificados internacionalmente pela ESHRE/ASEBIR e 22,4% (13/58) têm o título de Especialista em Embriologia/Reprodução Humana.

A disparidade na contratação dos Embriologistas clínicos no SNS é real nos 9 Centros de PMA públicos, havendo contratações diferentes, com remunerações e progressões na carreira diferentes.

**Tabela 6** - Caracterização dos recursos humanos nas Unidades Medicina Reprodução/BPG

	CHUCB	CHUC	CHULC	CHULN	CHUPorto/ BPG	CHUSJ	CH VNGE	HGO	HSOG
<b>N.º Médicos especialistas (total)</b>	3	7	7	5	5	4	6	5	5
<b>N.º Médicos com subespecialidade</b>	1	3	3	3	2	4	5	3	2
<b>N.º Embriologistas clínicos (total)</b>	3	5	4	3	3	6	4	3	3
<b>N.º Embriologistas clínicos com certificação ESHRE</b>	2	4	3	3	1	2	3	0	2
<b>Nº Enfermeiros (total)</b>	1	5	5	3	2	3	2	3	2
<b>Nº Enfermeiros generalistas</b>	0	3	3	1	1	1	2	0	1
<b>Nº Enfermeiros Especialistas</b>	1	2	2	2	1	2	0	3	1
<b>Nº Enfermeiros com Certificação ESHRE</b>	0	2	0	1	0	1	0	0	0

## SECCÃO II - RECOMENDAÇÕES PARA ALARGAMENTO DOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE ACESSO À PROcriação Medicamente Assistida

Do conhecimento extraído, através dos dados disponibilizados pelos Centros de PMA, identificam-se cinco níveis de necessidades.

### 1 Recomendações para a otimização do acesso à PMA

- 1.1 Clarificar critérios de elegibilidade para PMA no SNS, para uma maior uniformidade e equidade no acesso aos Centros de PMA (proposta de emissão de uma Circular Informativa da ACSS/DGS para tornar a leitura dos critérios mais evidente).
- 1.2 Alterar os critérios de referenciação para acesso a CAF no que concerne a passar a estabelecer um limite na idade feminina (Circular Normativa n.º 18/2011 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Tendo por base os resultados publicados no último relatório do CNPMA (CNPMA, 2020), o baixo prognóstico reprodutivo, os tempos de espera longos quer para acesso a CAF, quer para acesso a tratamento de PMA e, os escassos recursos assistenciais disponíveis à data tornam esta alteração uma necessidade para as Unidade de Medicina da Reprodução.
- 1.3 **Implementar um sistema de informação específico para esta área de subespecialidade clínica**, não só no apoio à prática clínica, como também para uma monitorização local, regional e nacional de indicadores assistenciais, de qualidade, de produtividade e de apoio à decisão dos gestores e dos responsáveis pela definição de políticas nesta área. Ao mesmo tempo, esta solução integrada asseguraria a caracterização e a gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA em cada Centro e a nível nacional.
- 1.4 **Estabelecer critérios de justiça uniformes e transparentes em cada Centro PMA**, nos processos de gestão da lista de espera para o acesso dos utentes aos tratamentos FIV/ICSI, respeitando a sua autonomia sempre que aplicável, de forma a não gerar iniquidades. Esta normalização deverá padronizar a referenciação para Centros privados autorizados, nas diferentes Administrações Regionais de Saúde/Centros PMA.
- 1.5 **Reforçar o papel incontornável dos Conselhos de Administração dos Hospitais ou Centros Hospitalares na capacitação e na viabilização do financiamento adequado e atempado dos Centros de PMA**. Recomendar a sua integração e o compromisso com as equipas, para efetivar o financiamento necessário, em infraestruturas, equipamentos laboratoriais, contratação de recursos humanos e na contratualização, em sede de Contrato-programa, da atividade assistencial ajustada às necessidades em saúde da população de referência.

## 2 Recomendações para a Promoção do acesso à PMA

As medidas abaixo propostas têm como objetivo alertar para a necessidade de tratar precocemente a Infertilidade e, para a necessidade premente, de criação de condições para o aumento da capacidade de resposta atual, que levem a uma diminuição dos tempos de espera para tratamento nos Centros de PMA do SNS, antes de se propor o alargamento do acesso aos mesmos, em termos de número de ciclos ou da idade da mulher, mais morosa e dispendiosa.

### 2.1 Promover a literacia da sociedade e formação para os profissionais de saúde dos CSP

Promover campanhas de informação e sensibilização da população, e divulgar informação sobre estratégias para a prevenção da infertilidade e promoção da fertilidade à sociedade. Promover formação específica na área para os prestadores dos cuidados de saúde primários.

### 2.2 Atualizar e otimizar a referenciação dos CSP para os cuidados hospitalares

- Estabelecer os 41 anos e 364 dias de idade da mulher como limite etário máximo para referenciação a CAF;
- Atualizar da Norma 003/2011 da DGS, de 19 de janeiro, sobre a Conduta em Infertilidade para os CSP;
- Promover a formação dos profissionais dos Cuidados Saúde Primários.

### 2.3 Reforçar o investimento nos Centros de PMA

Dotar os Centros PMA dos recursos humanos, equipamentos, instalações e espaços físicos apropriados à atividade desenvolvida e à população a que se destinam.

Numa perspetiva de aumento de atividade em PMA e encurtamento de tempos de espera para tratamentos de PMA de 2ª linha foram feitas projeções do acréscimo de produção necessário para um tempo de espera máxima de 6 meses, a concretizar em 2 anos (Tabela 7) o que se reflete em aumentar em cerca de 1500 o número de ciclos /ano. Foram estimados os recursos necessários em cada um dos nove Centros de PMA do SNS (Anexo II) para conseguir concretizar esta meta e possibilitar a orçamentação de financiamentos.

No presente relatório são afetos apenas os tratamentos de 2ª linha pois para os tratamentos de PMA de 1ª linha intraconjugais (IIU) os Centros, apresentam tempos de espera não significativos.

**Tabela 7** - Estimativa de incremento da produção global dos CPMA com vista a 6M de LE em 2 anos

	Situação Atual		Estimativa atividade para um LE 6 meses em 2 anos	
	Média nº ciclos/ano <sup>(1)</sup>	Tempo de espera (meses) <sup>(2)</sup>	Aumento %	nº ciclos total/ano
CHUCB	86	9	25	108
CHUC	473	8	70	804
CHULC	297	11	40	416
CHULN	357	15	45	518
CHUPorto	288	11	40	403
CHUSJ	305	15	100	610
Ciclos com PGT	74	20	100	148
CHVNG/E	356	10	25	445
HGO	234	12	50	351
HSOG	246	12	50	369

(1) Média dos últimos 3 anos do nº Total de ciclos intraconjugais de 2ª linha realizados por ano em cada CPMA

(2) Tempos de espera fornecidos por cada Centro de acordo com a sua própria metodologia

### 2.3.1 Investimento nos recursos Humanos

É imprescindível dotar os Centros de PMA de recursos humanos adequados em número e especialização em função dos objetivos de atividade de cada Centro. Importa promover que a atividade laboral seja individualizada em dedicação preferencialmente exclusiva nos Centros de PMA. Proporcionar incentivos compensatórios idênticos no país para os Centros de PMA do SNS, e de acordo com a categoria profissional, quando é necessária a disponibilidade dos profissionais para trabalhar em horas extra-horário ou extraordinárias aos fins-de-semana e feriados.

É importante também assegurar, nas equipas multidisciplinares, a presença de profissionais da área da **saúde mental**, nomeadamente **psicólogos**, ajustada às necessidades de cada Centro.

#### a. Investimento na carreira médica especializada/ dedicada à PMA

Credenciar as equipas médicas com dedicação preferencial aos Centros de PMA – com a respetiva atualização de carreira e incentivo salarial compensatório. Habilitar os Centros de Medicina da Reprodução de condições para formação contínua da equipa médica e a sua subespecialização em Medicina da Reprodução.

#### b. Investimento na carreira e formação de enfermagem especializada em PMA

Pela necessidade de um perfil de competências específicas ao qual o enfermeiro do Centro de PMA tem que dar resposta, a aposta na diferenciação e atribuição de atividade exclusiva ao Centro de PMA surge como recomendável.

Investir na formação, especialização e na aquisição de competências na área da Medicina da Reprodução dos enfermeiros dos Centros de PMA.

#### c. Investimento na carreira dos Embriologistas clínicos

A continuidade laboral no setor público deverá ser estimulada através de um investimento na carreira, equidade de funções e na sua formação e especialização.

Sendo a PMA uma área de saúde equivalente a todas as outras propõe-se, para a atividade de embriologista, constar a exigência de profissionais de saúde nos requisitos legais dos Centros de PMA e não apenas de licenciados e atribuição e reconhecimento do estatuto de Embriologista clínico (de acordo com critérios a definir pela Secção de Embriologia da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e Ordem dos Biólogos).

### 2.3.2 Adequar os Equipamentos dos laboratórios de PMA

Os equipamentos devem também ser adequados em número e qualidade em relação à atividade de cada Centro PMA, devendo ser feita a atualização de equipamentos e a aquisição de equipamentos em falta. É fundamental promover uma boa articulação entre o Centro de PMA e os serviços de apoio da instituição (ex. Serviço de Aprovisionamento, Farmácia, Arquivo), de modo a agilizar os requisitos exigidos nesta área em tempo útil, nomeadamente rastreabilidade e confidencialidade.

### 2.3.3 Desenvolver Infraestruturas

#### a. Instalações

Adequar as instalações dos Centros de PMA à atividade atual e necessidades futuras, com a essencial previsão de crescimento. Investir na renovação e/ou no alargamento de instalações/ adequação de novos espaços. Essas instalações devem incluir os espaços de Consulta, de Laboratórios, Salas de Colheita de Gâmetas, Sala de Recobro, Sala de Reuniões e todas as áreas de apoio necessárias.

### 2.3.4 Alargar o acesso aos tratamentos com recurso necessário a PGT

Os ciclos de PGT exigem um grande investimento, laboratorial e de recursos humanos. Existe apenas uma unidade diferenciada nestes tratamentos em Portugal (CHUSJ) integrada na restante atividade do Centro de PMA. Propõe-se que lhe sejam facultadas as condições necessárias para poder duplicar a sua produção nos próximos 2 anos e resolver os tempos de espera para tratamento.

Propõe-se ainda assim, que seja implementada uma segunda unidade para realização de PGT no país, num dos Centros de PMA do SNS, com localização geográfica estrategicamente adequada, e necessariamente num Centro com departamento de Genética Humana.

### 2.3.5 Criar e disponibilizar Sistemas de Informação

Implementar um sistema de informação específico para esta área de subespecialidade clínica, interoperável e que garanta integração com sistemas de informação existentes no SNS e comunicação automatizada com plataformas de informação de âmbito nacional da área, como por exemplo a plataforma do CNPMA. Para além de permitir uma gestão de informação e dados do sector em tempo real, esta medida visa reduzir o tempo dedicado a tarefas administrativas e rentabilizar a atividade clínica dos profissionais de saúde.

## 2.4 Redimensionar o financiamento

### a) Revisão e atualização da Portaria n.º 254/ 2018, de 7 de setembro

No que se refere à atividade de PMA financiada no SNS, o grupo de trabalho propõe uma reavaliação da composição e atos contemplados na tabela de medicina da reprodução (Portaria n.º 254/ 2018, de 7 de setembro) de acordo com o estado da arte e as melhores práticas.

### b) Atualizar a composição dos pacotes de tratamento de PMA

De acordo com a evolução da prática clínica, e da capacidade de apetrechamento dos Centros de PMA do SNS em recursos humanos, instalações e equipamentos, recomendamos a atualização da composição dos pacotes de tratamento considerados como linhas de atividade financiadas nos Contratos-programa (nomeadamente quanto a transferência de embriões congelados, vitrificação de ovócitos na preservação do potencial reprodutivo, tratamentos de FIV/ ICSI com recurso a gâmetas de dador, tratamentos de FIV/ICSI com PGT, tratamentos de FIV/ICSI em portadores de vírus). Um trabalho que o grupo propõe vir a ser desenvolvido posteriormente, no âmbito de trabalho conjunto entre a ACSS, DGS e grupo de peritos clínicos PMA.

## 2.5 Aumentar o número de tratamentos de PMA

Tendo por fundamento base a realização dos tratamentos no SNS, mas priorizando a equidade no direito de acesso dos utentes, propõe-se otimizar e alargar o recurso a um sistema de acesso mais atempado, a tratamentos de PMA com gâmetas homólogos, de acordo com os critérios estabelecidos em despacho (Despacho nº 10789/2009, de 27 de abril) para tempos de espera que atinjam os 12 meses.

### a. Subcontratação de terceiros

Implementar nas Unidade Hospitalares a possibilidade de subcontratação de terceiros, através do recurso à subcontratação, pelo sector público, de Centros com capacidade de resposta, de acordo com o previsto na cláusula 34ª dos Contratos-programa das EPE.

**b. Programas de recuperação da atividade de PMA**

Implementar programas de recuperação de listas de espera, nos Centros públicos que disponham de capacidade para realizar atividade adicional, quer em termos clínicos, quer laboratoriais (que à data do presente relatório se revelam inexistentes).

**c. Possibilitar a Referenciação a outros Centros de PMA**

Possibilitar a referenciação a Centros do sector privado de acordo com o previsto na lei em vigor (artigo 15º do Decreto Regulamentar n.º 5/2008, de 11 de fevereiro e Despacho nº 10789/2009, de 27 de abril) (assegurar que as ARS, com Centros de PMA, estabelecem acordos com Centros privados).

Alargar o âmbito da Portaria, que rege os tratamentos ao abrigo da referenciação, também aos tratamentos de PMA em portadores de vírus, nos termos da legislação em vigor.

## SECÇÃO III – PROMOÇÃO DAS DOAÇÕES E MELHORIA DO ACESSO AO BPG

Da caracterização da atividade atual do BPG e Centros afiliados e da análise do GT sobre os constrangimentos identificados foram delineadas diversas estratégias para promoção das doações no sector público.

Não obstante a consideração e análise de diferentes estratégias de promoção das doações destaca-se o consenso sobre a recomendação de investimento efetivo no BPG e Centros afiliados para adequar a resposta do SNS às necessidades em PMA da população. O investimento tem por objetivo aumentar a capacidade assistencial instalada do BPG e Centros afiliados através da dotação em recursos humanos, infraestruturas, equipamentos e sistema de informação nacional dedicado e interoperável, necessários para atingir o objetivo proposto. Não é previsível uma capacidade de resposta adequada a curto prazo, prevendo-se a capacitação do BPG e Centros afiliados em 2 anos, assim que os recursos necessários, expostos neste relatório, sejam efetivados. Paralelamente foi fortemente recomendada a promoção do BPG e Centros afiliados junto da população, com o objetivo de captar potenciais dadores/as sensibilizando-os para o valor da dádiva altruísta e desinteressada ao Banco Público.

### 1 Caracterização do acesso à Doação de Gâmetas

#### 1.1 Banco Público de Gâmetas e Centros afiliados

O Banco Público de Gâmetas (BPG) é a entidade responsável pelo recrutamento e seleção de dadores de células reprodutivas femininas e masculinas disponibilizadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e tem por missão garantir o acesso adequado aos beneficiários de Procriação Medicamente Assistida (PMA) com recurso a gâmetas de dadores/as terceiros/as.

A recolha e preservação dos gâmetas doados é atualmente atribuída ao BPG localizado no Centro Hospitalar Universitário do Porto - CHU Porto e aos dois Centros da rede nacional de Centros Públicos de PMA afiliados ao BPG desde 2017 (despacho 679/2017, de 11 de janeiro):

- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC (desde 2017);
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – CHULC (desde 2017).

#### 1.2 Dadores e procedimentos

A doação de gâmetas é um processo voluntário, cujo processo de recrutamento e seleção, aceitação do candidato a dador e demais atos médicos, realizados por uma equipa multidisciplinar e a que é necessário dar suporte técnico e administrativo.

Atendendo ao carácter solidário e altruísta da doação, os dadores a título de compensação, são proporcionalmente ressarcidos pelas despesas efetuadas ou por prejuízos direta e imediatamente resultantes das suas dídivas, calculado com referência ao valor do Indexante de Apoios Sociais (IAS). O modelo de compensação, previsto na lei, não constituiu, até ao momento, qualquer constrangimento de viabilização das dídivas, nomeadamente no que diz respeito aos dadores masculinos que recorreram ao BPG, que em todas as situações cumpriram com as análises pós quarentena necessárias para a viabilidade das doações.

## 2 Evolução legislativa e impactos

Desde a entrada em vigor da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, a evolução do entendimento social das relações familiares, da procriação e da Parentalidade deu lugar a novas leituras relativamente às opções proporcionadas pelas técnicas de PMA. No que ao BPG diz respeito, a redefinição do universo de beneficiários e a quebra do regime de confidencialidade dos dadores influíram diretamente na procura dos serviços e na oferta disponível.

### 2.1 Alargamento do âmbito de acesso às técnicas (2016/2017)

Em 2016, a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, visou o alargamento do âmbito dos beneficiários das técnicas de PMA, estendendo-se assim as condições de admissibilidade para além do paradigma terapêutico.

Também o Decreto Regulamentar n.º 6/2016, de 29 de dezembro, veio estipular o princípio de igualdade no acesso às técnicas de PMA e no seu capítulo II, artigo 7.º, a uniformidade dos tempos de espera.

### 2.2 Alterações ao regime do anonimato dos dadores (2018)

Em resposta ao requerimento de um grupo de Deputados à Assembleia da República, em 2018 o Tribunal Constitucional (TC) declarou a inconstitucionalidade, com força obrigatória legal, das normas constantes do n.º 1 e do n.º 4 do artigo 15.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho – regra da confidencialidade do dador.

Em 2019, o regime de confidencialidade nas técnicas de PMA foi revisto em sede legislativa, garantindo-se em norma transitória o anonimato das doações efetuadas até à data da publicação do Acórdão, salvo indicação expressa do dador.

## 3 Impacto

As alterações verificadas ao regime da PMA no que concerne ao universo dos beneficiários tiveram um impacto assinalável sobre a procura relativamente ao BPG e colocaram uma maior pressão sobre os serviços, decorrente do aumento significativo do número de utentes em lista de espera.

No que diz respeito ao regime do anonimato, mais do que uma redução significativa do número de dadores, verificou-se uma diminuição da respetiva média de idade, em especial nos candidatos do sexo masculino.

### 3.1 Impacto da criação da rede nacional de Centros públicos de PMA afiliados ao BPG em 2017

Até 2020 apenas o CHUPorto e o CHUC contratualizaram e realizaram produção para disponibilização de gâmetas ao Banco Público. O CHULC esteve em processo de qualificação das instalações até janeiro de 2018, seguindo-se período de falta de equipamentos e recursos humanos. Assim, até ao presente, os gâmetas disponibilizados ao BPG ainda se encontram consideravelmente aquém das necessidades dos Centros de PMA.

**Tabela 8** - Disponibilização de gâmetas ao Banco Público

**Tabela 8.1** – Gâmetas masculinos

Nº packs gâmetas masculinos disponibilizados ao BPG								
	Contratualização				Acompanhamento			
	dez17	dez18	dez19	dez20	dez17	dez18	dez19	dez20
<b>CHUC</b>	7	60	70	70	1	59	74	
<b>CHUPorto</b>	300	108	140	140	133	108	135	23
<b>CHULC</b>								

Fonte: ACSS, SICA

**Tabela 8.2** – Gâmetas femininos

Nº packs gâmetas femininos disponibilizados ao BPG								
	Contratualização				Acompanhamento			
	dez17	dez18	dez19	dez20	dez17	dez18	dez19	dez20
<b>CHUC</b>	2	10	12	12	2	2	15	2
<b>CHUPorto</b>	30	34	28	28	22	34	24	8
<b>CHULC</b>								

Fonte: ACSS, SICA

## 4 Análise da situação atual - Caracterização do acesso a PMA com recurso a gâmetas de dadores terceiros

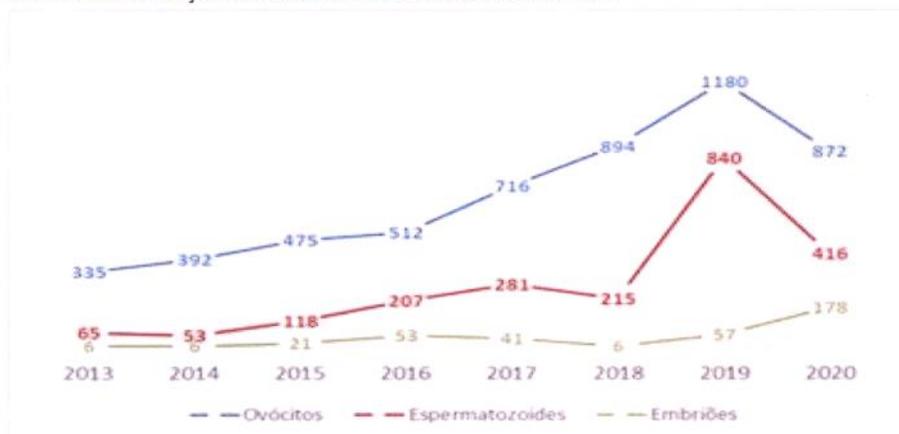
Dos dados constantes dos registos do CNPMA (2014-2018), nos tratamentos com recurso a gâmetas doados, a situação é substancialmente diferente da do acesso à PMA em geral:

O número total de ciclos de FIV/ICSI/TEC teve um incremento de 233% no período em análise, sendo o grande aumento nacional a partir de 2017 (ano do alargamento dos beneficiários a mulheres sem parceiro). Esse aumento foi essencialmente no sector privado, com o SNS a ter uma percentagem sempre inferior a 9%, com descida para valores de 5% e 2% nos últimos 2 anos do intervalo considerado.

**Tabela 9** – Atividade registada em PMA entre 2014 e 2018, tratamentos com recurso a dadores terceiros (dados do CNPMA)

		Tratamentos com recurso a gâmetas de dadores terceiros														
		2014			2015			2016			2017			2018		
		Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS	Total	SNS	% no SNS
FIV/ICSI + TEC	Nº de ciclos de tratamento	753	63	8,4	112	68	6,1	133	91	6,8	191	97	5,1	250	53	2,1
	Nados-vivos resultantes	317	24	7,6	442	26	5,9	467	20	4,3	609	33	5,4	685	18	2,6
IA	Nº de inseminações	199	49	24,6	236	53	22,5	185	38	20,5	405	24	5,9	426	10	2,3
	Nados-vivos resultantes	40	10	25,0	56	15	26,8	45	11	24,4	83	4	4,8	81	1	1,2

Segundo dados fornecidos pelo CNPMA, a evolução do número de dádivas a nível nacional e a sua caracterização podem ser observadas com mais detalhe nos gráficos seguintes.

**Gráfico 12**- Evolução do número de dádivas e 2013 a 2020

(dados disponibilizados pelo CNPMA no âmbito deste relatório)

Apesar da recente alteração do paradigma relativo ao anonimato dos dadores de gâmetas (pelo Acórdão do Tribunal Constitucional nº 225/2018) verificou-se uma tendência positiva de crescimento do número de dádivas entre 2013 e 2019, existindo um decréscimo em 2020 que eventualmente será reflexo do impacto da pandemia por COVID-19. Este crescimento parece evidenciar um aumento da sensibilização e disponibilidade da sociedade para a doação de gâmetas.

**Gráfico 13** – Evolução do nº de dádvas por setor de atividade

(dados disponibilizados pelo CNPMA no âmbito deste relatório)

Em termos de distribuição do número de dádvas por setor de atividade, a expressão do registo de doações de gâmetas é bastante distinta, sendo que os constrangimentos identificados no setor público são alvo de ampla reflexão e de análise neste relatório.

Apesar de não existir uma tendência clara em termos de evolução e, de se verificarem algumas oscilações nos últimos 3 anos, os valores observados estão muito longe das necessidades identificadas.

**Tabela 10** – Evolução das dádvas de gâmetas**Tabela 10.1** – Evolução das dádvas masculinas

Dadores Masculinos	2018	2019	2020
Nº de dadores de espermatozoides que concretizaram dádvas	4	3	5
Nº de amostras (conjunto de 2 palhetas) de espermatozoides crio preservadas	83	84	131

(dados fornecidos BPG)

**Tabela 10.2** – Evolução das dádvas femininas

Dadoras Femininas	2018	2019	2020
Nº de dadoras de ovócitos que concretizaram dádvas	41	17	17
Nº de doações de ovócitos que resultaram em criopreservação de ovócitos	76	26	42

(dados fornecidos BPG)

## 5 Constrangimentos e dificuldades identificados

### 5.1 Constrangimentos e dificuldades Internas

As dificuldades do BPG e Centros afiliados prendem-se, desde logo, com a carência de recursos humanos, equipamento laboratorial, plataformas informáticas e comunicação, quer relativamente aos contactos já existentes, quer relativamente à necessidade de aumento da capacidade instalada para novas doações e para responder atempadamente ao número crescente de candidatos a beneficiários.

#### 5.1.1 Recursos Humanos

No Centro PMA-CHUPorto/ BPG existem necessidades urgentes na área médica (carência de um médico), enfermagem (carência de um enfermeiro), embriologia (carência de um embriologista) e técnico superior (carência de um técnico com funções administrativas, inexistente no BPG). Esta carência de profissionais acarreta a sobre alocação das equipas existentes e a falta do acompanhamento administrativo, de elevado grau de complexidade e responsabilidade, desviando os profissionais (clínicos) das suas tarefas essenciais.

Por seu turno, o Centro afiliado do BPG/CPMA de Coimbra (CHUC) necessitará de reforçar a equipa atual (pelo menos mais um médico) no sentido de aumentar a capacidade de resposta e conseguir atingir o patamar máximo de espera de 12 meses.

#### 5.1.2 Equipamentos

Foram detetadas faltas de equipamento laboratorial, nomeadamente a necessidade urgente de aquisição de uma câmara de fluxo laminar como *workstation* para PMA para funções no BPG, dado que o laboratório de embriologia apenas dispõe de uma unidade, o que é manifestamente insuficiente.

#### 5.1.3 Arquitetura informática

Assinala-se a falta de uma plataforma informática de ligação entre os vários Centros Públicos de PMA e o BPG (solução a pensar de forma integrada e interoperável), o que obsta a uma interação mais rápida entre as equipas e obriga à duplicação de tarefas que de outra forma poderiam ser gerados uma só vez e alimentar uma base centralizada. Por outro lado, não existe um sítio de Internet que funcione como *interface* entre dadores/as, potenciais e efetivos, casais e o BPG/ Centros afiliados, permitindo a inscrição *on-line* de candidatos/os, a referenciação dos beneficiários de PMA ou a consulta de listas de espera. Atualmente, todas as comunicações iniciais são feitas por contactos de *e-mail* ou por telefone, sujeitos à disponibilidade de resposta das equipas em horas fora de consultas e atos médicos.

#### 5.1.4 Visibilidade

Torna-se necessária a aposta em estratégias nacionais que dêem a conhecer o BPG e que sensibilizem os potenciais dadores para o valor da dádiva altruísta e desinteressada ao Banco Público. No caso do CHULC, encontrando-se já dimensionados os meios e a equipa, a par da divulgação nacional torna-se necessário promover ações localizadas, tendo como público-alvo os segmentos da população onde possam ser recrutados e selecionados potenciais candidatos/as.

## 5.2 Constrangimentos e dificuldades Externas

### 5.2.1 Insuficiência de dadores face à procura

As dificuldades maiores resultam do número insuficiente de dadores de gâmetas no SNS, situação que se verifica desde a abertura do Banco. O tempo da lista de espera para gâmetas femininos foi sempre superior a um ano; o de gâmetas masculinos tem vindo a sofrer desde 2017 um aumento assinalável, sendo o número de casos em espera em 2020 seis vezes superior ao número casos a que é dada resposta nos Centros públicos de PMA. Atualmente, o tempo de espera para gâmetas, femininos e masculinos, ronda os três anos.

**Gráfico 14** - Evolução do número de casos em lista de espera, por gâmetas, face ao número de *packs* de gâmetas enviados para os Centros públicos de PMA, entre 2017 e 2020



(dados fornecidos BPG)

### 5.2.2 Atividade dos Centros afiliados

Para colmatar a insuficiência na resposta do sector público, prevista face à inclusão de novos beneficiários, a ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP determinou, em janeiro de 2017, a criação dos dois Centros afiliados do Banco Público de Gâmetas, situados respetivamente em Lisboa e Coimbra (Despacho nº 679/2017, de 11 de janeiro).

No entanto, o Centro afiliado de Lisboa não iniciou até à data funções completas, apenas consultas de recrutamento de dadores, não tendo o BPG recebido gâmetas provenientes deste Centro. Já o Centro afiliado de Coimbra iniciou a sua atividade de recrutamento no final de 2017, tendo as dâdivas sido mais relevantes apenas a partir de 2018.

## SECÇÃO IV - RECOMENDAÇÕES SOBRE A PROMOÇÃO DE DOAÇÕES AO BPG

### 1 Melhorar a capacidade de resposta do BPG e Centros afiliados

**1.1 Autonomizar o BPG** na organização do CHUPorto, dentro do Departamento da Mulher da Medicina Reprodutiva.

**1.2 Dimensionar as equipas no BPG e Centros afiliados**, de acordo com as necessidades já indicadas, para cumprir o imperativo de resposta atempada aos casos existentes, bem como para aumentar a capacidade de atendimento das dádivas que se pretende estimular e do aumento de novos casos. Alocar, de acordo com as necessidades concretas, mais profissionais de saúde especializados às consultas e atos médicos; proporcionar o apoio de um técnico dedicado às tarefas administrativas, numerosas e de elevada complexidade.

**1.2 Proporcionar ao BPG e aos Centros afiliados os equipamentos necessários para responder às necessidades presentes** (fase 1) e para suportar o aumento da capacidade de resposta no futuro (fase 2), conforme proposta concreta com especificidades técnicas e necessidades de orçamentação, a anexar.

**1.3 Aperfeiçoar uma solução informática para a comunicação entre o BPG e os Centros de PMA.** Este programa poderia também permitir aos Centros de PMA avaliar a posição dos seus beneficiários na lista de espera. Acresce que a dificuldade de centralização de informação seria solucionada com a ligação à plataforma do BPG, a “B-Donor”. Torna-se de facto necessário atender a estes custos, sob pena de comprometer a eficiência de todo o processo. Sugestão de desenvolvimento pela ACSS/SPMS

**1.4 Dotar os Centros afiliados e o BPG de uma solução informática uniforme ou aumentar a interoperabilidade das soluções já existentes**, facilitando a exportação automatizada de dados e simplificando o reporte ao CNPMA.

### 2 Promover as doações

Criar um sistema de informação que possibilite a interface de ligação – *website*, *app* – do BPG e Centros afiliados com os candidatos e um formulário de contacto simples, com notificações automáticas, para candidaturas ou esclarecimento de questões e que permita diminuir os tempos de resposta aos contactos, os tempos de agendamento e de espera para as consultas.

Adequar os horários de atendimento à disponibilidade e expectativas dos/as candidatos/as e dadores/as, com possibilidade de flexibilidade para consultas e horários de atendimento mais alargados.

## 2.1 Na resposta efetiva

Assegurar mecanismos de gestão flexível ao BPG e cada um dos Centros afiliados, atendendo às realidades concretas e permitindo-lhes diagnosticar mais rapidamente as necessidades de doação e adequar os recursos disponíveis aos casos em espera.

Dotar as equipas com os recursos necessários para aumentar o número de consultas e de atendimentos.

Equipar os Centros para a possibilidade de realizar teleconsultas/ consultas não presenciais quando possível e adequado.

Investir em infraestruturas, para a melhoria da acessibilidade e dos espaços de trabalho e de espera.

Instituir um método rápido e seguro de transferência das compensações aos/às dadores/as – cartão pré-carregado - com cumprimento dos princípios da contabilidade pública.

## 3 Desenvolver estratégias de comunicação/sensibilização

Tendo sido considerado relevante divulgar o BPG e estimular a participação de novos/as dadores/as, após efetivação da capacidade de resposta, mas reconhecendo que os Centros afiliados estão em diferentes fases de organização e de resposta, sugere-se:

### 3.1 Publicidade institucional

Realizar uma campanha nacional de divulgação do BPG, focada essencialmente na sua natureza, missão e objetivos, promovendo o valor da dádiva, integrada num sistema público numa ótica de solidariedade e partilha, sensibilizando a sociedade para a sua relevância em termos de justiça social.

### 3.2 Campanhas regionais/periódicas focadas na doação ao Banco Público

A realizar pelos Centros afiliados, em resposta a uma projeção de necessidades específicas de cada um. Tais campanhas poderão ser realizadas através das redes sociais ou outras plataformas dirigidas aos segmentos-alvo, bem como realizadas em parceria com outras entidades da sociedade civil – v.g. a Associação Portuguesa de Fertilidade ou a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução.

Como parte da estratégia de comunicação do BPG, torna-se ainda necessário mostrar à sociedade o importante papel desempenhado pelo BPG no que respeita aos tratamentos de PMA com recurso à doação de gâmetas transmitindo a imagem de credibilidade e segurança de um sistema público.

#### 4 Acompanhamento das soluções e gestão dinâmica da mudança

Rever e avaliar periodicamente as condições de resposta do BPG e Centros afiliados, adequando a oferta disponível à procura, nomeadamente pelo reforço das equipas, de forma a garantir que o tempo máximo de espera dos beneficiários nunca seja superior a um ano (benchmarking).

Promover inquéritos e estimular sugestões junto dos dadores/as e beneficiários, para que as respostas sejam sempre adequadas às expectativas dos utentes.

Elaborar planos bianuais da atividade, com previsão de necessidades, capacidade de resposta e orçamentação plurianual, em articulação com as avaliações semestrais para efeitos de verificação de qualidade.

**SECÇÃO IVa - RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS EXTRAORDINÁRIAS,  
TRANSITÓRIAS E LIMITADAS AO PERÍODO PREVISÍVEL DE 2 ANOS DE  
AJUSTAMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO BPG  
(após garantido o investimento necessário e proposto neste documento)**

Tendo por fundamento base a realização dos tratamentos no SNS, mas priorizando a equidade no direito de acesso dos utentes (Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril), propõe-se:

- **A aquisição direta**, pelos Centros PMA, pelo BGP ou Centros afiliados, **de gâmetas doados** ao sector privado, para garantir resposta a tratamentos de PMA com recurso a gâmetas de dadores terceiros, **nas situações de lista que ultrapassem limite de tempo de espera de 12 meses**.
- **Alargar o âmbito do Despacho (Despacho n.º 10789/2009)**, que rege os tratamentos ao abrigo da referênciação, também aos tratamentos de PMA com recurso a gâmetas de dador terceiro, nos termos da legislação em vigor.

## SECÇÃO V- RECOMENDAÇÕES SUPLEMENTARES

### PONTOS DE CONSENSO DE PROPOSTAS A VIABILIZAR NO FUTURO

**O alargamento dos critérios de acesso a tratamentos PMA só poderá ser equacionado após um aumento efetivo da capacidade de resposta instalada dos Centros públicos,** sob risco de um maior agravamento dos tempos de espera e, prejuízo para os utentes, dado o conseqüente aumento da idade feminina que implica a inevitável redução da probabilidade de sucesso dos tratamentos. Assim, e após garantir o investimento necessário para o aumento da capacidade de resposta dos Centros de PMA do SNS já existentes, poder-se-ão considerar as seguintes recomendações suplementares para alargamento do acesso à PMA:

#### **Abertura de novo Centro de PMA de acordo com necessidades geográficas**

A proposta de abertura e instalação de novos Centros de PMA do SNS só é recomendada pelo grupo de trabalho no pressuposto de investimento e apetrechamento prévio dos Centros de PMA do SNS já existentes e, apenas no sentido de satisfazer as necessidades geográficas verificadas com a mobilidade dos utentes, sobretudo a sul do país, no acesso a tratamentos de PMA com recurso a gâmetas próprios.

#### **Alargamento do número de ciclos de tratamento**

No que se refere ao alargamento do número de ciclos de tratamento a financiar por casal/ mulher, o grupo de trabalho considera ser uma medida a ponderar apenas após a capacidade de resposta atempada estar assegurada aos utentes em espera, pois à data, esta medida conflitua com esse objetivo.

Assim, neste momento, atendendo às listas de espera existentes, não parece haver capacidade para aumentar o número de ciclos comparticipados dos atuais 3 para 4 ciclos por casal/ mulher.

No entanto, Se os Centros forem dotados dos meios necessários para reduzir as suas listas de espera para um máximo de 6 meses, num período de 2 anos, a partir dessa altura haverá condições de alargar para 4 ciclos de tratamentos/casal/mulher, em casos com critérios e indicação clínica.

#### **Alargamento do acesso a 2º filho nos tratamentos PMA**

Enquanto medida promotora da natalidade, será importante e custo efetivo acolher a possibilidade de alargar o financiamento de tratamento PMA para um segundo filho para casais que já foram beneficiários de um primeiro filho sob qualquer das técnicas disponíveis (1ª ou 2ª linha), mesmo que não existam embriões congelados. Incluindo o casal que já tem um filho de PMA, exceto se concluiu o número máximo de ciclos de PMA de 2ª linha financiados pelo SNS.

#### **Manter o limite etário para os tratamentos comparticipados no SNS**

Segundo dados do último relatório do CNPMA (CNPMA, 2020 - Anexo III), a taxa de sucesso e a probabilidade de um tratamento resultar num parto de recém-nascido vivo diminui com a idade materna, tendo uma quebra acentuada na faixa etária dos 38 - 40 anos, verificando-se um agravamento ainda maior na faixa etária dos 41- 42 anos, passando para cerca de metade da faixa anterior. Isto verifica-se qualquer que seja o tipo de tratamento utilizado (IA, FIV ou ICSI), desde que

com ovócitos da própria.

Em função do exposto, aumentar o limite etário para tratamentos no SNS, não é custo eficaz e implica maiores riscos obstétricos, maior morbidade materna e do recém-nascido. Por outro lado, uma medida de alargamento do financiamento público para um limite etário superior ao atual, implicaria o incremento de listas de espera e impactaria com o envelhecimento inerente a uma maior espera para tratamentos, condicionado a todas as mulheres/ casais com necessidade de recurso a tratamentos de PMA.

Após garantir o investimento necessário e concretizar-se o aumento da capacidade de resposta do BPG e Centros afiliados que se propõe a 2 anos, o grupo de trabalho sugere considerar uma recomendação suplementar para o alargamento do acesso à PMA com recurso a gâmetas de dadores terceiros:

**Abertura de mais um Centro afiliado do BPG**

Numa região geográfica estrategicamente a considerar, num Centro de PMA.

Na situação de concretização de abertura de um novo Centro de PMA, recomenda-se, por uma questão de rentabilização de recursos, que o novo Centro afiliado seja alocado na mesma infraestrutura.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório surge como resultado de um amplo debate do grupo de trabalho, expõe as carências e reais necessidades de investimento nas diferentes áreas de recursos e infraestruturas dos Centros de PMA do SNS; desenvolve e define estratégias de atuação com vista a um encurtamento dos tempos de espera para acesso às Unidades de Medicina da Reprodução e aos tratamentos de PMA; desenha propostas para alargamento do acesso a tratamentos de PMA; coloca a tónica na importância do investimento no setor público e no aumento da capacitação dos Centros existentes, como medida prioritária para responder à urgência de aumento da resposta do SNS aos tratamentos de PMA; propõe a capacitação do BPG e Centros afiliados e a sua credibilização pela sociedade num cenário de promoção às doações no setor público e ao abrangente acesso aos tratamentos com recurso a gâmetas de dadores terceiros, baseado no princípio de equidade no acesso.

## BIBLIOGRAFIA

- **ART fact sheet 2020 data 2016, ESHRE Press Information, 2020.**
- Bracewell-Milnes T, Saso S, Bora S, Ismail AM, Al-Memmar M, Hamed AH, Abdalla H, Thum MY. **Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients and egg sharers: a systematic review.** *Hum Reprod Update.* 2016 Jun;22(4):450-65. doi: 10.1093/humupd/dmw006. Epub 2016 Mar 24. PMID: 27016289.
- Calhaz-Jorge C, De Geyter CH, Kupka MS, Wyns C, Mocanu E, Motrenko T, Scaravelli G, Smeenk J, Vidakovic S, Goossens V. **Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).** *Hum Reprod Open.* 2020 Feb 6;2020(1):hoz044. doi: 10.1093/hropen/hoz044. PMID: 32042927; PMCID: PMC7002185.
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, **Relatório referente à atividade desenvolvida no ano de 2019.** (n.º 3 do artigo 30.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pelas Leis nos 17/2016, de 20 de junho e 25/2016, de 22 de agosto). CNPMA. Abril, 2020.
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, **Relatório atividade desenvolvida pelos Centros de PMA em 2017** (n, n.º 2 do artigo 30.º da lei n.º 32/2006, de 26 de julho). CNPMA. Setembro, 2020.
- De Geyter C, Wyns C, Calhaz-Jorge C, de Mouzon J, Ferraretti AP, Kupka M, Nyboe Andersen A, Nygren KG, Goossens V. **20 years of the European IVF-monitoring Consortium registry: what have we learned? A comparison with registries from two other regions.** *Hum Reprod.* 2020 Dec 1;35(12):2832-2849. doi: 10.1093/humrep/deaa250. PMID: 33188410; PMCID: PMC7744162.
- Direção-Geral da Saúde, **Saúde Reprodutiva / Infertilidade para os Cuidados de Saúde Primários,** edição revista em 2010, **Norma 003/2011** de 19/01/2011.
- Direção-Geral da Saúde, **Saúde Reprodutiva / Infertilidade para os Cuidados Hospitalares, Norma 004/2011** de 20/01/2011.
- ESHRE Capri Workshop Group. **Social determinants of human reproduction.** *Hum Reprod.* 2001 Jul;16(7):1518-26. doi: 10.1093/humrep/16.7.1518. PMID: 11425841.
- ESHRE Working Group on Oocyte Cryopreservation in Europe, Shenfield F, de Mouzon J, Scaravelli G, Kupka M, Ferraretti AP, Prados FJ, Goossens V. **Oocyte and ovarian tissue cryopreservation in European countries: statutory background, practice, storage and use.** *Hum Reprod Open.* 2017 Mar 29;2017(1):hox003. doi: 10.1093/hropen/hox003. PMID: 30895222; PMCID: PMC6276651.
- European IVF-monitoring Consortium (EIM)‡ for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Wyns C, Bergh C, Calhaz-Jorge C, De Geyter C, Kupka MS, Motrenko T, Rugescu I, Smeenk J, Tandler-Schneider A, Vidakovic S, Goossens V. **ART in Europe, 2016: results generated from European registries by ESHRE.** *Hum Reprod Open.* 2020 Jul 31;2020(3):hoaa032. doi: 10.1093/hropen/hoaa032. PMID: 32760812; PMCID: PMC7394132.
- Keane M, Long J, O'Nolan, G, Farragher L. **Assisted reproductive technologies: International approaches to public funding mechanisms and criteria. An evidence review.** HRB 2017. 10.13140/RG.2.2.35876.58248.
- Paul RC, Fitzgerald O, Lieberman D, Venetis C, Chambers GM. **Cumulative live birth rates for women returning to ART treatment for a second ART-conceived child.** *Hum Reprod.* 2020 Jun 1;35(6):1432-1440. doi: 10.1093/humrep/deaa030. PMID: 32380547.
- Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. **Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis.** *Acta Med Port.* 2019 Mar 29;32(3):219-226. doi: 10.20344/amp.11057. Epub 2019 Mar 29. PMID: 30946794.
- Rebelo M, Barros, P. **Measuring the social value of assisted reproductive technology.** Nova SBE - MA Dissertations 2019. <http://hdl.handle.net/10362/68344>.

## ANEXOS

Anexo I - Constituição do Grupo de Trabalho nomeado pelo Despacho n.º 1619-A/2021, de 10 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Representante da DGS (Coordenador GT)		Dra. Ana Aguiar
DGS/Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil		Enfa. Dina Oliveira Enfa. Inês Frade Corvo
Representante da ACSS		Dra. Ana Cristina Ferreira
Representante de cada centro público autorizado a ministrar as técnicas de PMA	Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E.	Dra. Márcia Barreiro
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.	Prof. Doutora Teresa Almeida Santos
	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E. P. E.	Dra. Graça Pinto
	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E. P. E.	Dra. Sofia Dantas
	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.	Dra. Eduarda Felgueira
	Centro Hospitalar Universitário de São João, E. P. E.	Dra. Sónia Sousa
	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E. P. E.	Dr. Renato Martins
	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E. P. E.	Dr. Joaquim Nunes
Representante de cada banco gâmetas	Hospital Garcia de Orta, E. P. E.	Dra. Isabel Reis
	Banco Público de Gâmetas (CHUPorto, E. P. E.)	Dra. Márcia Barreiro
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.	Prof. Doutora Teresa Almeida Santos
	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E. P. E.	Dra. Graça Pinto
Representante do CNPMA		Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge
Representante do CNECV		Dra. Cíntia Águas Pereira
Representante da Ordem dos Médicos		Dra. Sofia Dantas
Representante da Ordem dos Enfermeiros		Enfa. Maria José Mendes
Representante da SPMR		Prof. Doutor Pedro Xavier
Representante da Associação Portuguesa de Fertilidade		Dra. Cláudia Bancalheiro

Para o desenvolvimento dos trabalhos, e, conforme previsto no nº 5 do Despacho supra, a coordenação do Grupo de Trabalho entendeu necessário solicitar o apoio técnico de um Embriologista Clínico enquanto especialista e parte interessada na matéria em análise. Assim, colaborou neste GT a Dra. Marta Carvalho, Embriologista Clínica da Unidade de Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e perita do CNPMA. Além deste apoio especializado, foi também solicitada colaboração da Enfermeira Inês Frade Corvo da Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da DGS.

## ANEXO II - Estimativa dos recursos necessários em cada Centro de PMA para atingir meta de LE de 6 meses, em 2 anos

### CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

#### Equipamento:

- 1 Câmara de fluxo laminar com superfície aquecida e com lupa específica para PMA;
- 1 Placa com superfície aquecida;
- 1 Câmara de fluxo laminar vertical para andrologia;
- 1 Microscópio invertido com sistema de micromanipulação;
- 1 Medidores de pH integráveis nas incubadoras ESCO miri existentes
- 1 Contentores de armazenamento de azoto com medidor de nível e base rodada;
- 1 Mini hotte;
- 2 Ecógrafos para gabinete de consulta e realização de punções foliculares;
- 2 Computadores e 2 impressora multifunções;
- 4 Cadeiras reguláveis em altura

#### Recurso Humanos:

- 2 Médicos
- 1 Enfermeiro

### CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COIMBRA

#### Recursos Humanos:

- 2 Médicos;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Assistente operacional

### CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL

#### Instalações:

- Mais dois gabinetes de consulta;
- Aumentar o espaço de recobro;
- Mais uma sala para colheita de esperma.

#### Equipamentos:

- Mais 1 sistema de microinjeção;
- 1 Incubadora time lapse;
- 1 Sistema laser;
- 1 Ecógrafo;
- 1 Programa Informático para PMA (com interface com a plataforma do CNPMA).

### CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PORTO/ BPG

#### Equipamento:

- Aquisição de 1 câmara de fluxo laminar;
- 1 Incubadora;
- 1 Laser;

#### Recursos Humanos:

- 1 Médico;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Embriologista
- 1 Técnico superior;
- 1 Assistente operacional

**CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE****Infraestrutura:**

- 1 Sala adicional para o laboratório de embriologia;
- 1 Espaço adicional para permitir condições para 4 camas de recobro;
- 1 Sala adicional para recolha de esperma (WC + sala de apoio);
- 1 WC adaptado a deficientes;
- Espaços adicionais para funções de apoio várias (vestiário, limpos, sujos, caixotes do lixo);

**Equipamento:**

- 1 Câmara de fluxo laminar, vertical, com bancada aquecida, dupla, com 2 microscópios estereoscópicos acoplados, com bancada, com os respetivos acessórios e específica para técnicas de FIV;
- 1 Câmara de fluxo laminar vertical com bancada;
- 1 Microscópio de inversão com platina aquecida e contraste Hoffmann com Sistema de microinjeção acoplado;
- 1 Estufa de incubação ( $\pm 150$  L) com controlo de CO<sub>2</sub>;
- 1 Estufa de incubação ( $\pm 150$  L) com controlo de CO<sub>2</sub> + O<sub>2</sub>;
- 6 Incubadoras de bancada com atmosfera controlada de CO<sub>2</sub> e O<sub>2</sub>;
- 1 Frigorífico de laboratório;
- 1 Ecógrafo com sonda vaginal;
- 3 Transportadores térmicos de células;
- 3 Guias para sonda ecográfica vaginal;
- 4 Blocos térmicos adaptáveis a banho seco;
- 1 Contentor de azoto líquido para armazenamento de embriões e gâmetas;
- 1 UPS adicional ou substituição da UPS existente por uma com maior capacidade;
- Colocação de portas elétricas nas salas de Laboratórios;
- Pressão positiva nas 3 salas de laboratório e sala de criogenia
- Adequação das tubagens de gases do Piso 02 para as salas de laboratório (aumento de calibre e prolongamentos indispensáveis);

**Recursos Humanos:**

- 1 Médico para o corpo clínico da Unidade;
- 1 Embriologista clínico;
- 1 Técnico de diagnóstico e terapêutica;
- 2 Enfermeiros
- 2 Assistentes Operacionais em permanência no Laboratório

**HOSPITAL GARCIA DE ORTA****Infraestrutura**

- Mais espaço para recobro

**Equipamentos:**

- Mais 1 estufa;
- Pelo menos mais 2 contentores crio;
- Mais 1 ecógrafo;

**Recursos Humanos**

- 2 Embriologistas clínicos ou 1 embriologista e 1 técnico para a andrologia;
- Mais 1 médico, sendo que pelo menos metade do horário apenas em PMA;
- Mais 1 enfermeira

## CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO

### Infraestrutura:

- Dobro do espaço (sala de espera e laboratório);
- 3 Gabinetes de consulta (2 com ecógrafo);
- 1 Gabinete consulta externa + histeroscópio;
- 1 Sala de trabalho/reuniões com 5 computadores e impressora;
- 2 Salas de enfermagem;
- 1 Sala colheitas de sangue;
- 3/4 Salas de colheita de esperma;
- 2 Gabinetes embriologistas clínicos;
- Posto adicional de atendimento administrativo;

### Equipamentos Laboratório de Andrologia:

- 2 Câmaras de fluxo laminar;
- 1 Incubadora (meios);
- 1 Purificador do ar;
- Equipamentos Laboratório de FIV:
- 4 Câmaras de fluxo laminar;
- 2 Incubadora de bancada;
- 1 Incubadora de time lapse,
- 2 Frigoríficos;
- 1 Arca congeladora;
- 2 Purificadores de ar;
- 2 Lasers direcionais;
- 3 ICSI stations;
- 1 Contentor de azoto;

### Recursos Humanos:

- 2 Médicos (com isenção de SU dos médicos) ou 3 médicos – atualmente existem 4 médicos, mas na UMR o horário semanal de cada um é o seguinte: 1 com 35h, 1 com 28h, 1 com 21h e outro com 16h);
- 2 Enfermeiros;
- 1 a 2 Administrativos;
- 2 a 3 Embriologistas clínicos;
- 1 Urologista com 1 consulta semanal na UMR
- 1 Psicólogo com 1 consulta semanal na UMR
- 1 Nutricionista com 1 consulta semanal na UMR

**CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO****Infraestrutura:**

- Na Consulta Externa:
  - Criar 4 gabinetes médicos, 2 deles equipados para observação ginecológica e ecografia, preferencialmente em instalações contíguas ao Centro de PMA;
- No CPMA:
  - Aumentar as áreas de Laboratório de Embriologia, Andrologia, Sala de Criopreservação, Sala polivalente, Sala de Recobro, Área de armazém e dos vestiários;
  - Criar sala de trabalhos, com vários pontos informáticos (no mínimo 4) e que permitisse reuniões de formação interna do Serviço;
  - Criar área de trabalho junto ao laboratório e respetivos acessórios;
  - Criar gabinete de enfermagem e 1 consultório médico;

**Equipamentos:**

- 2 Ecógrafos de média resolução para a Consulta Externa e 1 de alta resolução para o CPMA;
- 1 Câmara de fluxo laminar com superfície aquecida e lupa específica para a PMA;
- 2 Incubadoras de bancada, 1 com time lapse;
- 1 Contentor de armazenamento de azoto com medidor de nível e base rodada;
- 4 Computadores;

**Recursos Humanos:**

- 6 Médicos (os atuais), mas pelo menos 3 deles com horário apenas em PMA;
- 5 Embriologistas clínicos (atualmente 4);
- 2 Assistentes Técnicos, 1 para o CPMA e outro para a Consulta Externa;
- 2 Enfermeiras CPMA e 1 Consulta.

**HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA – GUIMARÃES****Infraestrutura:**

- Criação de um novo Centro de PMA é imprescindível para o aumento da atividade;

**Equipamento:**

- 2 Micropipetas reguláveis 1000ul, 2 de 10-100ul e 4 de 2-20ul
- 1 Câmara de fluxo laminar com superfície aquecida e com lupa específica para PMA
- 1 Placa com superfície aquecida
- 1 Câmara de fluxo laminar vertical para andrologia
- 1 Microscópio invertido com sistema de micromanipulação Takanome ou equivalente, injetores de ar e mesa anti-vibratória e sistema de imagem/fotografia
- 2 Medidores de pH integráveis nas incubadoras ESCO miri existentes
- 2 Contentores de armazenamento de azoto com medidor de nível e base rodada
- 1 Mini hotte
- 2 Ecógrafos para gabinete de consulta e realização de punções foliculares.
- 4 Computadores e 4 impressoras multifunções
- 5 Cadeiras reguláveis em altura;

**Recursos Humanos:**

- Contratação de 1 médico /aumento da carga horária dos médicos já existentes para a PMA (dos 5 médicos existente, 4 tem uma carga horária semanal na PMA de aproximadamente 18h);
- 1 Embriologista com horário de 35h semanais;
- 2 Enfermeiras;
- 1 Administrativa/Secretária.

**Anexo III – Apresentação Sumária dos Resultados da Atividade em PMA, Total Nacional 2017 (casais de sexo diferente, com infertilidade)**

<i>Ciclos FIV com transferência de embriões a fresco (excepto doação de ovócitos)</i>	<35 anos	35-37	38-40	41-42
N.º de ciclos	901	702	747	157
% de ciclos cancelados	4,0	4,6	5,2	3,2
% de ciclos que resultaram em gravidez	30,2	27,8	25,0	12,7
% de ciclos que resultaram em parto de recém nascido(s) vivo(s)	24,8	21,4	15,9	6,4
% de aspirações de ovários que resultaram em parto de recém nascido(s) vivo(s)	25,8	22,4	16,8	6,6
% de transferências de embriões que resultaram em parto de recém nascido(s) vivo(s)	36,2	30,2	22,1	7,9
% de ciclos com transferência electiva de um embrião	15,5	13,1	7,8	3,8
N.º médio de embriões transferidos	1,61	1,66	1,69	1,81
% de partos gemelares	28,3	22,0	17,6	10,0
% de partos de trigêmeos	0,4	0,0	0,0	0,0
<i>Ciclos ICSI com transferência de embriões a fresco (excepto doação de ovócitos)</i>	<35 anos	35-37	38-40	41-42
N.º de ciclos	1247	869	1035	314
% de ciclos cancelados	2,7	4,0	5,5	10,2
% de ciclos que resultaram em gravidez	25,6	24,5	15,5	12,1
% de ciclos que resultaram em parto de recém nascido(s) vivo(s)	20,8	19,1	10,3	5,1
% de aspirações de ovários que resultaram em parto de recém nascido(s) vivo(s)	21,4	19,9	10,9	5,7
% de transferências de embriões que resultaram em parto de recém nascido(s) vivo(s)	32,2	28,8	16,2	8,6
% de ciclos com transferência electiva de um embrião	13,6	10,9	4,4	4,5
N.º médio de embriões transferidos	1,60	1,59	1,60	1,65
% de partos gemelares	17,0	15,7	7,5	6,3
% de partos de trigêmeos	0,0	0,0	0,9	0,0
<i>Ciclos com transf. de embriões criopreservados (excepto doação de ovócitos)</i>	<35 anos	35-37	38-40	41-42
N.º de transferências de embriões	893	572	539	166
% de transferências de embriões que resultaram em parto de RN(s) vivo(s)	31,7	26,9	20,2	14,5
N.º médio de embriões transferidos	1,48	1,43	1,42	1,46
% de descongelações que resultaram em parto de recém nascido(s) vivo(s)	30,7	26,1	19,4	14,0

(CNPMA)