

A Eficácia Organizacional no âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: Da Entropia à Inovação

Beatriz Rodrigues Custódio

Orientadora: Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira, Professora
Associada com Agregação

Coorientadora: Professora Doutora Ana Maria Santos, Professora
Auxiliar

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Administração Pública com especialização em Administração da Saúde

*Lisboa, 29 de Novembro
2021*

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

A Eficácia Organizacional no âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: Da Entropia à Inovação

Beatriz Rodrigues Custódio

Orientador: Prof^ª. Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira.

Coorientador Prof^ª. Doutora Ana Maria Santo

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Administração Pública com especialização em Administração da Saúde

Júri:

Presidente:

- Doutora Ana Lúcia da Silva Romão, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutor Joaquim Manuel Croca Caeiro, Professor Associado com Agregação do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira, Professora Associada com Agregação do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientadora;

- Mestre Ricardo Filipe Barreiros Mexia, Professor Auxiliar Convidado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Lisboa
2022

Resumo

A evolução sociodemográfica portuguesa caracteriza-se pela diminuição da natalidade, diminuição do número de filhos por mulher e pelo aumento da idade média da mulher no nascimento do primeiro filho. Paralelamente, a infertilidade é uma patologia que afeta cerca de 300 mil casais portugueses, e um em cada sete procura tratamento médico. A Procriação Medicamente Assistida é uma solução válida para mitigar a tendência descrita e dar oportunidade aos casais inférteis de conceberem uma gravidez. Identificaram-se, todavia, um conjunto de entropias ao nível do funcionamento dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida e do Banco Público de Gâmetas, principalmente no que diz respeito às longas listas de espera e às dádivas de gâmetas, que influenciam o tempo de resposta do Banco Público de Gâmetas (atualmente superior a três anos). Com este estudo pretende-se determinar o impacto da inovação na Procriação Medicamente Assistida, identificar as principais causas para o elevado tempo de espera e justificar a evolução das dádivas de gâmetas.

Procedeu-se, numa primeira instância, a entrevistas exploratórias a 2 diretores do serviço de Procriação Medicamente Assistida, uma enfermeira-chefe e uma embriologista, que possibilitaram, posteriormente, a construção de um questionário que incluiu 48 profissionais que integram centros públicos de Procriação Medicamente Assistida, com o objetivo de analisar as perceções dos mesmos relativamente às entropias identificadas. Identificaram-se as causas da escassez de dádivas, designadamente o fim do anonimato, falta de publicidade e o horário dos centros de colheita. Os resultados evidenciam que a inovação organizacional e dos processos impactua positivamente a otimização das dádivas de gâmetas e que a otimização das dádivas de gâmetas influencia positivamente as políticas de Procriação Medicamente Assistida em termos de eficácia e eficiência. Concluímos que a inovação organizacional e dos processos conduz à otimização dos tempos de espera.

Palavras-Chave: Procriação Medicamente Assistida; Dádiva de gâmetas; Tempo de espera; Inovação Organizacional e dos Processos.

Abstract

The Portuguese socio-demographic evolution is characterised by a falling birth rate, a decrease in the number of children per woman and an increase in the women's average age at the birth of their first child. At the same time, infertility is a pathology that affects around three hundred thousand Portuguese couples, with one in seven seeking medical treatment. Medically Assisted Procreation is a valid solution to mitigate the described tendency and to give the opportunity to infertile couples to conceive a pregnancy. However, a number of shortcomings have been identified in the performance of the Public Centres of Medically Assisted Procreation and the Public Bank of Gametes, mainly regarding the long waiting lists and gamete donations, which greatly influences the response time of the Public Bank gametes (currently over three years). This study aims to determine the impact of innovation in Medically Assisted Procreation, to identify the main causes for the high waiting time and finally to justify the evolution of gamete donations. Initially, exploratory interviews were carried out with two directors of the Medically Assisted Procreation service, a head nurse and an embryologist, which allowed the conduction a survey that included 48 professionals working at Medically Assisted Procreation public centres, with the aim of analysing their perceptions regarding the identified entropies. The shortage of donations' causes was identified, such as the end of anonymity, lack of publicity and the restrictive opening hours of the public centres. The results show that the organizational innovation process positively influences the optimization of gamete donations, and that this optimization directly influences the Medically Assisted Procreation policies in terms of its effectiveness and efficiency. We concluded that organizational and process innovation leads to the optimization of waiting times.

Key words: Medically Assisted Procreation; Public Bank of Gametes; Gamete donation; Waiting time; Organisational and Process Innovation.

ÍNDICE

Resumo	II
Abstract	III
Índice De Figuras	VIII
Índice De Tabelas	IX
Lista De Abreviaturas	XI
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
1.1. RELEVÂNCIA DO TEMA E DO OBJETO DE ESTUDO	1
1.2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	4
1.3. ESTRUTURA DA TESE	5
CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2.1. O PAPEL DO ESTADO NO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	7
2.2. GOVERNANCE	8
2.3. GOVERNANCE NA SAÚDE	10
2.4. EFICÁCIA ORGANIZACIONAL E INOVAÇÃO NA SAÚDE	12
2.4.1. Inovação Organizacional	14
2.4.2. Inovação dos Processos	15
2.5. NATALIDADE E FERTILIDADE EM PORTUGAL	16
CAPÍTULO III - CARACTERIZAÇÃO DA PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	20
3.1. CONCEITO DE PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	20
3.2. PRINCIPAIS TÉCNICAS DE PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	22
3.2.1. Inseminação artificial (IA):	22
3.2.2. Fertilização in vitro (FIV):	23
3.2.3. Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI):	23
3.2.4. Transferência de Embriões (TET) Gâmetas (GIFT) ou Zigotos (ZIFT): ...	23
3.2.5. Diagnóstico genético pré-implantação (DGPI):	24

3.2.6. Outras técnicas laboratoriais de manipulação genética, embrionários equivalentes ou subsidiária:.....	24
3.3. ENQUADRAMENTO LEGAL DA PROcriação Medicamente Assistida	24
3.4. CONSELHO NACIONAL DE PROcriação Medicamente Assistida.....	32
CAPÍTULO IV - ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE DE PROcriação Medicamente Assistida em Portugal.....	33
4.1. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS CENTROS PÚBLICOS DE PROcriação Medicamente Assistida	34
4.2. PREDOMINÂNCIA DO SETOR PRIVADO NOS CUIDADOS DE SAÚDE DE PROcriação Medicamente Assistida	36
4.3. CONDIÇÕES DE ACESSO ÀS TÉCNICAS DE PROcriação Medicamente Assistida	39
4.3.1. Custos diretos	40
4.3.2. Idade	41
4.3.3. Número de tratamentos.....	42
4.4. CADEIA PRODUTIVA DOS CENTROS PÚBLICOS DE PROcriação Medicamente Assistida	42
4.5. TEMPOS DE ESPERA PARA TRATAMENTOS DE PROcriação Medicamente Assistida	43
CAPÍTULO V - BANCO PÚBLICO DE GÂMETAS	48
5.1. DADORES DE GÂMETAS	49
5.1.1. Dadores de Gâmetas masculinos	50
5.1.2. Dadores de Gâmetas Femininos	52
5.2. ANONIMATO	54
CAPÍTULO VI - METODOLOGIA.....	56
6.1. PERGUNTA DE PARTIDA E HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO	56
6.2. MODELO DE ANÁLISE	58
6.3. TIPO DE INVESTIGAÇÃO	59
6.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	60

6.4.1. Entrevista Semi-estruturada.....	60
6.4.2. Questionário.....	61
CAPÍTULO VII - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	63
7.1. ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	63
7.2. CATEGORIZAÇÃO.....	63
7.2.1. Entropias	64
7.2.2. Acesso.....	67
7.2.3. Inovação.....	69
7.2.4. Equidade	70
7.2.5. Políticas Públicas	71
7.2.6. Governance	72
7.3. ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS.....	72
7.3.1. Caracterização da Amostra	72
7.4. Tempo de espera entre a primeira consulta e a punção folicular.....	74
7.5. VARIÂNCIA DAS DÁDIVAS NO BANCO PÚBLICO DE GÂMETAS	76
7.5.1. FATORES QUE ESTÃO NA BASE DO TEMPO DE ESPERA.....	84
7.5.2. IMPORTÂNCIA DA INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL E DOS PROCESSOS.....	89
7.6. TESTE DAS HIPÓTESES.....	98
CAPÍTULO VIII – CONCLUSÃO	102
8.1. SUMÁRIO DOS RESULTADOS	102
8.2. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO.....	104
8.3. RECOMENDAÇÕES E PROPOSTAS PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	105
BIBLIOGRAFIA	105
OUTROS DOCUMENTOS CONSULTADOS:	119
LEGISLAÇÃO.....	122
ANEXOS.....	126
Anexo I – Atribuições do CNPMA	127
Anexo II – Consentimento Informado para a Doação de Material Genético.	130

Anexo III - Parâmetros Analisados no Estudo Citobioquímico do Esperma	135
Anexo IV - Parecer Da Comissão De Ética do CHLN.....	137
Anexo V - Parecer Da Comissão De Ética do HSOG	139
Anexo VI - Parecer Da Comissão De Ética do CHLC	141
Anexo VII - Parecer Da Comissão De Ética do CHCBEIRA	143
Anexo VIII - Parecer Da Comissão De Ética do CHUC.....	145
Anexo IX - Instrumento De Recolha De Dados: Questionário	147
Anexo X - Guião Das Entrevistas Exploratórias	156
Anexo XI – Transcrição Das Entrevistas	158
Anexo XII - Perfis Dos Inquiridos Sobre A Inovação Organizacional	178
Anexo XIII - Perfis Dos Inquiridos Sobre A Inovação Dos Processos.....	180

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Evolução do Índice Sintético de Fecundidade em Portugal.</i>	2
Figura 2. <i>Idade Média da Mulher ao Nascimento do Primeiro Filho.</i>	3
Figura 3. <i>Evolução da Taxa de Fecundidade em Portugal.</i>	17
Figura 4. <i>Distribuição Geográfica Dos Centros Públicos De PMA.</i>	35
Figura 5. <i>Ciclos Realizados em 2016.</i>	37
Figura 6. <i>Ciclos Realizados em 2017.</i>	37
Figura 7. <i>Níveis de cuidados médicos no âmbito do diagnóstico e tratamento da infertilidade.</i>	42
Figura 8. <i>Representação esquemática da seleção de candidatos a dadores masculinos.</i>	51
Figura 9. <i>Representação esquemática da seleção de candidatos a Dadoras Femininas.</i>	53
Figura 10. <i>Modelo de análise</i>	58
Figura 11. <i>Lista De Espera De Gâmetas.</i>	80
Figura 12. <i>Tempo De Resposta Do BPG.</i>	81
Figura 13. <i>Probabilidades Associadas Aos Dois Grupos, Por Variável.</i>	94
Figura 14. <i>Probabilidades Associadas Aos Dois Clusters, Nas Variáveis Consideradas.</i>	98
Figura 15. <i>Modelo De Análise De Caminhos.</i>	100

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Súmula dos Principais Conceitos.</i>	11
Tabela 2. <i>Causas de infertilidade.</i>	19
Tabela 3. <i>Número de nascimentos em Portugal com recurso à Procriação Medicamente Assistida.</i>	21
Tabela 4. <i>Enquadramento Legal.</i>	25
Tabela 5. <i>Número de ciclos FIV/ICSI realizados nos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida.</i>	27
Tabela 6. <i>Tabela De Preços Do Sistema Nacional De Saúde</i>	29
Tabela 7. <i>Atividade com recurso a gâmetas de dador executada em Centros Públicos.</i>	38
Tabela 8. <i>Tempo De Espera para Consulta de apoio à Infertilidade.</i>	45
Tabela 9. <i>Critérios de Exclusão de candidatos a dadores.</i>	52
Tabela 10. <i>Desenho da Investigação.</i>	57
Tabela 11. <i>Categorização</i>	64
Tabela 12. <i>Categorias Referentes Às Entropias.</i>	64
Tabela 13. <i>Categorias referentes ao Acesso.</i>	67
Tabela 14. <i>Categorias referentes à Inovação.</i>	69
Tabela 15. <i>Categoria referente à Equidade</i>	70
Tabela 16. <i>Categorias referentes às Políticas Públicas.</i>	72
Tabela 17. <i>Caracterização Da Amostra.</i>	73
Tabela 18. <i>Tempo de espera (em dias) entre a primeira consulta e a punção folicular.</i>	75
Tabela 19. <i>Variância Das Dídivas no BPG.</i>	77
Tabela 20. <i>Evolução das dídivas de gâmetas masculinos no Centro De Colheita Público de Coimbra.</i>	78
Tabela 21. <i>Evolução das dídivas de gâmetas femininos no Centro De Colheita Público De Coimbra.</i>	79
Tabela 22. <i>Funcionamento Do Banco Público De Gâmetas.</i>	83
Tabela 23. <i>Caracterização Da Governance.</i>	86

Tabela 24. <i>Caracterização do Acesso.</i>	87
Tabela 25. <i>Caracterização da Eficácia.</i>	88
Tabela 26. <i>Caracterização Da Inovação Organizacional.</i>	90
Tabela 27. <i>Valores do Critério AIC₃.</i>	91
Tabela 28. <i>Estimativas Dos Parâmetros Do Modelo Com Dois Clusters.</i>	92
Tabela 29. <i>Caracterização Da Inovação Dos Processos.</i>	95
Tabela 30. <i>Valores Do Critério AIC₃.</i>	96
Tabela 31. <i>Estimativas Dos Parâmetros Do Modelo Com Duas Componentes.</i>	96
Tabela 32. <i>Coeficientes (Não Estandarizados) De Regressão.</i>	100

LISTA DE ABREVIATURAS

CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CNPMA	Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGPI	Diagnóstico genético pré-implantação
FIV	Fertilização <i>In Vitro</i>
GITFT	Transferência de Gâmetas
IA	Inseminação Artificial
IAS	Indexante de Apoios Sociais
ICSI	Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide
IO	Indução de Ovulação
NPM	<i>New Public Management</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMA	Procriação Medicamente Assistida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPMR	Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução
TET	Transferência de Embriões
ZIFT	Transferência de ZIGO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1. Relevância do tema e do objeto de estudo

O envelhecimento da população mundial é o resultado de uma mutação em termos demográficos na medida em que existe uma transição de um plano em que os níveis de fecundidade e mortalidade são ascendentes, para um panorama onde se verifica um declínio da taxa de fertilidade e um aumento da esperança média de vida (Kalache, Veras & Ramos, 1987).

A evolução da estrutura etária tem espelhado o estreitamento da base da pirâmide de idades em detrimento do alargamento do topo, nomeadamente da população idosa, com mais de 60 anos (Costa, Rego, Festa, Taborda & Campos, 2012). A diminuição abrupta do número de nados-vivos remete para implicações diretas num conjunto de fenómenos, designadamente no envelhecimento populacional e às conseqüentes questões associadas no âmbito da sustentabilidade financeira e do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Velo, 2015).

A fecundidade portuguesa tem-se tornado alvo de debate no seio académico, social e governativo. A evolução do Índice Sintético de Fecundidade¹ em Portugal é caracterizada por uma diminuição acentuada nos últimos anos (3,20 na década de 60 e 1,21 no ano de 2013) sendo 2,1 o número mínimo para a garantia de substituição de gerações (Pordata, 2021c).

Segundo os dados da Pordata ² (2021c), o último ano em que foi garantida a capacidade de substituição e renovação das gerações³ foi no ano de 1981 (Figura1). A partir dessa mesma data, e especificamente entre 2000 e 2014, tem-se assistido a um decréscimo crítico, tendo

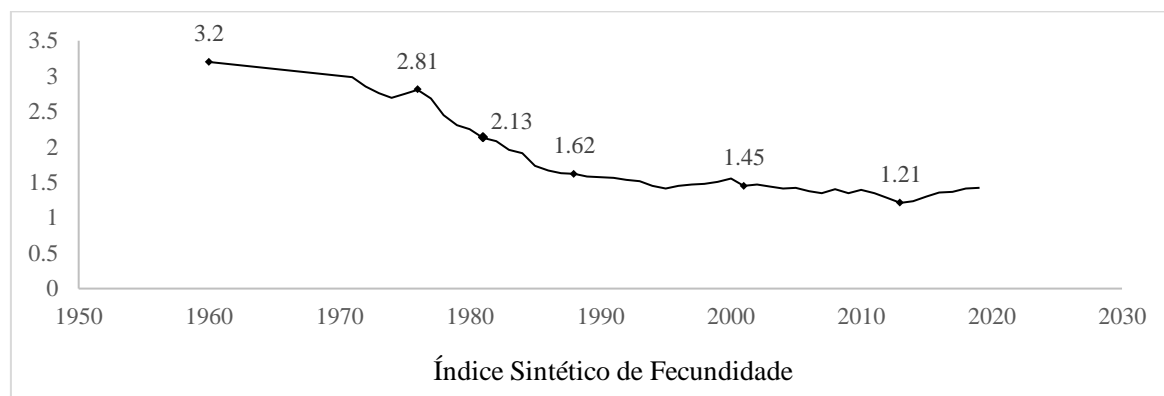
¹ Segundo o INE (2020) corresponde ao “Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil)”.

² Dados disponíveis em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+Índice+sintético+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodução-416>

³ Isto é, o número médio de filhos por mulher, cujo valor é 2,1.

Portugal se posicionado no “*lowest fertility level*” que por sua vez espelha uma redução do número médio de filhos por mulher, atingindo o valor de 1,21 em 2013.

Figura 1. *Evolução do Índice Sintético de Fecundidade em Portugal.*

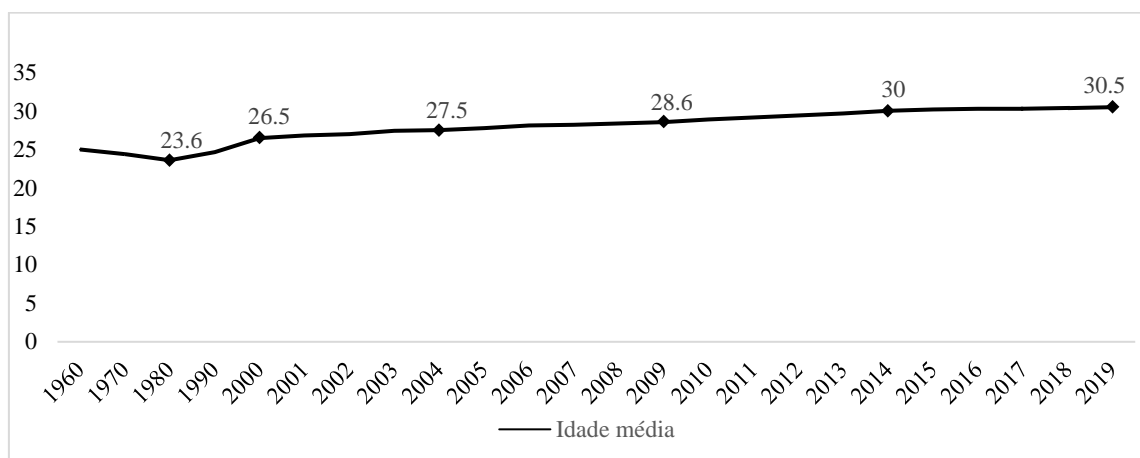


Fonte INE (2019). Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001293&contexto=bd&selTab=tab2

Paralelamente, tem-se assistido a um adiamento do nascimento do primeiro filho (Figura 2), verificando-se um agravamento na idade média da mulher aquando da conceção do primeiro filho (INE, 2019). Assim, a idade média da mulher aquando do nascimento do primeiro filho tem sido alvo de sucessivos aumentos, de 23,6 anos na década de 80 para 30,5 no ano de 2020⁴ (CES, 2018).

⁴ Dados disponíveis em <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+da+mãe+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

Figura 2. Idade Média da Mulher ao Nascimento do Primeiro Filho.



Fonte: INE (2020). Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+da+mãe+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

Segundo a Associação Portuguesa de Infertilidade⁵, 15 a 20% da população em idade reprodutiva sofre de infertilidade que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma patologia de saúde pública. Oliveira (2008) considera existir potencial no âmbito da Procriação Medicamente Assistida (PMA) e nas demais inovações tecnológicas em mitigar essa mesma tendência.

Não obstante a evolução anteriormente anunciada, o presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) destaca os constrangimentos existentes no que diz respeito ao acesso e eficácia das técnicas de PMA em Portugal. Segundo os dados da SPMR foram executadas 900 doações de gâmetas a nível nacional no ano de 2018, contudo, apenas 30 tiveram como destino o Banco Público de Gâmetas (BPG). De acordo com a mesma fonte, o tempo médio de espera para quem carece de óvulos é superior a três anos, e no caso de espermatozoides a espera ultrapassa os dois anos e meio (Neves, 2019). Mediante este cenário o presidente da SPMR reconhece que os tempos de espera para técnicas e tratamentos de

⁵ Disponível em: <https://www.apfertilidade.org/infertilidade.php?idioma=PT>

PMA, nos centros públicos, são elevados levando muitas vezes a questões de eficácia que devem ser analisadas.

O conceito de entropia surge no contexto da identificação dos constrangimentos que interferem de forma negativa com o desenvolvimento de um sistema. É considerado, assim, a propensão para a desordem e/ou obstaculização em termos de progresso (Eberlin, 2017).

A resolução da Assembleia da República n.º 46/2010 reconhece que as longas listas de espera excluem centenas de doentes. Neste contexto, esta investigação incidirá sobre os múltiplos processos e instrumentos de gestão pública e inovação no contexto da atividade nos centros públicos de PMA.

É neste âmbito que se identifica a pertinência do tema e a necessidade de contribuir para o aprofundamento científico neste domínio.

1.2. Objetivos Gerais e Específicos

A atual dissertação pretende, no seu cômputo geral, identificar os agentes facilitadores de apoio à PMA, recorrendo ao levantamento e à identificação das entropias ao longo da cadeia de prestação destes cuidados de saúde.

De modo a concretizar o objetivo geral da investigação em curso, determinaram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Apurar e comparar os tempos de espera nos centros públicos de PMA a nível nacional;
2. Apurar e comparar a variação das dadas nos três Centros de Colheita Públicos;
3. Identificar os principais fatores que estão na origem dos tempos de espera dos tratamentos de PMA;
4. Averiguar em que medida a inovação organizacional se pode assumir como um agente facilitador da PMA.

1.3. Estrutura da tese

A presente dissertação é composta por 11 capítulos, sobre os quais debataremos e contextualizaremos a PMA em Portugal, o acesso a este tipo de cuidados de saúde especializados e a preponderância do Estado nesta matéria.

No primeiro capítulo enquadrar-se-á a problemática em estudo, evidenciando-se os principais impactos da evolução sociodemográfica em Portugal e expõe-se o potencial da PMA em mitigar essa tendência.

No segundo capítulo abordar-se-á o papel do Estado e a importância das políticas públicas no domínio dos sistemas de saúde e a relevância da governance na gestão de serviços de saúde.

No terceiro capítulo falar-se-á na Infertilidade em Portugal enquanto patologia reconhecida pela OMS e os respetivos fatores potenciadores da mesma, sendo que é a principal motivação para os utentes recorrerem à PMA.

No quarto capítulo define-se o conceito de PMA, identificam-se as principais técnicas vigorantes em Portugal e é feito um enquadramento legal, destacando-se os principais marcos no ordenamento jurídico português.

No quinto capítulo são identificados geograficamente os nove centros públicos de PMA que integram o SNS e é realizado um balanço evolutivo do número de ciclos realizados entre os centros públicos e privados.

No sexto capítulo explicam-se as condições de acesso às técnicas de PMA, nomeadamente os custos diretos e indiretos dos tratamentos, o limite de idade assim como o número máximo de tratamentos por utente, no SNS. Por outro lado, são expostos os tempos de espera para a primeira consulta de apoio à Infertilidade.

No sétimo capítulo esclarecer-se-á a logística e funcionamento do Banco Público de Gâmetas e o processo subjacente à dâdiva masculina e feminina. Será, ainda, discutido o impacto do fim do anonimato nas dádivas de gâmetas em Portugal.

No oitavo capítulo debatem-se os conceitos de eficácia e eficiência no âmbito da PMA e os fatores potenciadores da otimização da prestação de cuidados de saúde neste âmbito.

No nono capítulo é discutido o potencial da inovação, organizacional e dos processos, enquanto agentes facilitadores da atividade de PMA.

No décimo capítulo justificam-se as opções metodológicas adotadas na investigação no que diz respeito aos instrumentos utilizados para a recolha de dados, assim como os objetivos, questões e hipóteses da investigação.

No décimo primeiro capítulo demonstram-se os resultados obtidos ao nível da análise de conteúdo das entrevistas e dos dados estatísticos recolhidos dos questionários.

No último capítulo conclui-se os principais fatores que estão na base do tempo de espera para tratamentos de PMA, o impacto da inovação organizacional e dos processos na prestação de cuidados de saúde de PMA, identificam-se as limitações sentidas no decorrer da investigação e propõem-se investigações futuras.

CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O papel do Estado no Sistema de Saúde em Portugal

O paradigma histórico, social, económico e político impulsionou alterações significativas no contexto da estrutura do Estado assim como no desempenho da Administração Pública (Canotilho, 2000). É neste contexto que surge a reforma da Administração Pública, com o objetivo de incrementar a eficiência, a eficácia e o profissionalismo no seio da sua atividade do aparelho do Estado. Nunes (2016), por outro lado, destaca a complexidade na garantia de uma conduta ética, neutra e racional num contexto de pressões políticas fundadas em interesses individuais.

Ainda que se tenham verificado mutações expressivas relativamente à atividade do Estado e, conseqüentemente, na conduta da Administração Pública, a função do Estado português prende-se, entre tantas outras, por assegurar a proteção da saúde pública, garantindo o acesso a um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito a todos os cidadãos portugueses, de acordo com o previsto no artigo 64º da Constituição Portuguesa (Mozzicafreddo, 2010).

Com a evolução e a crescente procura ao nível da prestação de cuidados de saúde, é fulcral que o Estado garanta uma distribuição equitativa dos recursos pelos cidadãos (Palfrey, 2000). A New Public Management (NPM) exerceu um claro domínio no setor da saúde através da responsabilização estatal e da gestão empresarial focada nos resultados. Constatou-se a redefinição do papel do Estado, passando de um agente prestador para uma figura essencialmente reguladora da prestação de cuidados de saúde e fiscalizadora dos sujeitos que exercem essa mesma atividade (Khaleghian & Gupta, 2005 citado por Nunes, 2016).

A OMS (2011a) conceptualizou os sistemas de saúde como “(...) as pessoas, instituições e os recursos, organizados de acordo com as políticas estabelecidas, para melhorar a saúde da população, enquanto respondem às expectativas legítimas dos cidadãos e protegendo-as dos custos associados à doença através de uma variedade de atividades cuja principal intenção é

melhorar a saúde”⁶. Os sistemas de saúde ramificam-se em seis vertentes que se interligam e unem em torno do mesmo objetivo, nomeadamente a Governação, o financiamento, os recursos humanos, a informação, os medicamentos e tecnologias, e a prestação de serviços. O sistema de saúde é constituído essencialmente por três elementos preponderantes, nomeadamente o Estado, os profissionais de cuidados de saúde e os cidadãos, no momento em que recorrem e utilizam os serviços de saúde (OMS, 2007).

As reformas nos sistemas de saúde remetem para questões e instrumentos de Governação, isto é, o poder de tomada de decisão planificada e ordenada com base em objetivos coletivos partilhados (Osborne & Gaebler, 1993).

As políticas públicas são um agente promotor da concretização de interesses e bens coletivos (Haeberlin, de Lima Fraga & Martini, 2019). É neste paradigma que se destaca o papel essencial da intervenção e atuação da Governação no sentido de implementar medidas e políticas públicas que contribuam para a neguentropia (Haeberlin *et al* 2019).

2.2. Governance

O conceito da *Governance* emergiu nos anos 90 e assenta na descentralização da autoridade, dando a primazia do poder de decisão aos agentes a nível local. Simultaneamente, defende a desburocratização, a promoção de gestão empresarial dos serviços públicos e a racionalização dos recursos e serviços do Estado (Gore, 1996; Osborne & Gaebler, 1993; Rosanvallon, 1995, citado por Nunes, 2016, p.41).

A *Governance* analisa e interpreta as interações entre os diferentes elementos e organizações que fundamentam e culminam numa decisão (Pyone, Smith & van den Broek, 2017). Deste modo, o conceito não vai ao encontro das teorias tradicionais da Administração Pública uma

⁶ Do original “(...) *the people, institutions and resources, arranged together in accordance with established policies, to improve the health of the population they serve, while responding to people’s legitimate expectations and protecting them against the cost of ill-health through a variety of activities whose primary intent is to improve health*”. Traduzido pela própria.

vez que se identifica com uma teoria de redes, isto é, a interação e possíveis contributos entre organizações e entidades diferenciadas com a ambição de, através da sua interação, atingir os objetivos com propósito público.

A OMS (2011b; 2007) e Ruger (2007) acreditam que a boa governação diz respeito aos instrumentos técnicos e formais que proporcionam um melhor exercício e desempenho do setor público. Não obstante, McGuire (2010) defende que este conceito é multidimensional e transcende as normas formais na medida em que estas, por si só, não garantem o envolvimento e compromisso dos vários *stakeholders*. Na mesma linha de pensamento Booth (2011); Benz, Lutz, Schimank e Simonis (2007); Draude (2007) e Foerster e Koechlin (2011) defendem que a governação está tendencialmente associada a uma influência informal⁷, contudo devidamente estruturada e metódica, procurando dar resposta a necessidades coletivas.

No contexto da implementação e efetividade de políticas públicas, a governação compreende um conjunto de regulamentos e diretrizes administrativas e normativas, formais e informais, assim como agentes facilitadores da atividade organizacional (Lynn, Heinrich, & Hill, 2000; Marques, Teixeira & Nogueira, 2020). Bovaird e Loeffler (2015) realçam, no entanto, a subsistência de um conjunto de elementos externos (políticos, financeiros, ambientais, tecnológicos, sociais ou legislativos) que influenciam e/ou conduzem a reforma das mesmas.

Na visão de Marques, Teixeira e Nogueira (2020) a *Governance* promove a *accountability* e garante uma operacionalização da política assim como a viabilidade organizacional dentro dos parâmetros legais, procurando maximizar a eficiência e a eficácia.

⁷ Isto é, proveniente de uma figura não estatal.

2.3. Governance na Saúde

Na perspetiva de Allen (2000), a *Governance* clínica é dotada de princípios de excelência no âmbito da reengenharia, simplificação e inovação de processos, priorizando os utentes e os resultados.

Importa destacar a visão de Sheard, Clydesdale e Maclean (2019) que aludem que a qualidade da *Governance* na área da saúde pode influenciar e/ou determinar o alcance em termos de eficiência e eficácia dos próprios cuidados de saúde prestados pelas instituições hospitalares. Deste modo, é fulcral a exclusão de agentes que dificultem a concretização dos objetivos organizacionais e, na perspetiva dos autores supracitados, cabe à *Governance* Clínica estabelecer-se como garante da sustentabilidade, qualidade e segurança dos doentes.

Não obstante, constata-se uma tendência para o incremento das necessidades de prestação de cuidados de saúde que, porém, não acompanha a implementação de políticas adequadas, justificada pela limitação de recursos. Paralelamente, a pressão no sentido de alargamentos sucessivos no acesso aos cuidados de saúde, somado aos custos incrementais e exponenciais (subjacentes a equipamentos médicos de ponta), culmina no agravamento da despesa pública e tornam os serviços ineficientes do ponto de vista operacional. Neste sentido, verifica-se uma mutação das políticas públicas tradicionais perante a necessidade do desenvolvimento tecnológico e de concretizar e conceder tratamentos altamente dispendiosos (Davies, Wetherill & Barnett, 2006).

Tabela 1. Símula dos Principais Conceitos.

Conceito	Principais Autores	Definição
<i>Governance</i>	Leftwich (1993); Lynn, Heinrich e Hill (2000); Peters (2014); Bovaird e Loffer (2016).	Remete para as relações que a organização estabelece com diversos agentes e <i>stakeholders</i> de forma a maximizar e a influenciar positivamente os resultados, nomeadamente os <i>outcomes</i> para os cidadãos. Está relacionada com a <i>accountability</i> e com uma atuação sustentável, transparente e ética.
Procriação Medicamente Assistida	Oliveira (2008); Zegers-Hochschild <i>et al.</i> (2009); Calhaz (2012); Mata (2019);	Conjunto de instrumentos, procedimentos e tratamentos que manipulam a concepção. É um conceito inverso à procriação natural, uma vez que está subjacente ao auxílio médico e/ou laboratorial para a ocorrência da fecundação.
Inovação	Shumpeter (1985); Druker (1987); Ganter & Hecker (2013); Bilhim, Guimarães e Junior (2013).	A inovação é multidimensional e ocorre após a identificação de uma necessidade e/ou problemática, estando subjacente à mudança. Esta é potenciada pela disponibilidade de recursos, isto é, só é adotada quando existe capacidade de assimilação e produz, necessariamente, <i>outcomes</i> .
Inovação Organizacional	Damanpour e Evan (1984); OCDE (2005); Bovaird (2015).	A inovação organizacional está relacionada com a implementação e efetivação de um novo método organizacional na atividade quotidiana e nas respetivas relações externas.
Inovação dos Processos	Porter (1985); Schedler & Helmuth (2015); Kenneth (2018).	A inovação do processo diz respeito à transformação de um método ou processo com vista a otimizar o lucro e diminuir os custos

Fonte: Elaboração Própria.

2.4. Eficácia Organizacional e Inovação na Saúde

A eficácia espelha a capacidade de alcance dos objetivos estipulados e garante uma exigência e produtividade organizacionais. Na ótica de Goddard e Smith (2001) a eficácia é passível de ser mensurada consoante quatro fatores, designadamente através da concretização de objetivos, da obtenção de recursos, dos processos internos e da satisfação dos stakeholders. Por outro lado, para Nogueira (2014) o objetivo primordial de uma organização passa pela sobrevivência e defende que a mesma só é possível se a organização se basear e concentrar em princípios de eficiência, produtividade e eficácia.

Importa, no entanto, fazer uma distinção entre o conceito de eficácia e eficácia organizacional. Tolbert e Hall (2015) definem a eficácia organizacional como a aptidão de um organismo alcançar os objetivos a que se propõe e destaca a capacidade de adaptação e a satisfação dos elementos da organização perante mudanças da envolvente externa.

A eficácia dos tratamentos de PMA é potenciada por um conjunto de fatores, nomeadamente incentivos e políticas públicas, como o alargamento da idade limite para recorrer a este tipo de tratamentos assim como o incremento do número de ciclos. Por outro lado, a probabilidade de sucesso do tratamento é tão maior quanto mais cedo os casais recorrerem a este tipo de terapia, uma vez que se verifica uma taxa de insucesso à medida que a idade avança (Lavinha, 2016). O mesmo autor, à semelhança de Moura, Silva, de Freitas, Abreu, Baía e Samorinha (2019), defende que para obter um melhor aproveitamento dos tratamentos de PMA, deverá haver um investimento na literacia da saúde sexual e reprodutiva de modo a ser possível um diagnóstico precoce da infertilidade. Reis (2016), por outro lado, defende o incentivo às técnicas de PMA através do incremento do investimento público no SNS, uma maior cobertura na comparticipação dos fármacos e um aumento do número de centros públicos de PMA de modo a aumentar o número de crianças nascidas com recurso à PMA.

Para além de regulador, o Estado e os demais organismos públicos são prestadores de bens e serviços em diversos segmentos da sociedade. No entanto, as organizações públicas, dada a sua estrutura densa, são resistentes à mudança e processos que provoquem uma oscilação da sua atividade (Madureira & Rodrigues, 2009).

De acordo com Madureira e Rodrigues (2009), a Administração Pública pauta-se pela burocracia de procedimentos, normas e regras centenárias que muitas vezes travam a mudança organizacional. Ainda que a rotinização e monotonia reflitam uma atividade estabilizada, segura e necessária para os elementos da organização, a inovação é um elemento imprescindível que conduz à modernização das instituições.

Foi no contexto da NPM nos anos 90 (Nunes & Harfouche, 2015) que se impulsionou a inovação na Administração Pública, que segundo Bilhim, Guimarães e Junior (2013) coincidiu com a implementação de novos instrumentos gestionários para incrementar os níveis de eficiência e desempenho. Na perspetiva de Maria Manuel Leitão Marques, antiga Ministra da Presidência e da Modernização Administrativa, a importância da inovação surge da necessidade de maximizar os exíguos recursos e da imperatividade em gerar ganhos no âmbito da eficiência organizacional (INA, 2018).

Drucker conceptualiza a inovação como o “meio pelo qual empreendedores exploram mudanças como uma oportunidade para implementar de uma maneira diferente de atuar, um diferente serviço, produto, processo ou negócio” (Drucker, 1987, p. 25). Em concordância, Shumpeter a explica a inovação como um “processo de busca, descoberta, experimentação, desenvolvimento, imitação e adoção de novos produtos, processos de produção e arranjos organizacionais” (Shumpeter, 1985, p. 169).

De acordo a OCDE (2005), a inovação pode assumir quatro vertentes que poderão estar, ou não, correlacionadas entre si, nomeadamente a inovação do produto (que pressupõe a inclusão de um novo serviço ou bem expressivamente otimizado); a inovação dos processos (relacionada com a implementação de um procedimento produtivo ou distributivo novo ou otimizado); a inovação no marketing (subjacente a mutações significativas ao nível do marketing do produto); e a inovação organizacional (que implica a implementação e efetivação de um novo processo e/ou método organizacional na atividade e nas relações externas da organização).

A OCDE (2005) e Ganter e Hecker (2013) destacam múltiplas vantagens subjacentes à inovação nomeadamente o incremento do desempenho, aumento da satisfação e motivação

dos profissionais de saúde. Assim, a inovação permite um melhor aproveitamento dos recursos públicos e cria valor público (OECD, 2019).

Esta investigação foca na influência da inovação organizacional e dos processos no âmbito da eficácia dos centros públicos de PMA.

2.4.1. Inovação Organizacional

O conceito de inovação organizacional emergiu na década de 60 e caracteriza-se pela implementação de uma nova proposta dinâmica concebida internamente ou externamente à organização (Damanpour e Evan, 1984). Kóvacs (2002) alarga o conceito às relações interpessoais, novos métodos de atuação e a novos modelos de conduta dentro da organização.

De acordo com o Manual de Oslo, uma inovação organizacional advém de uma decisão estratégica assumida e admitida pelos elementos da organização e, por outro lado, deve introduzir um método novo e inovador, independentemente de já ter sido, ou não, adotado noutras áreas e/ou instituições (OCDE, 2005).

Na opinião de Mol & Birkinshaw (2009) são quatro as dimensões que caracterizam a efetividade de uma inovação organizacional nomeadamente quando espelham um progresso considerável ao nível do conhecimento; quando possibilitam e potenciam o alcance dos objetivos organizacionais; quando transforma a atividade dos gestores; e quando é implementado e enraizado operacionalmente na organização.

A implementação de inovação organizacional em serviços públicos contribui para o incremento da qualidade dos mesmos. Importa referir, no entanto, o papel crucial das políticas públicas enquanto agente facilitador neste domínio.

Serão os centros públicos de PMA eficazes organizacionalmente? Por forma a sistematizar uma resposta para esta questão olharemos para a eficácia como consequente de implementação de inovações na organização

2.4.2. Inovação dos Processos

Na ótica de Schedler & Helmuth (2015), o processo é um instrumento sequencial e/ou cronológico que reflete o funcionamento e as ações necessárias para atingir os objetivos. É o *input* necessário para concretizar o *output*.

Neste contexto, Porter (1985) distingue dois tipos de processo, designadamente *core process*, que reflete uma contribuição significativa na atividade e na perceção do cliente/cidadãos e *support process* que remete para funções de suporte pouco perceptíveis por parte dos cidadãos, que facilmente podem ser efetivadas através de um regime de outsourcing, todavia impactuam na eficácia da organização.

A análise do processo estende-se ao longo de três fases. Num primeiro momento, evidencia-se o processo, isto é, a identificação dos constrangimentos no processo e dos elementos que carecem de otimização, permitindo que o processo seja replicado numa organização semelhante (Schedler & Helmuth, 2015). Posteriormente, deverá ser definida a reengenharia do processo, isto é, um planeamento e reconfiguração de um processo alternativo para satisfazer as necessidades do utente. Por último surge a otimização do processo, subjacente à efetividade (que descreve o grau em que um objetivo é alcançado), à eficiência e ao impacto no ambiente externo (que traduz o rácio entre o *input* e o *output*).

A inovação de processos caracteriza-se pela execução de um método de produção ou distribuição novo ou otimizado com alterações significativas ao nível de técnicas, equipamentos e/ou softwares. Este tipo de inovação visa, principalmente, diminuir custos e incrementar a qualidade do serviço (OCDE, 2005).

Vários críticos enumeram mecanismos com vista a melhorar as práticas organizacionais a nível nacional e internacional, entre eles:

- Redefinição e adaptação do orçamento relativo aos cuidados de saúde reprodutivos e o estabelecimento de parcerias externas (Ombelet, 2008);
- Regulamentação de seguros privados que incluam a PMA (Thomson, Foubister, Mossialos & World Health Organization, 2009);

- Discussão dos tratamentos de PMA com base na perceção dos beneficiários (Barros, 2012);
- Promoção de estratégias de consciencialização da patologia da infertilidade;
- Aumento do número de ciclos/tratamento para tratamentos de infertilidade nos centros públicos de PMA (Silva & Barros, 2012).

2.5. Natalidade e Fertilidade em Portugal

A taxa de natalidade corresponde ao número de nados-vivos que nascem por mil habitantes, enquanto a taxa de fecundidade, segundo a Pordata (2021a), retrata a estimativa do número de nascimentos por cada 1000 mulheres em idade fértil⁸, permitindo, assim, identificar o número de filhos que subsistem em cada mil mulheres até ao fim do seu período reprodutivo.

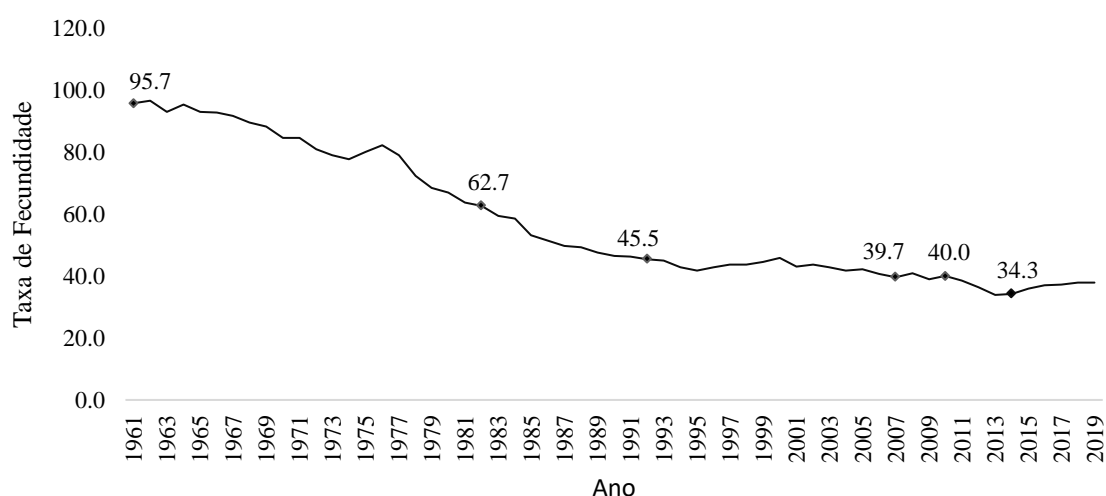
Apesar de se constatar um declínio tendencial no âmbito da natalidade e fecundidade na Europa e em Portugal desde os anos sessenta (Figura 3), a diminuição mais acentuada verificou-se entre 2010 e 2014, período que reflete e coincide com uma profunda crise financeira e económica (Mendes, 2018). A fecundidade em Portugal retratava, no início dos anos 70, sensivelmente 3 filhos por mulher, enquanto em 2013 representava 1,23 número de filhos. Significa isto que, em menos de meio século, assistiu-se a uma quebra alarmante do indicador demográfico em análise, classificando Portugal num dos países com taxas de fecundidade mais baixas do mundo.

A tendência para o adiamento da maternidade pode ser explicada através de múltiplos fatores, entre eles a priorização da carreira profissional, prolongamento dos estudos, a carência de apoios e subsídios estatais e a propensão mais tardia para a transição para a vida adulta. Importa realçar que o fenómeno do adiamento do nascimento do primeiro filho impactua no âmbito da fertilidade, uma vez que quanto mais tarde ocorrer o nascimento do primeiro filho, menor a probabilidade da conceção de um número elevado de filhos (Mendes, 2018).

⁸ Isto é, dos 15 aos 49 anos.

Observa-se, assim, uma tendência negativa, espelhada numa quebra de 50% em termos de natalidade entre a década de 60 e a atualidade (passando de cerca de 200 mil nados-vivos anuais, para 90 mil). Este fenómeno conduz a uma insustentabilidade demográfica e à respetiva diminuição anual e proporcional da dimensão populacional das gerações (Mendes, 2018).

Figura 3. Evolução da Taxa de Fecundidade em Portugal.



Fonte: PORDATA (2021b). Taxa de Fecundidade Geral. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+geral-618>

Este panorama justifica a relevância da assimilação das condutas reprodutivas atuais e a perceção de tendências futuras de modo a combater as lacunas da demografia portuguesa, uma vez que o declínio das variáveis em análise poderá comprometer a dinâmica de gerações futuras (Mendes *et al*, 2016).

A OMS estima que 10 a 15% da população mundial é afetada pela infertilidade, que se traduz em 50 a 80 milhões de indivíduos inférteis (WHO, 2018). Em Portugal esta patologia afeta cerca de 300 mil casais, sendo que um em cada sete casais procura auxílio e tratamento médico de forma a concretizar a gravidez (Casal, 2016).

Ainda que nos últimos séculos tenha sido notória a tendência da atribuição da infertilidade à figura feminina, a emancipação da mulher e, principalmente, a medicina têm sido fatores

chave na desmistificação dessa construção social, uma vez que evidencia a prevalência de infertilidade tanto na figura feminina, como na masculina (e Reis e de Oliveira, 2008). Na mesma linha de pensamento, de Barros (2011) constata que a infertilidade é uma patologia que acompanha a evolução da humanidade, não sendo por isso uma questão emergente da atualidade.

A Associação Portuguesa de Fertilidade define a infertilidade como “(...) o resultado de uma falência orgânica devida à disfunção dos órgãos reprodutores, dos gametas ou do conceito”⁹. Poderá evidenciar-se, também, no caso de o casal abortar consecutivamente pelo menos três vezes (Zegers-Hochschild, Adamson, Racowsky, De Mouzon, Sokol & Simpson, 2017).

Já o Comité Internacional de Monitorização de Tecnologias Reprodutivas Assistidas assim como a OMS apontaram a infertilidade como “a incapacidade de estabelecer uma gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas e/ou a diminuição da capacidade de reprodução de uma pessoa, quer como indivíduo quer com o seu parceiro”¹⁰ (Zegers-Hochschild, Adamson, Racowsky, De Mouzon, Sokol & Simpson, 2017).

Na perspetiva de Mata (2019) a procriação pode ser qualificada em termos distintos, nomeadamente como primária ou secundária. A primeira verifica-se quando o casal nunca teve capacidade de conceber uma gravidez sem intervenção, enquanto a infertilidade secundária traduz a incapacidade de conceber uma nova gravidez sem recurso à PMA, ainda que já tenha tido sucesso numa gravidez anterior sem qualquer intervenção médica.

Quanto aos fatores intrínsecos à infertilidade no homem, de acordo com o site oficial da SPMR¹¹, sobressaem patologias no seio produção, qualidade e quantidade de esperma

⁹ Disponível em <http://www.apfertilidade.org/infertilidade.php>

¹⁰ Do original “*the failure to establish a clinical pregnancy after 12 months of regular, unprotected sexual intercourse or due to an impairment of a person’s capacity to reproduce either as an individual or with his/her partner.*” Traduzido pela própria.

¹¹ Disponível em <https://smpm.pt/perguntas>

(espermatozoides com mobilidade reduzida; espermatozoides com configuração anormal e a diminuição ou ausência de espermatozoides). No que diz respeito às mulheres, a mesma fonte assinala maioritariamente patologias no sistema reprodutor, nomeadamente ao nível das lesões nas trompas de falópio, endometriose assim como constrangimentos na ovulação. Associadas, tanto ao homem como à mulher, surgem as doenças sexualmente transmissíveis assim como doenças crónicas (e Reis & de Oliveira, G., 2008). Não obstante, existe uma elevada percentagem de casos cujo motivo de infertilidade não é passível de ser cientificamente identificado (Tabela 2).

Tabela 2. *Causas de infertilidade.*

Fatores de Infertilidade	Valor (%)
• Fatores combinados	40
• Elementos masculinos	26-30
• Disfunção Ovulatória	21-25
• Patologia Tubária	14-20
• Outras anomalias	10-13

Fonte: Elaboração própria com base em Lindsay & Vitrikas (2015). Evaluation and treatment of infertility. *American family physician*, 91(5), 308-314. Disponível em <https://www.aafp.org/afp/2015/0301/afp20150301p308.pdf> pág. 309.

Ao longo dos anos a infertilidade tem vindo a ser considerada uma patologia que pode ser revertida através do recurso a técnicas e tratamentos de PMA. Ainda que o fenómeno da infertilidade não seja motivo exclusivo para os sujeitos recorrerem a tratamentos de PMA, retrata ser a principal motivação, razão pela qual esta temática e realidade justifica algum enquadramento (Gonçalves, 2020).

CAPÍTULO III - CARACTERIZAÇÃO DA PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

3.1. Conceito de Procriação Medicamente Assistida

A PMA corresponde ao conjunto de técnicas e instrumentos que viabilizam ou facilitam a procriação. Segundo a OMS, espelha os procedimentos de reprodução assistida com recurso a tecnologia, incitada pelo estímulo ovariano, indução de ovócitos assim como inseminação intra-uterina, intracervical e intravaginal com espermatozoides do parceiro ou dador (Zegers-Hochschild et al., 2009).

O Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), define a PMA como “(...) o conjunto de todos os tratamentos ou procedimentos que incluem a manipulação in vitro de gâmetas (espermatozoides ou ovócitos) humanos ou embriões com a finalidade de conseguir uma gravidez”¹² (Calhaz, 2012). Assim, a fecundação está subjacente ao apoio e colaboração médica e laboratorial, excluindo a ocorrência de um ato sexual (Mata, 2019).

A investigação científica no campo da PMA intensificou-se no decorrer do século XX, resultando no primeiro nascimento de um bebé com recurso à FIV no ano de 1978, em Inglaterra. Foi o embriologista Robert Edwards que se estreou no campo da PMA ao alcançar a conceção e nascimento do primeiro bebé proveniente de uma mulher sem trompas de falópio¹³.

¹² Disponível em “Procriação medicamente assistida – evolução histórica e implicações clínicas”: PMA: Presente e Futuro – Questões emergentes nos contextos Científico, Ético, Social e Legal, Fundação Calouste Gulbenkian, janeiro de 2012 cit. p. 2.

¹³ Neste contexto, em 2010 foi-lhe atribuído e reconhecido o Prémio Nobel da Medicina (da Cruz Brandão, 2014). Não obstante, foi no ano de 1986 que o Dr. António Pereira Coelho, 8 anos mais tarde, fez nascer em Portugal o primeiro bebé com recurso a *Fertilização In Vitro*.

De acordo com a Tabela 3 é possível observar um aumento desde 2014 da representação do número de nascimentos ocorridos com o apoio da PMA em Portugal. Em 2017 3,2% dos nascimentos (2796) decorreram destas técnicas de apoio à procriação, o que leva Oliveira (2008) a defender que existe potencial no âmbito da PMA e nas demais inovações tecnológicas em mitigar a tendência do contexto sociodemográfico e o número insuficiente de nascimentos em Portugal.

Tabela 3. Número de nascimentos em Portugal com recurso à Procriação Medicamente Assistida.

	Nº de crianças nascidas em Portugal com recurso à PMA	% do total de nascimentos em Portugal
2014	2428	2,9%
2015	2504	2,9%
2016	2656	3%
2017	2796	3,2%

Fonte. CNPMA (2014). Relatório sobre a atividade em PMA 2014. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2014.pdf ; CNPMA. (2015) Relatório sobre a atividade em PMA 2015. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2015.pdf ; CNPMA. (2016) Relatório sobre a atividade em PMA 2016. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2016.pdf ; CNPMA. (2017) Relatório sobre a atividade em PMA 2017. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2017.pdf

O conceito de PMA é multidimensional podendo-se classificar como Procriação Homóloga ou Procriação Heteróloga. Esta distinção tem como fundamento a proveniência dos gametas, assim, a reprodução é homóloga quando os gametas utilizados nas técnicas e procedimentos derivam, necessariamente, dos dois elementos do casal, ou seja, quando os beneficiários são os progenitores. Quando, por outro lado, é utilizado material genético de terceiros (ovócitos, espermatozoides ou ambos), a PMA é classificada como heteróloga (Mata, 2019).

3.2. Principais técnicas de Procriação Medicamente Assistida

O artigo 2º da lei nº32/2006 prevê o conjunto de técnicas de PMA autorizadas no ordenamento jurídico português, designadamente a Inseminação artificial (IA), a Fertilização *in vitro* (FIV), Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), a Transferência de Embriões (TET), Gâmetas (GIFT) ou Zigotos (ZIFT), o Diagnóstico genético pré-implantação DGPI, assim como outras técnicas laboratoriais de manipulação genética, embrionária equivalentes ou subsidiária.

De acordo com Cravo (2020) as técnicas de PMA diferenciam-se, na sua essência, entre dois critérios entre eles *in vivo*, quando a combinação do material genético é realizada no interior do corpo da mulher (onde se incluem os procedimentos de IA e a GIFT) ou *in vitro*, no caso de a fusão dos gâmetas masculinos e femininos se operacionalizar no exterior, isto é, através de recursos laboratoriais (onde se englobam as técnicas de TET, ZIFT, ICSI e FIV).

3.2.1. Inseminação artificial (IA):

A Inseminação Artificial, também conhecida por Inseminação intraconjugal ou intrauterina, processa-se após o período menstrual através da estimulação da ovulação que se caracteriza pela administração de fármacos por via oral ou injetável. Uma vez que o objetivo passa por provocar a ovulação num período temporal específico, o sémen é tratado em termos laboratoriais de forma paralela e, posteriormente, é introduzido diretamente no aparelho genital feminino aquando do período de ovulação da gestante (Gonçalves, 2020). Na IA os espermatozoides poderão ser oriundos do companheiro da mulher ou de um dador (Cardoso, 2017).

Segundo o CNPMA (2021), a taxa de sucesso com recurso a IA pode superar os 15%, sendo que esta a técnica menos invasiva e mais acessível financeiramente. Os custos relativos a esta técnica numa clínica privada podem oscilar entre os 400 e os 1420 euros, excluindo os custos relativos às consultas, exames e fármacos necessários (Cardoso, 2017).

3.2.2. Fertilização *in vitro* (FIV):

A fertilização *in vitro*, contrariamente à IA, pressupõe a ocorrência da fecundação em sede laboratorial, isto é, de forma externa ao organismo (Cardoso, 2017). Numa primeira fase é realizada a estimulação ovárica com recurso a fármacos injetáveis ao longo de dez dias consecutivos, cujo objetivo passa pela punção folicular (a recolha de ovócitos por via da parede vaginal). É realizada, paralelamente, a colheita de gâmetas masculinos no mesmo dia, e posteriormente, os gâmetas (femininos e masculinos) são postos em contacto por via de inseminação laboratorial, com vista à formação de embriões (Cardoso, 2017). Segundo o CNPMA (2021), a taxa de fecundação ronda os 70%. Decorrido o período entre dois e cinco dias, são transferidos para o útero da beneficiária entre um e dois embriões. Sensivelmente 15 dias após a transferência embrionária é efetuado um teste de gravidez de forma a apurar o sucesso do tratamento. De acordo com a mesma fonte, a taxa de sucesso desta técnica varia entre os 25% e os 30%. No que diz respeito aos custos associados à FIV numa clínica privada, podem variar entre os 2700 euros e os 5260 euros (Cardoso, 2017).

3.2.3. Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI):

A Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide ocorre fora do útero da beneficiária, e à semelhança da FIV, tem como objetivo a fundação dos ovócitos. Não obstante, nesta técnica é injetado um espermatozoide no interior de ovócito, resultando num embrião. Posteriormente, o embrião é introduzido no útero da gestante, recorrendo à mesma técnica usada na FIV (Cardoso, 2017). A mesma autora elenca os custos para este tratamento, nomeadamente entre os 3700 euros e os 5750 euros no setor privado.

Segundo o CNPMA (2021), a taxa de sucesso é levemente inferior à da FIV.

3.2.4. Transferência de Embriões (TET) Gâmetas (GIFT) ou Zigotos (ZIFT):

No que diz respeito à TET e ZIFT, a fecundação é realizada *in vitro*, ou seja, a fecundação ocorre em sede laboratorial, todavia, quer a transferência de zigotos quer a transferência de embriões são alocados nas trompas de falópio da gestante (e não no útero).

No caso da GIFT os gâmetas são preparados laboratorialmente e depois transplantados para as trompas de Falópio da mulher (Cardoso, 2017). Esta técnica diferencia-se das duas mencionadas anteriormente na medida em que a fecundação é in vivo, ou seja, a fusão dos gâmetas ocorre diretamente nas trompas de Falópio da gestante (e não em laboratório).

Este conjunto de técnicas distingue-se das mencionadas anteriormente uma vez que a transferência de TET, GIFT OU ZIFT é realizada nas trompas de falópio e não no útero da mulher.

3.2.5. Diagnóstico genético pré-implantação (DGPI):

A técnica (acessória) do DGPI decorre no contexto da Microinjeção Intracitoplasmática de espermatozoides uma vez que são selecionadas células do embrião a fim de apurar possíveis doenças genéticas ou cromossómicas e, simultaneamente, é realizada uma seleção dos embriões a fixar no útero, em sede laboratorial, que reúnam as condições de segurança. Este processo assegura a transferência de embriões saudáveis, evitando uma gestação com complicações no que diz respeito ao desenvolvimento do feto (Cardoso, 2017).

3.2.6. Outras técnicas laboratoriais de manipulação genética, embrionários equivalentes ou subsidiária:

De acordo com o disposto na alínea f) do artigo 2º da Lei n.º 32/2006 o legislador manifesta alguma sensibilidade na medida em que não limita o recurso a técnicas de procriação somente às já conhecidas, admitindo outras técnicas que possam emergir equivalentes e/ou subsidiárias (Cardoso, 2017).

3.3. Enquadramento Legal da Procriação Medicamente Assistida

Ainda que em Portugal as técnicas da PMA sejam utilizadas desde os anos 80, foi somente em 2006 que o diploma regulador da atividade foi aprovado, classificando Portugal num dos últimos países entre os Estados membros da UE a legislar neste campo. Este acarretou benefícios e salvaguardas uma vez que reduziu o “turismo reprodutivo” (isto é, a ida a países vizinhos em função da necessidade e vontade de recorrerem à procriação assistida), proibiu o

tráfico ilegal de gâmetas e a concretização ilícita das técnicas de PMA, isentas de supervisão médica (Silva, 2011).

A evolução social e as construções éticas evolutivas deram lugar a múltiplas adaptações relevantes no ordenamento jurídico português (Tabela 4).

Tabela 4. *Enquadramento Legal.*

Legislação	Descrição
Decreto-Lei nº 319/86 – Diário da República nº221/1986	Elenca as regras jurídicas que dizem respeito à função dos bancos de esperma, assim como as técnicas de procriação artificial humana.
Lei nº 120/99 – Diário da Reública nº186/1999	Fortalece as garantias do direito à saúde reprodutiva.
Decreto-Lei nº12/2005 – Diário da República nº18/2005	Define a noção de informação de saúde e de informação genética, a circulação de informação e a intervenção sobre o genoma humano no sistema de saúde; regula o âmbito da colheita e conservação para efeitos de exames genéticos e de investigação.
Decreto-Lei nº 32/2006 - Diário da República nº143/2006	Estabelece a utilização de técnicas de PMA e cria o Conselho Nacional de PMA.
Despacho nº 24855/2008 – Diário da República nº 102/2008	Elenca as determinações sobre a Rede de Referenciação de infertilidade.
Despacho nº 147887/2008 - Diário da República 102/2008	Cria o Projeto de Incentivos à PMA com vista a otimizar os resultados de Portugal perante a Europa.

Despacho nº 15443/2009 - Diário da República nº 130/2009	Institui o regime de comparticipação da medicação para os tratamentos de PMA.
Despacho nº 3219/2011 - Diário da República nº 34/2011	O Centro Hospitalar Universitário do Porto cria o Banco Público de Gâmetas
Lei nº 17/2016 - Diário da República nº 116/2011	Amplia os beneficiários dos tratamentos de PMA, nomeadamente a todas as mulheres independentemente do estado civil, orientação sexual ou diagnóstico de infertilidade.
Lei nº 25/2016 - Diário da República nº 160/2016	Regula o acesso à gestação de substituição.
Despacho nº 679/2017 - Diário da República nº8/2017	Apresenta uma nova estratégia de acesso a técnicas de PMA no SNS; prioriza o desenvolvimento da rede nacional de centros públicos filiados ao BPG; determina e avalia os valores das compensações atribuídas aos dadores de gâmetas.

Fonte: Elaboração própria.

Todos os contributos tiveram a sua relevância e influência, alguns mais do que outros – quer pela sua necessidade quer pelo seu objeto. Iremos de seguida debruçar-nos sobre alguns destes diplomas que consideramos merecer destaque.

Despacho n.º 14788/2008

O Despacho nº 14788/2008 criou um projeto de incentivos à PMA com vários objetivos, entre eles o fomento e alcance da atividade de Portugal relativamente ao número médio de tratamentos efetuados a nível europeu, designadamente passar de 2500 ciclos anuais para 6250 ciclos de FIV/ICSI. Assim, de acordo com os relatórios de atividade de PMA disponibilizados pelo CNPMA, foi possível apurar e analisar a evolução do número de ciclos efetuados nos centros públicos de PMA (Tabela 5).

Tabela 5. Número de ciclos FIV/ICSI realizados nos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida.

Ano	Número de ciclos FIV/ICSI
2011	2754
2012	3033
2013	3345
2014	3425
2015	3673
2016	3920
2017	3828

Fonte CNPMA (2011). Relatório sobre a atividade em PMA 2011. Disponível em https://www.spmr.pt/files/pma_nacional_2011.pdf; CNPMA (2012). Relatório sobre a atividade em PMA 2012. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2012.pdf; CNPMA (2013). Relatório sobre a atividade em PMA 2013. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2013.pdf; CNPMA (2014). Relatório sobre a atividade em PMA 2014. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2014.pdf; CNPMA. (2015) Relatório sobre a atividade em PMA 2015. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2015.pdf; CNPMA. (2016) Relatório sobre a atividade em PMA 2016. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2016.pdf; CNPMA. (2017) Relatório sobre a atividade em PMA 2017. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2017.pdf

Ainda que se verifique uma tendência crescente do número de ciclos de FIV/ICSI realizados, a meta do ordenamento jurídico português não foi alcançada, sendo 3920 o número anual máximo de ciclos realizados no setor público (em 2016). Paralelamente, verifica-se um ligeiro decréscimo de número de tratamentos entre o ano de 2016 e 2017 (coincidente com a implementação da política pública referente ao alargamento das beneficiárias no âmbito do acesso às técnicas de PMA).

Neste sentido, é possível concluir que, ao longo dos últimos sete anos¹⁴, Portugal não desenvolveu mecanismos que efetivassem a aproximação aos valores registados ao nível da Europa e, por conseguinte, não se revelou eficaz nas políticas públicas e objetivos específicos a que se propôs a médio prazo.

Através do Despacho supracitado o Estado português comprometeu-se, também, a promover a equidade no acesso e no financiamento da PMA, designadamente através da redução das listas de espera e de uma aposta numa maior participação estatal a nível financeiro (de modo a diminuir as lacunas ao acesso potenciadas pelo estatuto socioeconómico dos casais portugueses). O Despacho n.º 10910/2009¹⁵ espelhou a eficácia da medida proposta uma vez que se verificou uma maior responsabilização do Estado em termos de participação, nomeadamente de 35% para 69% no âmbito dos medicamentos referentes especificamente à PMA. Os beneficiários de tratamentos de PMA no setor público têm a seu cargo, atualmente, 31% dos custos relativos à medicação. Não existem dados oficiais publicados relativamente às listas de espera, pelo que não foi possível analisar a eficácia desse indicador. O regime de preços foi estabelecido através do mesmo Despacho (Tabela 6).

¹⁴ Em que há registos oficiais. Os relatórios de atividade de PMA só distinguem a atividade do setor público do privado a partir do ano de 2011. Importa referir que o último relatório aprovado faz referência à atividade do ano de 2017.

¹⁵ alterado pelo Despacho n.º 13796/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 206, de 24 de outubro de 2012

Tabela 6. Tabela De Preços Do Sistema Nacional De Saúde.

Designação	Preço (€)	Pond.
Consulta de apoio à fertilidade	92	15,7
Indução da ovulação	138	23,6
Inseminação intrauterina	349	59,7
Fertilização <i>in vitro</i>	2185	373,5
Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)	2404	410,9
Injeção intracitoplasmática de espermatozoides recolhidos cirurgicamente (ICSI)	3058	522,9

Fonte: Portaria n.º 273/2012 – Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05

Despacho n.º 10789/2009

O Despacho n.º 10789/2009 foi publicado com o particular objetivo de melhorar e potenciar meios para garantir o acesso eficaz e eficiente aos cuidados de saúde no âmbito das técnicas de PMA, nomeadamente no que diz respeito às consultas e aos tratamentos. Por outro lado, pretendia uma “recuperação extraordinária da sua lista de espera para técnicas de segunda linha de PMA”.

O Despacho supracitado veio permitir o direcionamento de casais para outro centro público ou centro privado¹⁶, nas situações em que o tempo de espera exceda os 12 meses e os mesmos tenham indicação para técnicas de segunda linha (FIV e a ICSI). Esta regra estende-se, atualmente, a todos os que cumprem os critérios referentes ao alargamento no âmbito dos

¹⁶ De acordo com o disposto no n.º6 e n.º7 do artigo supracitado (“6 - As Administrações Regionais de Saúde podem efectuar acordos com centros privados de PMA nos termos do artigo 15.º do Decreto Regulamentar n.º5/2008, de 11 de Fevereiro, mediante o estabelecimento prévio das condições em que os centros privados autorizados podem receber casais referenciados pelos hospitais públicos com centros de PMA pertencentes à Rede de Infertilidade da respectiva Região”).

beneficiários para tratamentos de PMA, nomeadamente casais de lésbicas e mulheres sem parceiro)¹⁷.

De modo a monitorizar o acesso à PMA, diminuir os tempos de espera e incrementar a transparência ao nível da referência dos casais¹⁸, o Governo português encarregou-se de disponibilizar um Sistema de Informação (FERTIS) de apoio à PMA. Reconheceu, no entanto, que “(...) a complexidade na implementação do sistema FERTIS pode dificultar a melhoria imediata da acessibilidade dos casais aos tratamentos de PMA”.

Despacho nº 679/2017

Foi desenhada a redefinição da estratégia de acesso a técnicas de PMA através de um conjunto de objetivos estratégicos, entre eles o “Desenvolvimento de ações de sensibilização junto dos profissionais de saúde para a referência precoce, dada a importância da idade da mulher nas taxas de êxito dos tratamentos de PMA”, assim como a divulgação de campanhas alusivas à infertilidade, que vão de encontro ao que especialistas da área alertam, designadamente para o facto dos casais e/ou mulheres comparecerem nos centros de PMA tardiamente e pela falta de consciencialização e conhecimento relativamente à idade limite para beneficiar deste tipo de cuidados de saúde especializados¹⁹. O Presidente da SPMR defende que deve haver uma difusão de informação no âmbito dos possíveis constrangimentos como a reserva ovárica, as especificidades de preservação de óvulos assim como a antecipação dos projetos parentais, dados os constrangimentos e a particularidades quanto ao limite de idade para o acesso a tratamentos no SNS (Público, 2020).

¹⁷ De acordo com o disposto no nº2 do artigo supracitado (“7 — Estes hospitais podem, no quadro contratual pré-definido e autorizados pelas Administrações Regionais de Saúde, proceder à referência dos casais que se encontrem nas condições previstas no n.º 2 e 3 do presente despacho para outros centros públicos ou centros privados autorizados, suportando os respectivos custos, ao abrigo do seu contrato-programa.”)

¹⁸ Até então era inexistente o cruzamento de informação ao nível dos centros públicos de PMA.

¹⁹ Informação retirada das entrevistas exploratórias.

As estratégias adotadas nas campanhas de comunicação, para além de informarem e influenciarem as decisões dos cidadãos, promovem o envolvimento dos mesmos na governação da saúde e, conseqüentemente, aumentam a capacidade de resposta dos serviços de saúde (Rice & Atkin, 2012).

Após uma pesquisa documental foi possível identificar apenas uma campanha nos últimos 4 anos, desenvolvida pela SPMR, com o apoio da DGS, intitulada de “Cuida da tua fertilidade”²⁰. Esta campanha data do ano de 2017, o que traduz um resultado aquém do compromisso estabelecido pelo Estado, dadas as ausências de outras campanhas - “Divulgação de campanhas de sensibilização no âmbito da infertilidade.”

Com a introdução da Lei nº 17/2017, a 20 de junho, e o respetivo alargamento dos beneficiários deste tipo de tratamentos foi expectável, por parte do governo português, o aumento da procura por tratamentos que incluíssem material genético doado. Foi no contexto das diminutas colheitas de gâmetas (que comprometem a atividade dos Centros Públicos de PMA no âmbito de tratamentos com recurso gâmetas doados), que o Governo decidiu apostar na promoção da atividade e funcionamento do Banco Público de Gâmetas (BPG). Assim, ainda que a lei reconheça a urgência relativamente à divulgação de informação e consciencialização da necessidade da doação de, à semelhança das campanhas de fertilidade, só foi concretizada uma campanha para apelar à doação de gâmetas²¹ designadamente em janeiro de 2017.

De forma a atenuar as lacunas existentes no SNS e face à carência de resposta do setor público no que diz respeito a gâmetas heterólogos, a ACSS criou, em 2017, dois centros agregados ao BPG com o objetivo de estreitar a lista de espera para casais que dependem dos gâmetas doados. Assim, Lisboa (MAC) e Coimbra (CHUC), passaram a ser pontos de Colheita Públicos. Todavia, vale a pena salientar que a atividade dos centros referidos anteriormente

²⁰ Disponível em <http://www.cuidadatuafertilidade.pt>

²¹ Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=o7Pf_lGuJMg

não veio colmatar de forma significativa os elevados tempos de espera - como constataremos mais à frente.

3.4. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

O CNPMA tem como principal função o acompanhamento, regulação e fiscalização da atividade da PMA em Portugal e, posteriormente, apresenta os dados recolhidos à Comissão Europeia. O CNPMA é um órgão independente que, para além de atribuir licenças e monitorizar centros públicos e privados de PMA, regulamenta toda a atividade. O representante do CNPMA assim como os gestores da área da saúde defendem a contribuição do utente para a redefinição das diretrizes e implementação de políticas públicas ajustadas e, consequentemente, serviços de saúde adequados. Em Portugal, as manifestações de comunicação por parte do utilizador mais assíduas passam pelas queixas em livros de reclamação, questionários assim como cartas dirigidas diretamente ao CNPMA (Samorinha, Lichon, Silva & Dent, 2015).

As atribuições do CNPMA encontra-se designadas no Anexo I.

CAPÍTULO IV - ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA EM PORTUGAL

O direito à saúde consagrou-se na Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 e concretizou-se através da conceção do SNS. Segundo o artigo 64º da CRP, o SNS é universal, geral, equitativo e tendencialmente gratuito. Ainda que o mesmo tenha sofrido, ao longo dos anos, alterações ao nível da regulamentação, o acesso universal aos cuidados de saúde permanece no centro das políticas de saúde portuguesas (Furtado & Pereira, 2010).

Vale a pena distinguir os conceitos de acesso de cuidados de saúde e acessibilidade. Enquanto o primeiro traduz a hipótese de um indivíduo receber cuidados de saúde, a acessibilidade está subjacente à adequação dos recursos humanos e técnicos às necessidades de saúde dos pacientes (Donabedian, 1973). Frenk (1985) admite a este conceito o conjunto de obstáculos na via da aquisição de cuidados de saúde e a capacidade de a população superá-los e aceder, efetivamente, aos cuidados de saúde.

Para a OMS (2010b) o conceito de acesso a cuidados de saúde deve ter em consideração a distância (tempo de deslocação), o custo (do transporte e dos serviços em si), e questões socioculturais (como os constrangimentos linguísticos). Donabedian (1973), por outro lado, elenca três fatores chave que podem influenciar a qualidade e, conseqüentemente, inviabilizar o acesso, nomeadamente uma estrutura inadequada (que poderá resultar numa utilização ineficiente dos serviços de saúde), a escassa eficácia dos procedimentos (que resulta em elevados índices de insatisfação) e os resultados, que por serem pouco satisfatórios, inviabilizam e comprometem futuros utilizadores.

Gulliford et al. (2002) e Chapman; Zechel, Carter e Abbott (2004) identificaram os elementos que podem condicionar o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente a disponibilidade, proximidade, custo financeiro e a qualidade. A disponibilidade está subjacente à existência de uma oferta proporcional face às necessidades dos utentes, que muitas vezes é condicionada com a presença de longas listas de espera, falta de infraestruturas e ausência de serviços na localidade pretendida. Faria (2013) defende que as elevadas listas de espera refletem os

constrangimentos internos à estrutura organizacional. Por outro lado, a capacidade de resposta às necessidades dos utentes em tempo útil deriva, também, da organização institucional e poderá limitar o acesso.

Guichard (2004) reforça o ponto de vista de Faria (2013) considerando a distribuição díspar no que concerne aos hospitais e aos equipamentos de tecnologia de ponta, que se concentram nas principais áreas urbanas (Lisboa, Porto e Coimbra). Esta posição vai ao encontro da OMS (2010b) que enfatiza a desigualdade no acesso a cuidados médicos especializados.

A equidade na saúde, na perspetiva da OMS (1986), está subjacente à possibilidade de todos os cidadãos usufruírem de cuidados de saúde sem comprometer e/ou lesar esse mesmo direito a terceiros. Define-a como “a ausência de diferenças sistemáticas no acesso aos cuidados de saúde e aos ambientes que favorecem a saúde, e no tratamento de um ou mais aspectos da saúde entre populações ou grupos populacionais definidos social, económica, demográfica ou geograficamente entre países”²²(WHO, 2011a). No seio da saúde vale a pena analisar as desigualdades existentes potenciadas pela estratificação social existente, e encontrar mecanismos que diminuam as disparidades existentes (Commission on Social Determinants of Health, 2008). De acordo com o exposto anteriormente, Whitehead e Dahlgren (2006) enaltecem o facto de as disparidades existentes em termos de equidade não se caracterizarem pela sua aleatoriedade ou espontaneidade, mas pelo seu carácter regular e metódico.

4.1. Distribuição geográfica dos centros públicos de Procriação Medicamente Assistida

Segundo o CNPMA são nove os centros públicos de PMA em Portugal, distribuídos geograficamente pelo Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo (Figura 4). A região do Algarve, Açores e Madeira está completamente desprovida de centros públicos de PMA, querendo isto

²² Do original “*the absence of systematic or potentially remediable differences in health status, access to healthcare and health-enhancing environments, and treatment in one or more aspects of health across populations or population groups defined socially, economically, demographically or geographically within and across countries*”. Traduzido pela própria.

dizer que um casal e/ou mulher que resida nas regiões supracitadas tem, necessariamente, de se deslocar ao centro público mais próximo.

Neste contexto, Silva e Machado (2010) defendem que o acesso às técnicas de PMA poderá ser comprometido pela distância e o tempo que muitos casais estão sujeitos a percorrer em relação à sua zona de residência. Acresce o facto de serem tratamentos dispendiosos por si só, dolorosos e prolongados (uma vez que exigem consultas regulares). Os autores fazem alusão aos indivíduos cuja situação socioeconómica é menos favorável e aos casais que não possuem viatura própria e que, por isso, dependem da rede de transportes públicos (que muitas vezes é débil) na garantia da ligação direta ao centro público de PMA mais próximo. Assim, estes fatores resultam em constrangimentos económicos e de acesso desiguais e injustos entre os casais (Machado, 2008).

Figura 4. *Distribuição Geográfica Dos Centros Públicos De PMA.*



Fonte: Elaboração própria adaptada dos dados do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida.

Disponível em <https://www.cnpm.org.pt/cidadaos/Paginas/centros-de-pma.aspx>

Na mesma linha de pensamento, Cabral (2002) e Santana (2005) evidenciam que o acesso a cuidados de saúde diminui à medida que a distância aumenta em relação às infraestruturas, à zona de residência e aos demais recursos tecnológicos e humanos.

Na região Norte existem seis centros de PMA, entre eles, o Hospital da Senhora da Oliveira (em Guimarães), o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, o Centro Hospitalar Universitário do Porto, o Centro Hospitalar de São João, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, assim como o Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira. A região de Lisboa e Vale do Tejo conta com três centros públicos, nomeadamente com o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (Hospital Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Central (MAC) e com o Hospital Garcia de Orta.

4.2. Predominância do Setor Privado nos cuidados de saúde de Procriação Medicamente Assistida

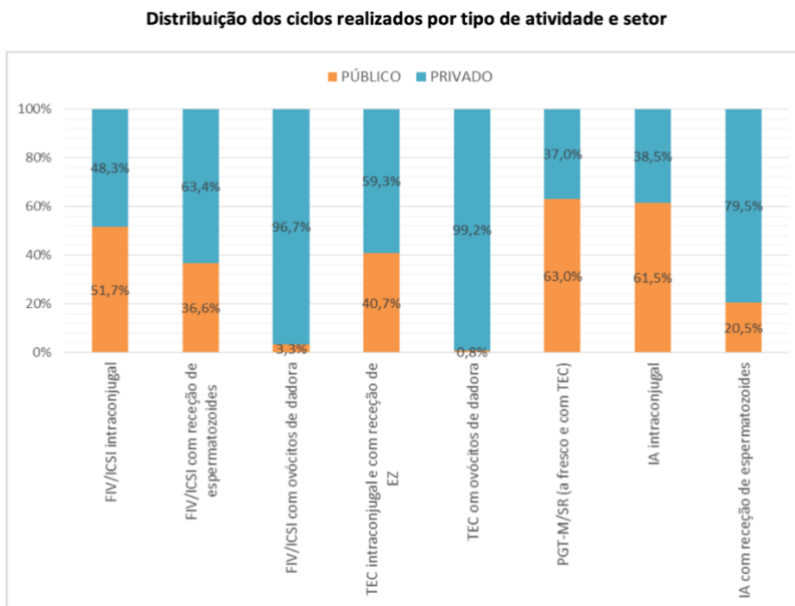
De acordo com os relatórios de atividade²³ dos Centros de PMA (de 2016 e 2017), é possível determinar a predominância do setor privado na prestação de cuidados de saúde de PMA (Figura 5 e 6). Foi possível verificar que o setor privado não tem um carácter subsidiário, mas sim primordial uma vez que cobre as lacunas do Estado, assumindo quase a totalidade no número de ciclos efetuados, sobretudo em técnicas subjacentes à utilização de gâmetas doados.

Em 2017 os centros privados representaram 98,2% da totalidade do número de tratamentos de FIV/ICSI com ovócitos de dadora, 98,9% da técnica de TEC com ovócitos de dadora e 94,1% das IA com receção de espermatozoides.

Segundo o Relatório Anual de Acesso do SNS (2019), a atividade de PMA verificou um decréscimo de ciclos de tratamentos mais simples e acessíveis, como a IA e a IIU em detrimento de técnicas mais sofisticadas e dispendiosas, porém com taxas de sucesso superiores, como é o caso da FIV e da ICSI.

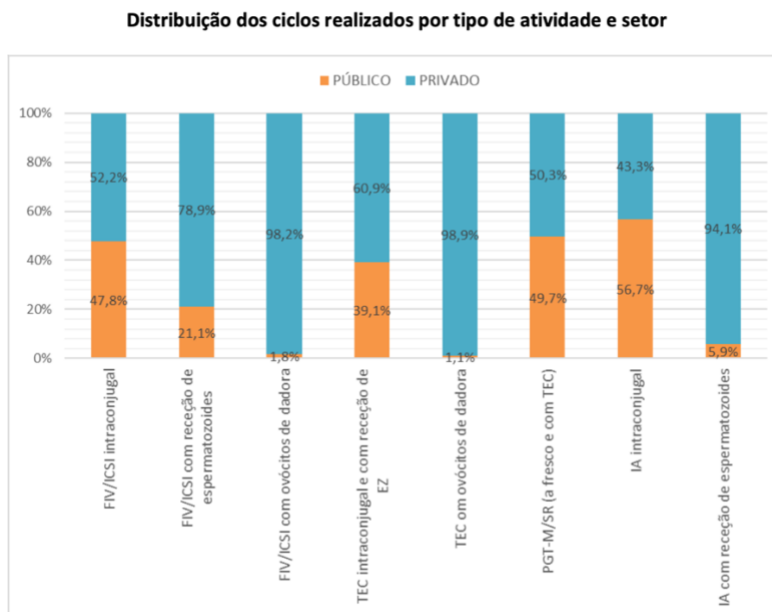
²³ Disponibilizados pelo CNPMA.

Figura 5. Ciclos Realizados em 2016.



Fonte: CNPMA. (2016) Relatório sobre a atividade em PMA 2016. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2016.pdf

Figura 6. Ciclos Realizados em 2017.



Fonte: CNPMA. (2017) Relatório sobre a atividade em PMA 2017. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2017.pdf

Por outro lado, é pertinente considerar o impacto que o alargamento dos beneficiários, e consequente aumento da procura, poderá ter tido na capacidade de resposta das instituições do SNS. Em 2017, um ano após a legislação da matéria referida, verifica-se um recuo da capacidade de resposta do SNS em todas as especificidades quanto ao número de ciclos e/ou tratamentos realizados, à exceção da TEC com ovócitos de dadora.

É possível observar, simultaneamente, o retrocesso dos centros públicos de PMA em matéria de atividade com recurso a gâmetas através da Tabela 7.

Tabela 7. *Atividade com recurso a gâmetas de dador executada em Centros Públicos.*

Ano	Tratamento com recurso a Espermatozóides	Tratamento com recurso a Ovócitos
2014	31,1%	0,6%
2015	26,5%	2,6%
2016	26,8%	2,5%
2017	10,2%	1,5%

Fonte. CNPMA (2014). Relatório sobre a atividade em PMA 2014. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2014.pdf ; CNPMA. (2015) Relatório sobre a atividade em PMA 2015. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2015.pdf ; CNPMA. (2016) Relatório sobre a atividade em PMA 2016. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2016.pdf ; CNPMA. (2017) Relatório sobre a atividade em PMA 2017. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2017.pdf

Verifica-se um decréscimo constante desde 2014 em tratamentos com recurso a espermatozoides doados (31,1% para 10,2% em 2017); no caso dos tratamentos com recurso a óvulos doados, ainda que se tenha registado um aumento de 2% entre 2014 e 2015, assiste-se a um recuo desde então (2,6% em 2016 para 1,5% no ano de 2017).

O CNPMA (2017) aponta as elevadas listas de espera, os constrangimentos existentes na atividade de PMA assim como as arduidades respeitantes à colheita de dádivas de gâmetas como principais potenciadores desta realidade.

4.3. Condições de Acesso às técnicas de Procriação Medicamente Assistida

A Rede de Referenciação de Cuidados de Infertilidade foi criada em 2008 com base no Despacho n.º 14788/2008, visando promover a articulação entre diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Os requisitos relativos à admissibilidade de tratamentos de PMA estão designados no art.º 4.º da Lei n.º 32/2006 de 26 de julho:

“1 - As técnicas de PMA são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação;
2 - A utilização de técnicas de PMA só pode verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras.
3 - As técnicas de PMA podem ainda ser utilizadas por todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade.”.

As técnicas da PMA podem ser usufruídas por casais cujo um dos elementos possui infeções virais, de forma a travar a transmissão da doença para o embrião (de acordo com a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).

O artigo 6.º da lei n.º 17/2016 de 2 de junho possibilitou que “casais de sexo diferente ou os casais de mulheres bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual” fossem elegíveis para usufruírem de técnicas de PMA. Assim, são elegíveis atualmente os casais heterossexuais, homossexuais e mulheres viúvas, divorciadas ou solteiras.

Segundo Cardoso (2017) é merecedora uma análise da evolução da Lei n.º32/2006, na sua versão original, para a Lei n.º17/2016 ao nível das características dos beneficiários assim como a análise das motivações pelas quais os indivíduos recorrem à PMA. Ainda que o n.º 1 e 2 do artigo 4.º da lei de PMA evidencie, expressamente, que o recurso a estas técnicas são um método subsidiário e não alternativo (portanto, mediante diagnóstico de infertilidade ou em circunstância de uma patologia grave), o n.º3 admite o usufruto das técnicas de PMA a todas

as mulheres (independentemente da existência de um diagnóstico de infertilidade). Para Ascensão (2009) o alargamento das beneficiárias a mulheres (solteiras ou em união de facto) que não são inférteis e/ou que não padeçam de qualquer doença no sistema reprodutor não vai ao encontro do método subsidiário que dita a lei. O autor defende, assim, o acesso a estas técnicas com base num critério medicamente sustentado e estabelecido.

É neste contexto que Cardoso (2017) questiona o Estado, regulador desta atividade²⁴, no que concerne às prioridades no acesso às técnicas de PMA, uma vez que os critérios são transversais e é refutada a possibilidade de haver duas listas de espera discriminadas pelo diagnóstico de infertilidade e/ou em função do beneficiário ser uma mulher sem parceiro/a²⁵. A mesma autora defende a constitucionalidade da discriminação prioritária tendo por base o diagnóstico de infertilidade e a transmissão de doenças genéticas ou infecciosas com base no artigo 13º da CRP que alega “(...) tratar por igual o que é essencialmente igual e em tratar diferentemente o que essencialmente for diferente. A igualdade não proíbe, pois, o estabelecimento de distinções: proíbe, isso sim, as distinções arbitrárias ou sem fundamento material bastante”²⁶.

4.3.1. Custos diretos

A comparticipação do Estado no que concerne à medicação para a atividade de PMA é transversal aos centros públicos e privados de PMA, nomeadamente em 69%. Assim, como já referido anteriormente, fica ao encargo do utente 31% dos custos de medicação, sendo que os custos associados aos tratamentos médicos e análises laboratoriais são excluídos nos centros públicos (Calhaz, De Geyter, Kupka, Wyns, Mocanu, Motrenko & Goossens, 2020).

²⁴ De acordo com o artigo 67º, nº2 alínea e) da CRP. Disponível em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

²⁵ Consoante o disposto no artigo 7º do Decreto Regulamentar nº6/2016 de 29 de dezembro. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/105643546/details/maximized>

²⁶ Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/202006090926/127994/diploma/indice>

Faria, Remoaldo e Veiga (2014) indicam a barreira económica, nomeadamente os custos associados à medicação e às deslocações, como um entrave ao acesso a este tipo de cuidados de saúde. Na mesma linha de pensamento, autores como Augusto (2004) e Silva e Machado (2010) evidenciam constrangimentos no acesso a este tipo de cuidados de saúde motivados, principalmente, pelo esforço financeiro adjacente, e, muitas vezes insuportável pelos casais portugueses.

A escassez de investimento público na área da PMA, a tendência da privatização deste setor e a inexistência de seguros de saúde que incorporem estes cuidados especializados, de acordo com Silva & Machado (2010) retratam a complexidade e entraves em garantir o acesso universal e tendencialmente gratuito do SNS.

Face ao exposto, a Associação Portuguesa de Fertilidade (APF) alerta a incapacidade financeira dos casais portugueses para suportar as despesas quer no setor público, quer no setor privado.

4.3.2. Idade

De acordo com o disposto no nº2 do artigo 6º da lei da PMA, as técnicas de PMA só podem ser administradas a sujeitos com idade superior a 18 anos e sem patologias do foro psíquico.

O limite de idade da mulher para usufruir de técnicas de PMA é delineado de acordo com um conjunto de reflexões e pressupostos médicos, técnicos, éticos, biológicos. Estes pressupostos traduzem-se em taxas de sucesso, critérios de justiça social, padrões e condutas transfronteiriças (Silva & Machado, 2010). Assim, a idade limite para usufruir das técnicas de PMA de acordo com o CNPMA²⁷, são 39 anos e 364 dias, sendo que a partir desse marco os tratamentos estão isentos de financiamento público, exceto no caso da inseminação artificial, em que a idade limite se estende aos 42 anos.

Não obstante, vale a pena destacar a posição pública adotada pela APF no sentido do alargamento da idade imposta às mulheres para beneficiarem do acesso a tratamentos de

²⁷ Disponível em <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/faqs.aspx>

fertilidade, nomeadamente tratamentos de segunda linha (FIV e ICSI) até, no mínimo, aos 42 anos (Público, 2020).

4.3.3. Número de tratamentos

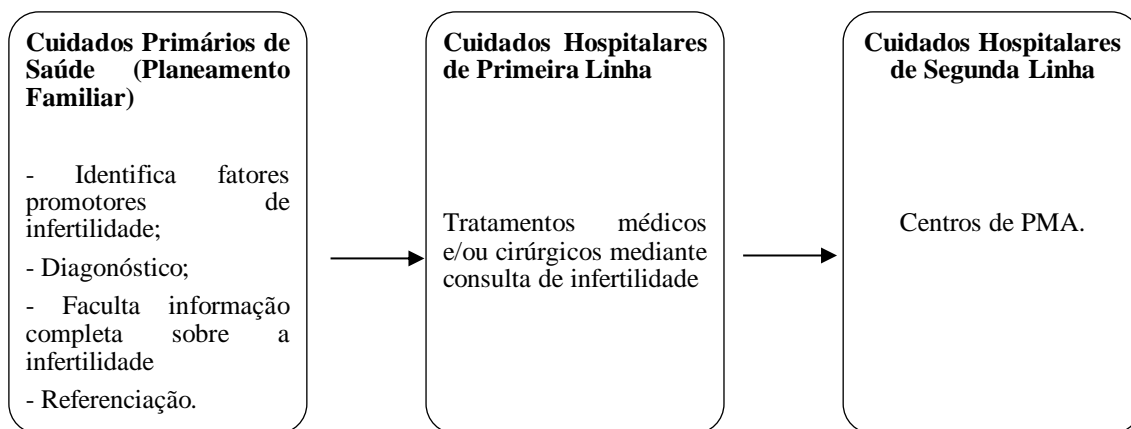
No setor público cada casal e/ou mulher tem direito a 3 inseminações artificiais e 3 ciclos de fertilização *in vitro*, ou de Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides com transferência de embriões. É necessário salvaguardar, porém, que a idade limite da beneficiária tem de ser respeitada, não podendo, assim, dar continuidade a nenhum ciclo após a mesma completar 42 ou 40 anos, respetivamente, mesmo que esteja a meio do tratamento.

O ordenamento jurídico português prevê um tratamento por casal por ano, quando a lista de espera do centro supera os 12 meses. Esta política é criticada por vários autores em função da idade da mulher (que inevitavelmente vai aumentando), e pelos custos financeiros acrescidos uma vez que se torna necessário repetir um conjunto de exames médicos (Samorinha, Lichon, Silva & Dent, 2015).

4.4. Cadeia Produtiva dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida

A Rede de Referência de Cuidados de Infertilidade inicia-se, por norma, através do contacto entre os casais e os médicos de saúde geral e familiar. Posteriormente à confirmação de uma anomalia, os casais são reencaminhados para tratamentos de infertilidade. De acordo com a Direção Geral da Saúde (2010) estes integram-se nos cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares de primeira linha (onde são efetuados tratamentos médicos e cirúrgicos), e cuidados hospitalares de segunda linha (onde são explorados os tratamentos de PMA).

Figura 7. *Níveis de cuidados médicos no âmbito do diagnóstico e tratamento da infertilidade.*



Fonte: Elaboração própria com base em Direção Geral de Saúde. (2011). Norma sobre a Conduta em Infertilidade para os Cuidados de Saúde Primários. Retirado de <https://nocs.pt/conduta-em-infertilidade-cuidados-saude-primarios/>

Na investigação dos fatores de infertilidade femininos são efetuados exames de foro hormonal, ginecológico, ecográficos assim como uma histerossonografia, histerosalpingografia, uma histeroscopia e uma vídeo laparoscopia. Posteriormente é realizada uma consulta médica que, após a análise dos exames executados pelo casal, poderá solicitar exames complementares ou indicar o tratamento de PMA que, à partida, mais se adequa ao casal. Por outro lado, poderá ser necessário somente um tratamento médico e/ou uma cirurgia que corrija a patologia – e não recorrer, necessariamente, à PMA (Vasconcelos, Albuquerque, & Seixas, 2014).

4.5. Tempos de espera para tratamentos de Procriação Medicamente Assistida

A Lei nº 17/2016 elevou a expectativa no que concerne à afluência aos tratamentos de PMA uma vez que decretou o aumento dos beneficiários. O elevado tempo de espera para tratamentos de PMA, segundo Calhaz *et al.*, (2020), são fatores negativos no que diz respeito ao acesso a este tipo de cuidados de saúde. A pesquisa destes autores revelou que os centros

públicos de PMA apresentam listas de espera exponencialmente mais longas em relação aos prestadores privados deste tipo de cuidados de saúde.

Através dos Relatórios de Acesso a Cuidados de Saúde disponibilizados pelas instituições hospitalares, foi possível sistematizar o tempo de espera para a primeira consulta de apoio à infertilidade (Tabela 8). Estes dados permitem observar as oscilações do tempo de espera mediante a introdução de novas políticas públicas de PMA, nomeadamente no que diz respeito ao alargamento dos beneficiários em 2016. É, no entanto, necessário ter em consideração que a medida em causa foi legislada somente no final do ano de 2016 não havendo, por isso, registo de casais de mulheres e/ou mulheres solteiras a recorrer a tratamentos de PMA nesse ano.

Tabela 8. *Tempo De Espera para Consulta de apoio à Infertilidade.*

Hospital	Ano	Tempo médio (dias)	Tempo máximo (dias)
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho	2018	232	-
	2019	200	-
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	2014	110	230
	2015	111	272
	2016	119	293
	2017	88	302
	2018	84	364
	2019	94	238
Centro Hospitalar de São João	2016	273	273
Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira	-	-	-
Centro Hospitalar Universitário do Porto	-	-	-
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	2015	101	232
	2016	70	257
	2017	64	287
	2018	73	638
	2019	87	491
Centro Hospitalar de Lisboa Central - MAC	2016	72	92
	2017	81	500
	2018	77	727
	2019	184	845
	2020	201	689
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Santa Maria	2015	168	374
	2016	310	398
	2017	80	516
	2018	77	727
Hospital Garcia de Orta	2017	89	309
	2018	98	603
	2019	196	239

Fonte: Elaborado com base nos relatórios das várias Unidades referenciadas em Outros Documentos Consultados (pág. 119-121).

Ainda que em 2017 o Hospital Da Senhora Da Oliveira tenha registado 88 dias médios para a primeira consulta importa assinalar que o tempo máximo de resposta chegou aos 302 dias.

O Hospital Santa Maria verificou um aumento exponencial do tempo de espera no ano de 2016, atingindo valores médios de 310 dias para a primeira consulta, aproximadamente 10 meses. Ainda que em 2018 o tempo médio de espera estivesse nos 77 dias, houve um registo do tempo máximo de resposta de 727 dias, praticamente 2 anos. Já a MAC regista um aumento constante relativamente ao tempo médio de espera, atingindo 200 dias em 2020. No Hospital Garcia de Orta também se tem registado um aumento crescente nos últimos anos e ainda que no ano de 2018 o tempo médio de espera para a primeira consulta fosse de 98 dias, houve casais a esperar 603 dias.

Paralelamente, o CHUC assinala um decréscimo do tempo médio de espera para a primeira consulta de infertilidade entre 2015 e 2017, ainda que tenha voltado a registar um ligeiro aumento em 2018 e 2019. À semelhança da MAC, ainda que em 2018 o tempo médio de resposta seja sensivelmente dois meses e meio, o tempo máximo de resposta chegou aos 20 meses.

Alguns dos dados evidenciados entram em conflito com a idade em que a mulher recorre a este tipo de tratamentos uma vez que o tempo de espera (só) para a primeira consulta pode eliminá-la do acesso a este tipo de cuidados de saúde. Isto é, no ano de 2018 houve casais e/ou mulheres que foram referenciados para a MAC e tiveram de esperar, em alguns casos 2 anos. Ora, se uma mulher procurar este tipo de tratamentos aos 38 anos, fica automaticamente excluída uma vez que o tempo de espera para a primeira consulta conflitua com a idade limite imposta às mulheres para tratamentos de PMA (39 anos e 364 dias).

Posteriormente à primeira consulta, segue-se outra lista de espera após a identificação do tratamento a adotar. Foram vários os especialistas da área a constatar que os casais e/ou mulheres não estão consciencializados desta segunda lista de espera, provocando constrangimentos em termos de gestão de expectativas e transtornos ao nível da idade a que

as mulheres e/ou os casais chegam aos centros públicos de PMA²⁸. Na mesma linha de pensamento, Vasconcelos, Albuquerque e Seixas (2014) constataam o desconhecimento do limite de idade para a elegibilidade e execução de técnicas de PMA por parte da população.

Deparamo-nos, assim, com uma entropia em termos de acesso a cuidados de saúde de PMA dado que, pela ineficiência do sistema do SNS e conseqüentemente dos Centros Públicos de PMA, refletem um tempo de espera gritante.

²⁸ Informação retirada das entrevistas.

CAPÍTULO V - BANCO PÚBLICO DE GÂMETAS

O BPG principiou a sua atividade em 2011 com origem no Despacho n.º 3219/2011, após autorização do CNPMA assim como do Ministério da Saúde. Surge para dar resposta à tendência crescente de procura de tratamentos de PMA no SNS com recurso a gâmetas doados. As atribuições do banco passam pela difusão do mesmo, pelo recrutamento e triagem de potenciais dadores, assim como a recolha, a criopreservação e a respetiva distribuição dos gâmetas (da Cruz Brandão, 2014). As entidades com competência para fiscalizar e averiguar a atividade do BPG²⁹ e dos Centros Públicos de PMA são a Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST) e o CNPMA.

Na sequência da Lei n.º 17/2016 e do respetivo alargamento dos beneficiários dos tratamentos de PMA, priorizar e dotar os Centros Públicos de PMA com meios e recursos para fazer face ao incremento da procura deste serviço tornou-se imperativo (Direção-Geral da Saúde, 2017). Face a este cenário, foi constituída uma rede nacional do Banco Público de Gâmetas (integrada pelo CHUC, MAC e CHUP). Ainda que o BPG esteja centralizado no CHUP, tanto o CHUC como o CHULC passaram a ser centros de colheita públicos. Esta extensão teve como principal motivação o aumento de dádivas de gâmetas masculinos e femininos com características diversas, como o tipo de sangue e a raça (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo os dados revelados por parte do BPG aos meios de comunicação social³⁰, atualmente estão 1010 mulheres em lista de espera e registou um aumento de 83% desde 2017 no que diz respeito à procura. O CNPMA sugere o acordo com os centros privados na utilização de gâmetas doadas como solução para contornar as lacunas existentes no SNS e, ao mesmo tempo, potenciar uma resposta mais eficaz aos casais e mulheres que necessitam de gâmetas (Público, 2021).

²⁹ Estipuladas no n.º 1 do Art.º 4º Lei n.º 12/2009, de 26 de março, alterada pela Lei n.º 1/2015, de 8 de janeiro.

³⁰ Disponível em <https://www.sabado.pt/portugal/detalhe/1010-mulheres-a-espera-de-engravidar-por-falta-de-esperma-e-ovulos>

5.1. Dadores de Gâmetas

Importa salientar o papel primordial que os dadores de gâmetas assumem, uma vez que sem os mesmos, muitos casais não conseguiriam conceber uma gravidez. De modo a salvaguardar a não instrumentalização do ser humano, o artigo 18º da lei da PMA impede a compra e venda de qualquer material genético (isto é, embriões, óvulos e/ou espermatozoides).

O SNS estabeleceu um conjunto de critérios de admissibilidade no que diz respeito aos potenciais dadores, nomeadamente contrair idade entre os 18 e os 40 anos quando o dador é do sexo masculino, e ter entre 18 e 33 anos no caso de o dador ser do sexo feminino³¹. Segundo Calhaz *et al* (2020) as dádivas masculinas podem espelhar, no máximo, oito crianças nascidas. Por outro lado, as dadoras femininas podem doar 3 vezes.

Atendendo ao artigo 22 da Lei n.º 12/2009³² a dádiva é “(...) voluntária, altruísta e solidária”, razão pela qual é refutada qualquer compensação e/ou renumeração pelo ato de doação de gâmetas. Não obstante, segundo o nº1 do Art.º22 da mesma lei “os dadores vivos podem receber uma compensação estritamente limitada ao reembolso das despesas efetuadas ou dos prejuízos imediatamente resultantes da dádiva”.

O valor financeiro relativo ao ressarcimento dos custos incorridos ou dos prejuízos resultantes das dádivas, a que os dadores efetivos de gâmetas têm direito, estão estabelecidos na lei portuguesa. O valor é deliberado³³ consoante 1/10 do valor do Indexante de Apoios Sociais (IAS) no caso dos dadores masculinos. Quanto às dádivas de ovócitos, o valor calculado corresponde ao dobro do valor do IAS vigorante. Considerando que o valor da IAS para o ano de 2021 é de 438,81€, as dadoras de óvulos recebem 877,63€ por cada dádiva, e os dadores de esperma são compensados em 43,89€ por dádiva. Os dadores efetivos de gâmetas ficam isentos do pagamento de taxas moderadoras no SNS durante um período de três anos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

³¹ Disponível em <https://www.sns.gov.pt/cidadao/banco-publico-de-gametas-2/>

³³ Ao abrigo do n.º 3 do Despacho 3192/2017.

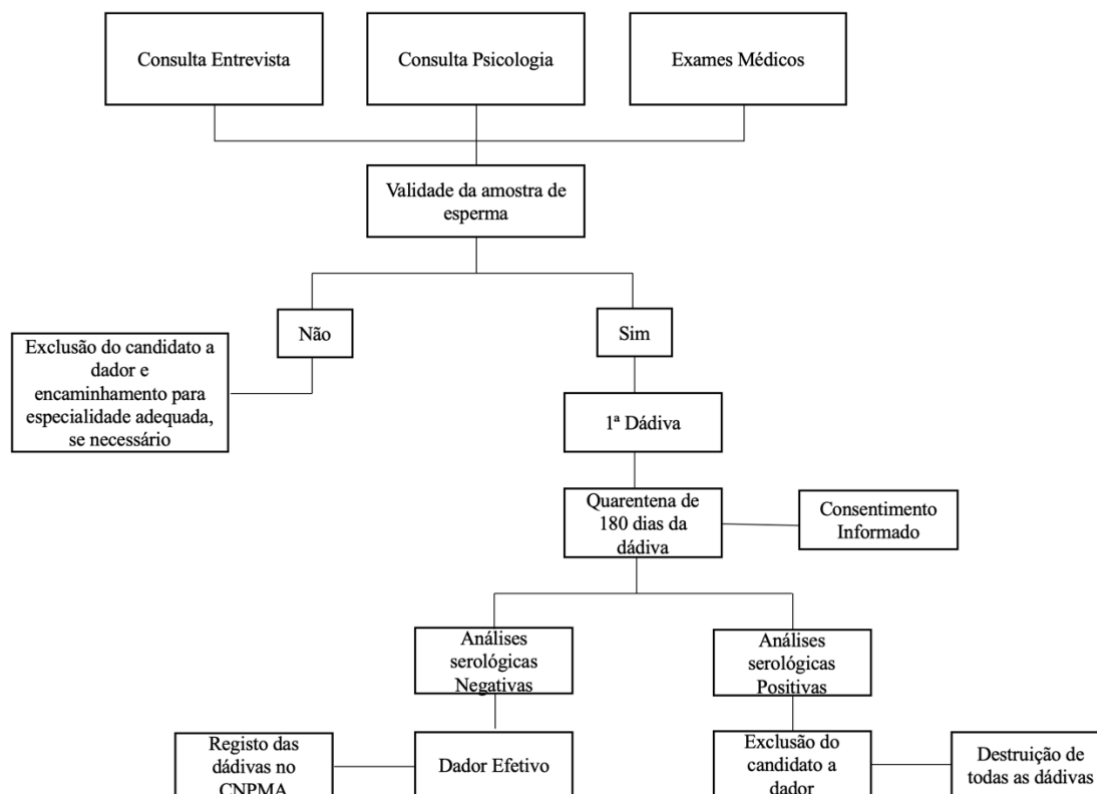
Ao abrigo do exposto no nº4 artigo 16ºA da Lei nº 58/2019 os beneficiários de quaisquer técnicas de PMA devem manifestar o seu consentimento de forma expressa, escrita e consciente num documento oficial do CNPMA (Anexo II), de modo a garantir que são conhecedores dos seus direitos, riscos e possíveis constrangimentos técnicos, éticos, jurídicos e sociais subjacentes a este tipo de intervenções técnicas, ao abrigo do artigo 14º da lei da PMA.

5.1.1. Dadores de Gâmetas masculinos

Posteriormente ao dador estabelecer um meio de contacto com o BPG, o procedimento referente à doação de esperma subdivide-se em três etapas principais:

- 1) Consultas e Exames (Fonseca, 2019):
 - a. Consulta de entrevista realizada por um enfermeiro e um médico onde são estudados indicadores que possam excluir, à priori, um potencial dador como a idade, hábitos de vida e histórico familiar hereditário e genético;
 - b. Consulta de psicologia;
 - c. Exames (análises sanguíneas e espermograma)
- 2) Doação de esperma;
- 3) Análises sanguíneas seis meses após a dádiva.

Figura 8. Representação esquemática da seleção de candidatos a dadores masculinos.



Fonte: Autoria própria com base no site do SNS – Banco Público de Gâmetas, disponível em <https://www.sns.gov.pt/cidadao/banco-publico-de-gametas-2/> ; da Cruz Brandão, L. R. (2014). Banco Público de Dadores de Gâmetas: O enquadramento da situação de Portugal na Europa. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77354/2/33498.pdf>

De acordo com as indicações da OMS, o dador masculino deverá realizar dádiva no Centro de Colheita mediante masturbação para um recipiente devidamente esterilizado (WHO, 2010c). A OMS indica um período máximo de três horas entre a recolha do esperma e a respetiva análise laboratorial. A mesma fonte estabeleceu os valores e limites de referência dos parâmetros analisados no Estudo Citobioquímico do Esperma (divulgados no Anexo III) que por sua vez definem a exclusão, ou não, do candidato a dador de sémen consoante os seus níveis de fertilidade (WHO, 2010c).

Se os valores estiverem em conformidade com os parâmetros, é agendada a primeira dádiva e a mesma é sujeita à criopreservação e posterior descongelação com o objetivo de garantir a viabilidade da dádiva (Fonseca, 2019). Quando, pelo contrário, são identificadas anomalias, o candidato a dador é excluído e orientado para uma consulta de especialidade (CNPMA, 2018). Para o candidato ser excluído basta não cumprir um dos valores de referência do espermograma e/ou um dos elementos de exclusão nomeados na Tabela 9.

Tabela 9. *Critérios de Exclusão de candidatos a dadores.*

Critérios de Exclusão
História clínica insatisfatória
Espermograma insatisfatório
Avaliação psicológica negativa
Alteração de serologias
Patologia genética
Critérios espermáticos pós-descongelação da amostra insatisfatórios
Clamídia na urina
Patologia genética
Parâmetros espermáticos insatisfatórios na dádiva
Serologias pós quarentena alteradas
Desistência da dádiva
Não comparência para análises pós-quarentena

Fonte: Recuperado de Fonseca, A. C. S. (2019). Saúde Reprodutiva da População Masculina Portuguesa- estudo de uma amostra populacional de dadores de gâmetas.

Este processo de seleção revela uma elevada rigidez e garantia da qualidade no âmbito das colheitas de espermatozoides (Fonseca, 2019).

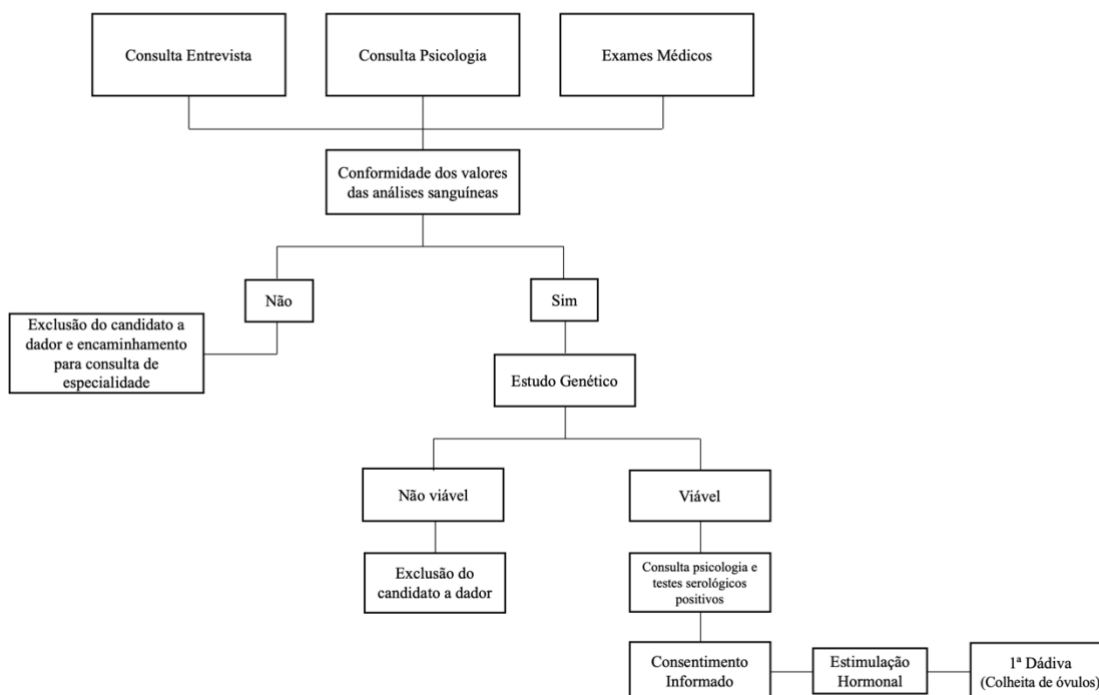
5.1.2. Dadores de Gâmetas Femininos

No caso da doação de óvulos, a mulher deve compreender uma idade entre os 18 e os 33 anos, estar isenta de doenças sexualmente transmissíveis e doenças que se possam difundir de forma

hereditária (Serviço Nacional de Saúde, 2020). O procedimento resume-se em três etapas essenciais, nomeadamente (Figura 9):

- 1) Consulta de psicologia, ginecologia e análises ao sangue;
- 2) Estímulo hormonal;
- 3) Dádiva (colheita de óvulos).

Figura 9. Representação esquemática da seleção de candidatas a Dadoras Femininas.



Fonte: Autoria própria com base no site SNS – banco público de gâmetas, disponível em <https://www.sns.gov.pt/cidadao/banco-publico-de-gametas-2/>; da cruz brandão, I. R. (2014). Banco público de dadores de gâmetas: o enquadramento da situação de Portugal na europa. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77354/2/33498.pdf>

À semelhança dos dadores masculinos, se os valores relativos aos exames médicos estiverem em conformidade a candidata a dadora realiza um rastreio genético (CNPMA, 2018). Após a validade do mesmo, a provisória dadora de ovócitos aguarda uma recetora compatível com as

características da primeira, isto é, cor de olhos, cabelo, pele, altura e estrutura física (da Cruz Brandão, 2014). Após ser encontrada uma recetora compatível, a potencial dadora é submetida, novamente, a uma consulta de psicologia e a análises serológicas. Se a mesma mantiver os requisitos necessários, o processo da dádiva poderá ocorrer.

5.2. Anonimato

Existe uma dualidade, quer ao nível da doutrina quer do ponto de vista da jurisprudência relativamente ao princípio do anonimato do dador. É um tema controverso debatido na atualidade, a nível internacional.

O Conselho da Europa emitiu um parecer nesta temática em 1988, defendendo o anonimato do dador de gâmetas deixando, todavia, ao critério de cada Estado os requisitos de acesso aos detalhes de procriação e à identidade do dador (Silva & Costa, 2011). Por outro lado, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (doravante CNECV) tem vindo a adotar uma postura inversa, na medida em que apelou à legitimidade do conhecimento das origens genéticas no Relatório de 1997³⁴. Mais tarde, o CNECV através do Parecer 44/04³⁵, salvaguarda a possibilidade de o filho biológico reconhecer o dador após alcançar a maioridade legalmente estabelecida e reforçou a sua posição em 2016 ao defender a premência da disponibilização de dados relativos à origem parental³⁶. Ascensão (2009) contesta essa posição e defende que o dador é somente o provedor de gâmetas e que, por tal, o interesse relativo ao direito de informação poderá não ser mútuo.

A doutrina portuguesa evidenciou desde cedo uma primazia pelo princípio do anonimato do dador. Contudo, a celebração do Acordo nº 225/2018 veio declarar a inconstitucionalidade da confidência da identidade dos dadores de gâmetas, à semelhança das políticas europeias que têm vindo a ser adotadas. Assim, a lei supracitada veio salvaguardar o direito à identidade

³⁴ Parecer 23/CNECV/97.

³⁵ Disponível em <https://www.cnecv.pt/pt/pareceres>

³⁶ Através do parecer 90/2016 do CNECV disponível em <https://www.cnecv.pt/pt/pareceres>

pessoal e ao desenvolvimento da personalidade³⁷, assim como o direito à identidade genética dos indivíduos oriundos de PMA com recurso a dadores³⁸, o princípio da proporcionalidade e da igualdade.³⁹

Não obstante, relativamente a outros países europeus, Portugal revela-se mais conservador em termos legislativos. Tomando o exemplo de Inglaterra, que aboliu o princípio do anonimato do dador em 2004⁴⁰, assegurando assim o direito ao acesso à identificação civil do dador de gâmetas, após o interessado atingir os 18 anos. Nos 4 anos posteriores a lei foi alterada, passando a autorizar o acesso à informação civil de indivíduos provenientes do mesmo dador, isto é, aos meios-irmãos genéticos.

³⁷ Artigo 26º, n.º 1 e n.º 3 da CRP

³⁸ Artigo 67º, n.º 2 alínea e) da CRP

³⁹ Consagrados no Artigo 13º da CRP

⁴⁰ Disponível em <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2004/1511/made>

CAPÍTULO VI - METODOLOGIA

6.1. Pergunta de Partida e Hipóteses da Investigação

Como referido no Capítulo I, o objetivo geral desta investigação passa pela identificação dos fatores determinantes da cadeia da prestação de apoio à Procriação Medicamente Assistida, no Sistema Nacional de Saúde Português.

Paralelamente foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Apurar e comparar os tempos de espera nos centros públicos de PMA a nível nacional;
2. Apurar e comparar a variação das dádivas nos três Centros de Colheita públicos;
3. Identificar os principais fatores que estão na origem dos tempos de espera dos tratamentos de PMA;
4. Averiguar em que medida a inovação se pode assumir como um agente facilitador da PMA.

De acordo com o supracitado formulou-se a seguinte pergunta de partida de investigação:

“De que forma a Inovação se pode materializar num agente facilitador de otimização organizacional e dos processos no serviço de Procriação Medicamente Assistida do Sistema Nacional de Saúde Português?”

Na sequência do argumento teórico, foi definido um modelo de análise assente na formulação das seguintes Hipóteses:

Hipótese 1 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a logística de funcionamento dos Centros Públicos de PMA do SNS através da diminuição dos tempos de espera.

Hipótese 2 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a logística de funcionamento do Banco Público de Gâmetas, através da otimização das dâdivas de gâmetas;

Hipótese 3 - A otimização dos tempos de espera influencia positivamente as políticas de PMA em termos de eficácia e eficiência;

Hipótese 4 - A otimização das dâdivas de gâmetas influencia positivamente as políticas de PMA em termos de eficácia e eficiência;

Hipótese 5 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a otimização das dâdivas de gâmetas;

Hipótese 6 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a otimização dos tempos de espera.

Tabela 10. *Desenho da Investigação.*

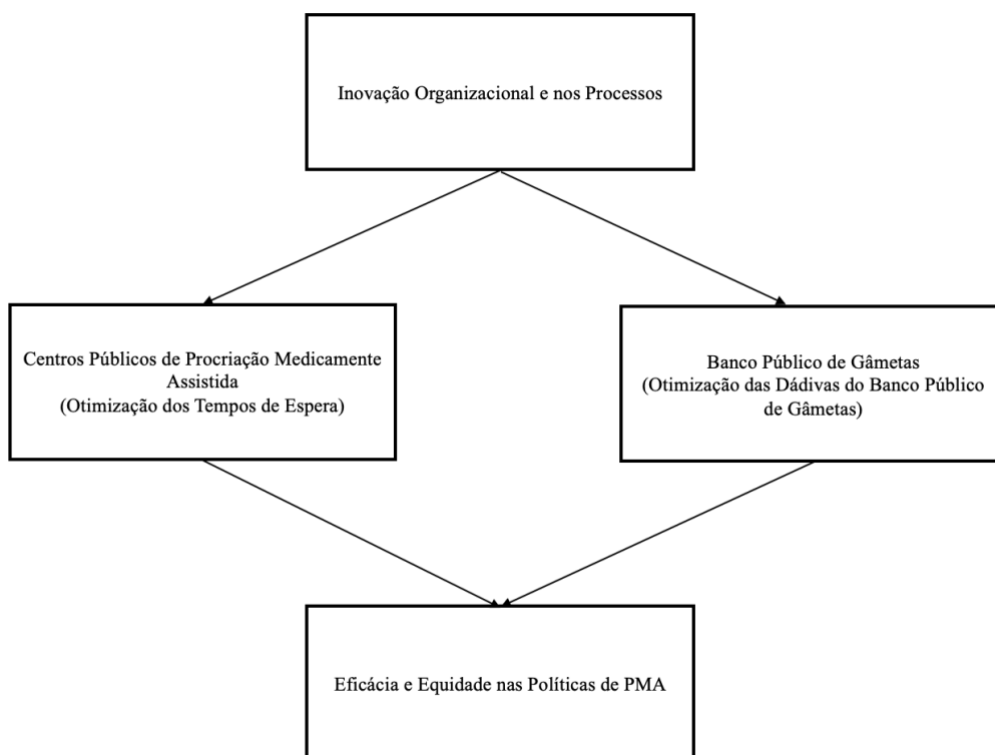
Pergunta de Investigação		
“De que forma a Inovação se pode materializar num agente facilitador de otimização organizacional e dos processos no serviço de Procriação Medicamente Assistida do Sistema Nacional de Saúde Português?”		
Abordagem Mista		
Entrevistas	Questionários aos	
Semiestruturadas a	profissionais de saúde que	Documentos Legais
Diretores de Serviços de	integram Centros Públicos	
PMA	de PMA	
Objetivo de Investigação		
Identificar os fatores determinantes da cadeia da prestação de apoio à Procriação Medicamente Assistida, no Sistema Nacional de Saúde Português.		

Fonte: Elaboração própria.

6.2. Modelo de Análise

Apesar de a conceptualização ser uma construção abstrata, cujo objetivo passa pela representação real de um fenómeno, está subjacente a um estudo prévio relativamente à definição dos conceitos utilizados para captar o essencial da realidade a estudar. A Figura 10 ilustra o modelo de análise de partida da investigação em curso.

FIGURA 10 – MODELO DE ANÁLISE



Fonte: Elaboração Própria.

6.3. Tipo de Investigação

O presente estudo será, por um lado, de cariz exploratório, pela carência de informação neste domínio e, por outro lado, de natureza explicativa uma vez que procura identificar fatores sistémicos que contribuem para a ocorrência de determinado fenómeno (Minayo, 1994). A pesquisa é uma agregação de processos metódicos, críticos e empíricos empregues no estudo de um fenómeno (Sampieri, Collado & Lúcio, 2013). Optou-se por uma abordagem mista no âmbito da investigação, isto é, qualitativa e quantitativa, recorrendo a entrevistas semi-estruturadas e a inquéritos por questionário.

Para Patton (1980) os dados qualitativos refletem relatos e explicações de determinados cenários e contextos. Na mesma linha de pensamento, Sampieri, Collado & Lúcio (2013) destacam a sua vertente indutiva (em que é descrito o processo em primeiro lugar, e depois geradas perspetivas teóricas) e emprega a recolha de dados sem mensuração numérica para sustentar a pesquisa (recolhendo as perceções dos participantes).

A vertente qualitativa permite, assim, explorar e conceber de forma detalhada um fenómeno, experiência ou processo mediante os conhecimentos, explicações e interpretações dos elementos participativos (Creswell & Creswell, 2018).

Por outro lado, a vertente quantitativa relaciona-se com a mensuração de fenómenos e a utilização de estatística para o efeito, pauta-se pelo raciocínio dedutivo e permite a explicação dos fenómenos, possibilitando a elaboração e evidência de teorias que explicam um fenómeno complexo (Sampieri, Collado & Lúcio, 2013).

A integração quali-quantitativa permite extrair os benefícios de cada abordagem na mesma pesquisa e, conseqüentemente, melhores possibilidades analíticas, garantindo um melhor entendimento relativamente à problemática (Creswell, 2010). Para Creswell e Plano Clark (2013) e Doorenbos (2014), as motivações que comandam um estudo cuja abordagem é mista, passam pela carência de literatura disponível sobre determinado fenómeno, obrigando a uma análise exploratória antecedente; e sempre que os resultados de uma investigação possam ser

mais bem compreendidos com uma fonte de informação secundária (Ingham-Broomfield, 2016).

Quando transportado para a dissertação em curso, este tipo de metodologia admite produzir dados qualitativos e conhecimento através da experiência subjetiva, ao avaliar as perceções e posições dos profissionais de saúde na área da PMA sobre determinados fenómenos e políticas públicas (O’Leary, 2017).

6.4. Instrumentos de recolha de dados

Num momento inicial foi efetuada a recolha de dados relativos ao tempo de espera dos nove centros públicos de PMA assim como a variância do número de dádivas ao longo dos três Centros de Colheitas Público⁴¹ através de pesquisa documental. Na ótica de Bardi (2016), a análise documental consiste na representação sistemática, objetiva e clara do conteúdo de um documento de modo a otimizar a sua consulta e interpretação.

Num momento posterior, foram executadas entrevistas exploratórias semi-estruturadas com o propósito de obter um enquadramento atual da PMA em Portugal e possibilitar a construção do questionário. Após a respetiva análise de conteúdo com recurso ao MAXQDA, os profissionais de saúde foram inquiridos por via de um questionário.

Deste modo, torna-se possível responder à questão de investigação por diferentes fontes de dados, levando a cabo a triangulação da informação (Patton, 1999). Para Flick (2009) a triangulação reflete uma combinação de diversos métodos de investigação, com o objetivo de maximizar a informação disponível relativamente a um fenómeno.

6.4.1. Entrevista Semi-estruturada

A entrevista pauta-se pela sua flexibilidade uma vez que existe a possibilidade de ajustar as perguntas e solicitar informações complementares e pela profundidade alcançada no que diz

⁴¹ Nomeadamente o CHUP, CHUC e MAC (que integram o Banco Nacional de Gâmetas).

respeito às perceções por parte dos atores sociais (Charles, 1998). A utilização das entrevistas procurou ir de encontro dos objetivos deste estudo, através de uma descrição atual e detalhada da complexa realidade laboral por parte dos profissionais que integram centros públicos de PMA, assim como os constrangimentos que os utentes enfrentam. As entrevistas semi-estruturadas incluíram 2 diretores de serviço de unidades públicas de PMA, 1 enfermeiro chefe e 1 embriologista. As entrevistas foram realizadas durante o mês de março presencialmente nos centros de PMA junto dos profissionais, com recurso a gravação de voz.

Na perspetiva de Tuckman (2012) estas possibilitam a conversão de informação e conhecimento transmitida por um ator social, em dados. Foi com base nesse critério que a investigação considerou a entrevista semi-estruturada mais adequada, uma vez que a literatura existente relativa à descrição atual do panorama da PMA, do ponto de vista da Governance, é limitada.

6.4.2. Questionário

Para Ghiglione e Matalon (2001), o inquérito por questionário generaliza determinado fenómeno com base na exploração das respostas dos indivíduos a que se dirige. O principal objetivo passa pela “recolha sistemática e ordenada, a informação, acerca da população que se estuda, das variáveis que são objeto de estudo” (Vilelas, 2009, p. 288). O questionário pode ser de cariz aberto, fechado ou misto. Neste estudo os questionários aplicados aos profissionais de saúde foram de carácter misto.

Dada a escassez de literatura e investigação da problemática em estudo, não foi possível adaptar um questionário de estudos anteriores. As entrevistas semi-estruturadas possibilitaram a recolha de dados que não constam na jurisprudência portuguesa nem na revisão de literatura e tiveram como intuito, assim, justificar e validar as questões utilizadas, posteriormente, nos questionários realizados aos profissionais de saúde.

Uma vez que a investigação remete para a identificação das causas do elevado tempo de espera para tratamentos de PMA, a amostra incluiu os profissionais de saúde que integram os centros públicos de PMA. Os questionários foram distribuídos e englobaram 7 dos 9 centros públicos de PMA (cujas autorizações institucionais se encontram nos anexos V, VI, VII, VIII e IX), entre eles:

- Centro Hospitalar Universitário do Porto;
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra;
- Hospital Garcia de Orta (9 profissionais de saúde);
- Hospital da Senhora de Oliveira, Guimarães;
- Centro Hospitalar de Lisboa Central: MAC;
- Centro Hospitalar Lisboa Norte: Santa Maria;
- Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira.

CAPÍTULO VII - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida, proceder-se-à à análise do conteúdo das quatro entrevistas exploratórias (completas em forma de tabela no Anexo XII), com apoio do programa MAXQDA.

7.1. Análise do Conteúdo das Entrevistas

Segundo Minayo (1994) a análise de conteúdo passa pela realização de deduções lógicas e é de uso corrente no âmbito do tratamento dos dados em estudos qualitativos. Para Bardin a análise de conteúdo é “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens” (Bardin, 2016, p. 23) e pode ter por base duas funções nomeadamente heurística (com um sentido exploratório e orientação para a descoberta) e de prova (isto é, podem ser formuladas questões relativas a um fenómeno sob forma de hipóteses, que se confirmarão ou não). O autor admite a complementaridade duas funções, razão pela qual esta investigação adotou as teorias de Bardin.

7.2. Categorização

Atendendo à Tabela 11, 46,57% dos conteúdos abordados nas entrevistas corresponde à entropia, seguido do acesso (21,57%) e de aspetos da Governance (14,22%).

Tabela 11. *Categorização.*

Categorias	N	%
Entropia	95	46,57
Acesso	44	21,57
Governance	29	14,22
Inovação	16	7,84
Equidade	14	6,86
Políticas Públicas	6	2,94
Total	204	100,00

Fonte: Elaboração Própria.

7.2.1. Entropias

Ao analisarmos as questões individualmente verificamos que no que diz respeito à primeira questão “**Daquilo que conhece, entende que existem constrangimentos no funcionamento e/ou atividade nos Centros Públicos de PMA? E no Banco Público de Gâmetas?**” foi possível agrupar as respostas em categorias (Tabela 12)

Tabela 12. *Categorias Referentes Às Entropias.*

Codificação	N	%
• Equipamentos e Recursos Humanos	21	10,29
• Fornecimento de Gâmetas pelo BPG	15	7,35
• Carência de dadores de gâmetas	13	6,37
• Falta de transversalidade entre os centros públicos de PMA	11	5,39
• Incapacidade de resposta dos Centros Públicos de PMA	9	4,41
• Centralização do Banco Público de Gâmetas	8	3,92
• Número de Centros Públicos de PMA	6	2,45
• Publicidade e Marketing	5	1,96
• Anonimato da doação	4	2,94
• Horário de Funcionamento	2	0,98
• Desconhecimento de fatores de PMA	1	0,49

Fonte: Elaboração Própria.

Os resultados permitem identificar as entropias da atividade dos Centros Públicos de PMA mais consideradas pelos profissionais de saúde, nomeadamente respeito a Equipamentos e Recursos Humanos (N = 21) (*“Os constrangimentos aqui prendem-se essencialmente com recursos humanos e equipamentos”* E.C), seguida da lacuna que diz respeito ao Fornecimento de Gâmetas por parte do BPG (N = 15) (*“Neste momento o BPG está a dar resposta a gâmetas masculinos pedidos em fevereiro de 2018 e gâmetas femininos de março de 2018. São três anos.”* E. C), assim como a carência de recrutamento e seleção de Dadores de Gâmetas (N = 13) (*“Quem quer doar neste momento dirige-se diretamente ao privado.”* E.D).

Quando questionados sobre os constrangimentos da atividade proveniente do BPG, todos os entrevistados identificaram a incapacidade de resposta aos pedidos de gâmetas (*“A grande maioria dos tratamentos são realizados com os próprios gâmetas do casal. Se fosse o cenário contrário então nem havia gravidezes.”* E.A).

É no contexto da afirmação **“Existe por vezes a perceção de que se houvesse um aumento das dádivas de gâmetas, o tempo de espera para tratamentos de PMA diminuiria. Ao mesmo tempo, contribuía para uma maior eficácia e equidade das políticas públicas?”** que 100% dos entrevistados destacam a problemática relativa às diminutas dádivas de gâmetas. Assim, apontam o escasso recrutamento de dadores, e consequentes poucas dádivas, como a principal causa da pouca eficiência da atividade do BPG.

De acordo com o exposto anteriormente e após a constatação da diminuição das dádivas nos últimos quatro anos, os entrevistados justificaram esta tendência com o fim do anonimato da dádiva e o impacto causado pela COVID19 (*“Enquanto uma mulher faz uma doação e fica efetiva, os homens fazem várias colheitas, e depois dessas colheitas todas ainda têm um período de quarentena. Portanto, não ter havido doações efetivas em 2020 faz algum sentido tendo em conta que a pandemia começou em março.”* E. B; *“A causa máxima para os três anos para doação é o fim do anonimato.”* E. D).

De forma a colmatar a tendência negativa das dádivas de gâmetas no SNS, os entrevistados referiram a importância da implementação de um plano sólido de Publicidade e Marketing, por forma a difundir a importância da doação e recrutar a camada mais jovem da sociedade a

participar na luta contra a infertilidade (*“Um dos motivos será a falta de publicidade. Quem dá precisa de saber que dá, que se pode dar, como e onde fazer. O BPG não faz assim uma publicidade tão grande de angariação da doação”* E. D).

Os entrevistados consideram a centralização do BPG como um constrangimento da atividade de PMA, principalmente no que refere à gestão do stock (material genético) na cidade do Porto. Assim, sugerem a centralização da gestão do *matching* no Porto e a gestão do material genético em cada centro de colheita público: *“A centralização da gestão poderia estar centralizada no Porto e os gâmetas ficarem guardados nos centros de colheita... agora o material biológico andar a passear pelo país? Não faz sentido.”* (E. D).

Paralelamente, a limitação do horário de funcionamento dos centros de colheita públicos foi apontada como uma entropia por dificultar a deslocação de potenciais dadores dada a incompatibilidade com o horário laboral (*“O nosso horário é das 8 às 16h, de segunda à sexta. Se calhar há muita gente que não consegue cumprir o nosso horário.”* (E. B).

Como já foi referido anteriormente, o Hospital Garcia de Orta cobre a totalidade da área sul do país assim e as ilhas. Questionou-se **“No seu entender, o aumento de Centros Públicos de PMA contribuiria para o aumento da eficácia e equidade nas políticas de PMA?”** e 100% dos entrevistados reconheceram os potenciais benefícios do aumento do número de centros públicos de PMA em Portugal. Não obstante, duvidam da concretização do mesmo, tendo por base os custos financeiros associados e a falta de recursos humanos especializados na área em questão (*“De lisboa para baixo só temos o Garcia de Orta que dá resposta à zona sul do país e temos de ter em conta os custos para os utentes... as viagens todas que têm de suportar”* (E.A.); *“(…) não há pessoal referenciado em medicina da reprodução em quantidade suficiente para abrir centros (nem médicos nem sobretudo embriologistas). Portanto, acho que dotar os centros que existem numa capacidade maior, pode ser mais benéfico”* E.C).

Quando questionados **“De que forma acha possível contrair o elevado tempo de espera e simultaneamente, cumprir a eficácia das políticas de PMA?”** o entrevistado D apontou soluções como o *“(…) fornecimento de gâmetas, novas políticas públicas, publicidade,*

compra a bancos privados e/ou a bancos estrangeiros” (E. D). Todavia, ainda que o sujeito B concorde com o D, defende que as soluções anunciadas são mecanismos que contornam o problema e não o solucionam (“O que eu acho é que se devia dotar os centros públicos com capacidade para efetivamente fazer o recrutamento dos dadores. Para mim isso é tudo contornar o problema e não o resolver na sua essência.” (E.B)

Os centros de PMA são independentes, não havendo um fio condutor para a tomada de decisão relativa, por exemplo, ao período de inscrição em listas de espera e à escolha de tratamentos a adotar em função da idade da mulher: *“Não sei se mudou, mas Hospital X o casal chegava à consulta e no dia da consulta era inscrito, nós não concordamos com isso. Nem todos os casais têm de ser inscritos, há casais que não têm critérios para serem inscritos” E. C; “Não havendo nada que se cruze informaticamente é muito complicado, e depois cada centro tem o seu funcionamento e a sua forma de gerir as coisas” E. A).*

Foi possível apurar, assim, a falta de transversalidade entre os centros públicos de PMA.

7.2.2. Acesso

No que concerne ao acesso a técnicas e tratamentos de PMA, a lista de espera foi mencionada por todos os entrevistados 19 vezes (correspondente a 9,31% do conteúdo abordado nas entrevistas).

Tabela 13. *Categorias referentes ao Acesso.*

Codificação	N	%
• Listas de espera	19	9,31
• Idade	12	5,88
• Tipo de tratamentos	6	2,94
• Custos diretos	5	2,45
• Número de tratamentos	2	0,98

Fonte: Elaboração Própria.

O entrevistado C aponta alguns fatores que podem justificar a elevada lista de espera, entre eles: *“(…) a procura aumentou imenso. Isto porque a qualidade dos tratamentos e a taxa de sucesso aumentou, deixou de ser tão socialmente reprovado admitir que se tem um problema de infertilidade e houve um alargamento dos beneficiários (...) agora temos que lutar com os*

projetos monoparentais. Portanto a procura de esperma aumentou imenso e os dadores com a questão da perda do anonimato reduziram de forma muito significativa" E.C).

Quando questionados **“Na sua opinião o elevado tempo de espera para tratamentos de PMA pode inviabilizar o acesso a este tipo de cuidados de saúde?”** a resposta foi unânime entre os entrevistados. Apontam, ainda, a falta de centralização das listas de espera entre os centros públicos de PMA e alertam para o facto de não serem públicas (*"Claro que o tempo de espera pode inviabilizar o acesso"* (E. C); *"As listas de espera dos centros de infertilidade não são públicas, como existem para as consultas. Cada centro tem o seu Excel, a sua lista. Logo a partir daí não há possibilidade de ter uma uniformização e uma divulgação."* (E. D)

Relativamente à questão **“Considera a idade limite imposta às mulheres para recorrerem a este tipo de tratamentos um obstáculo ao acesso?”** ainda que os entrevistados concordem que a idade é um entrave ao acesso e que muitos casais e mulheres ficam automaticamente excluídos antes de perfazerem os 40 anos (tendo em consideração o tempo de espera), existem opiniões díspares relativamente ao alargamento da idade imposta legalmente para recorrer a tratamentos de PMA: *"Se uma mulher quiser recorrer a este tipo de tratamentos aos 38 anos quase não tem tempo. Nesses casos que coincide com a idade limite da mulher, ela é automaticamente excluída. (E.A); "Eu não concordo com o aumento da idade nem com o número de ciclos. Nós temos recursos limitados e uma mulher com 40 anos tem de perceber que tem uma taxa de sucesso reduzida e nós não podemos usar os recursos limitados que temos em situações com retorno muito baixo (...) se a partir dos 40 anos a taxa de sucesso diminui, não vale a pena estar a tratar essas mulheres porque estamos a tirar a possibilidade de outras mais novas" (E.C).*

A legislação em vigor prevê três ciclos de tratamento por casal/mulher no SNS. Ainda que existam defensores do alargamento deste número, o sujeito C remete um conjunto de afirmações que merecem reflexão na ótica da gestão de recursos finitos da equidade no acesso: *" Estamos a falar de uma mulher que tem acesso e uma idade que permite fazer os 3 ciclos que o Estado paga, há sempre uma taxa cumulativa e uma aprendizagem que nos permite melhorar alguma coisa à medida que avançamos no ciclo. O problema é que a lei não pode*

sair com alíneas, porque se assim fosse dizíamos que o estado pagará um 4º ciclo ao casal que se ficar demonstrado mudar uma pequenina coisa pode ser uma mais-valia para conseguirmos uma gravidez. E isso não é passível de ser feito, os outros casais iam sempre contestar e dizer que também queriam, ainda que não fosse viável." (E.C)

No que diz respeito aos custos diretos que os doentes têm de suportar no âmbito da PMA (**“Acredita que os custos suportados pelos doentes possam ser uma barreira/obstáculo ao acesso?”**) todos os entrevistados reconheceram o esforço económico dos doentes, admitindo a exclusão dos mesmos pela incapacidade de suportar os custos da medicação. Adicionalmente, são vários os casais e/ou mulheres sujeitos a esforços financeiros no âmbito de deslocações, transportes e alojamento (*“Há muitos casais que temos aqui que nos dizem que não têm dinheiro para a medicação.” E. D; “temos de ter em conta os custos para os utentes, as viagens todas que têm de suportar.” E.A; “ O preço suportado pelo doente varia consoante a resposta, se a mulher é gorda ou magra, se tem 39 anos ou 25. Portanto, não é um custo transversal a todas as mulheres. Por alto pode ficar entre os 500 e os 1000 euros por cada ciclo.” E.D).*

7.2.3. Inovação

Para abordar a relevância da inovação no âmbito da gestão das unidades de PMA foi estabelecida a seguinte pergunta **“De acordo com o seu conhecimento na área, considera que a inovação organizacional e dos processos pode ter algum tipo de influência na eficácia e eficiência das políticas de PMA?”**, podemos observar que a inovação organizacional corresponde a 4,41% enquanto a inovação do processo adequa 3,43% do conteúdo abordado nas entrevistas (Tabela 14).

Tabela 14. *Categorias referentes à Inovação.*

Codificação	N	%
• Inovação Organizacional	9	4,41
• Inovação do Processo	7	3,43

Fonte: Elaboração Própria.

Foi consensual a importância da inovação atribuída ao nível da eficácia organizacional nos centros públicos de PMA. Assim, os entrevistados emitiram um conjunto de sugestões inovadoras que contribuem para a otimização da atividade, entre elas a contratação de recursos humanos especializados, com benefícios e incentivos; o pagamento do preço médio da medicação por parte dos casais que usufruem gâmetas doados; Projetos de consciencialização dos fatores de infertilidade assim como a difusão dos limites de idade para usufruto de tratamentos de PMA; Reencaminhamento de casais para o setor privado; Publicidade através dos meios digitais dirigida à camada jovem da sociedade relativamente à dádiva de gâmetas; e o recrutamento e gestão do stock de material genético a nível regional (sempre numa perspetiva colaborativa entre si).

7.2.4. Equidade

Quando questionados sobre “**Acredita que os custos suportados pelos doentes possam ser uma barreira/obstáculo ao acesso?**” surgiram opiniões antagónicas relativamente à comparticipação do Estado no âmbito da medicação. De acordo com a Tabela 15, foram identificadas 14 verbalizações na categoria da medicação.

Tabela 15. *Categoria referente à Equidade.*

Codificação	N	%
• Medicação	14	6,86

Fonte: Elaboração Própria.

Enquanto o entrevistado D considera plausível uma comparticipação a 100% de forma a fomentar a equidade e diminuir os entraves ao acesso à PMA (“*Eu acho que para ser equitativo nenhum casal devia pagar a medicação*”), o entrevistado C refuta e contraria a hipótese de alargar os benefícios aos casais que recorrem ao SNS (“*dar-lhes mais benefícios*”).

no sentido de não pagarem taxas moderadoras ou terem medicação grátis acho que não” E.C).

Foi contestada a iniquidade e desigualdade no acesso na medida em que utentes que sofrem de uma patologia crónica, mesmo com um impacto mínimo na atividade quotidiana e sem implicações no sistema reprodutor estão isentas de taxas moderadoras e a medicação é comparticipada a 100%: *“As pessoas com traço calcémico têm uma alteração mínima na sua vida, vivem bem e chegam aqui para fazer tratamentos de fertilidade e não pagam nada.”* (E.D). Por outro lado, o casal que beneficia da doação de gâmetas está isento de qualquer pagamento (sendo que a medicação para os ciclos de doação é financiada pelo Estado), enquanto o casal que possui gâmetas próprios está sujeito ao pagamento da medicação para a estimulação ovárica. (*“não é justo casais que têm gâmetas pagarem a medicação e aqueles que não têm gâmetas, não pagarem a medicação e é o contribuinte que paga a medicação deles”* E.D).

Ao contrário do alargamento na comparticipação da medicação, os entrevistados concordaram neste ponto, afirmando que esta situação faz com que o acesso entre os casais portugueses a este tipo de serviços não seja equitativo. De forma a contrariar esta realidade, o Entrevistado C propôs alternativas: *“(…) desde um depósito na tesouraria do hospital, pagaria um x que corresponderia ao um preço médio de pagamento da medicação”*.

7.2.5. Políticas Públicas

O tema das políticas públicas foi abordado enquanto potencial fator limitativo nível do número de ciclos adequados a cada casal, do tipo de tratamentos a adotar assim como da gestão da lista de espera.

Tabela 16. *Categorias referentes às Políticas Públicas.*

Codificação	N	%
• Legislação Limitativa	4	1,96
• FERTIS	2	0,98

Fonte: Elaboração Própria.

Na ótica do entrevistado C, haverá casais que beneficiam do terceiro ciclo ainda que as hipóteses sejam escassas ou nulas, assim como, existem casais que beneficiariam de um quarto ciclo dada a viabilidade de culminar numa gravidez. No entanto, em termos legislativos não é lícito, tal como explícito na seguinte transcrição: “(...) *quando a legislação de financiamento era um bocadinho menos limitada e nós chegávamos à conclusão de que havia poucos casais que beneficiavam de passar do segundo para o terceiro ciclo, passamos a oferecer o terceiro ciclo apenas às situações em que o terceiro ciclo era viável. Ora, como não havia uma legislação de financiamento isso era perfeitamente lícito. Agora temos estas regras e temos de as cumprir: são 3 ciclos, e um ciclo por ano civil*” (EC).

7.2.6. Governance

Os entrevistados abordaram questões relacionadas com a Governance e com a dinâmica organizacional de cada instituição hospitalar (“*A motivação acaba por ser um fator crucial na função pública. Se a pessoa fez horas a mais, devia poder usufruir mais tarde; se a atividade já tiver sido terminada mais cedo, não posso mandar as pessoas mais cedo para casa. São coisas tão pequeninas. O serviço público tem estes constrangimentos.*”).

7.3. Análise de dados estatísticos

7.3.1. Caracterização da Amostra

Iniciamos a análise dos dados com a caracterização da amostra através das estatísticas sociodemográficas inquiridas. Participaram no estudo 47 profissionais de saúde, cuja maioria integra a categoria profissional de médico (46.80%) seguida de embriologistas e enfermeiros, estes igualmente distribuídos.

Também se constatou que os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (41) e a classe modal das idades dos respetivos é representada por idades entre 39 e 44 anos (40.43%). Ao nível de centros públicos, podemos conferir que apresentam uma distribuição relativamente uniforme.

Tabela 17. *Caracterização Da Amostra.*

<i>Caracterização da amostra</i>	N	%
Sexo		
Masculino	6	12.76
Feminino	41	87.24
Idade		
Até 38 anos	12	25.53
Entre 39 e 44 anos	19	40.43
Entre 45 e 55 anos	7	14.89
Mais de 55 anos	9	19.15
Centro Público de PMA		
Hospital da Senhora de Oliveira - Guimarães	8	17.02
Centro Hospitalar Universitário do Porto	5	10.64
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	7	14.89
Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira	7	14.89
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Santa Maria	8	17.02
Centro Hospitalar Lisboa Central – MAC	9	19.15
Hospital Garcia de Orta	3	6.39
Categoria Profissional		
Médico	22	46.80
Enfermeiro	12	25.53
Embriologista	12	25.53
Assistente Operacional	1	2.14

Fonte: Elaboração própria.

7.4. Tempo de espera entre a primeira consulta e a punção folicular.

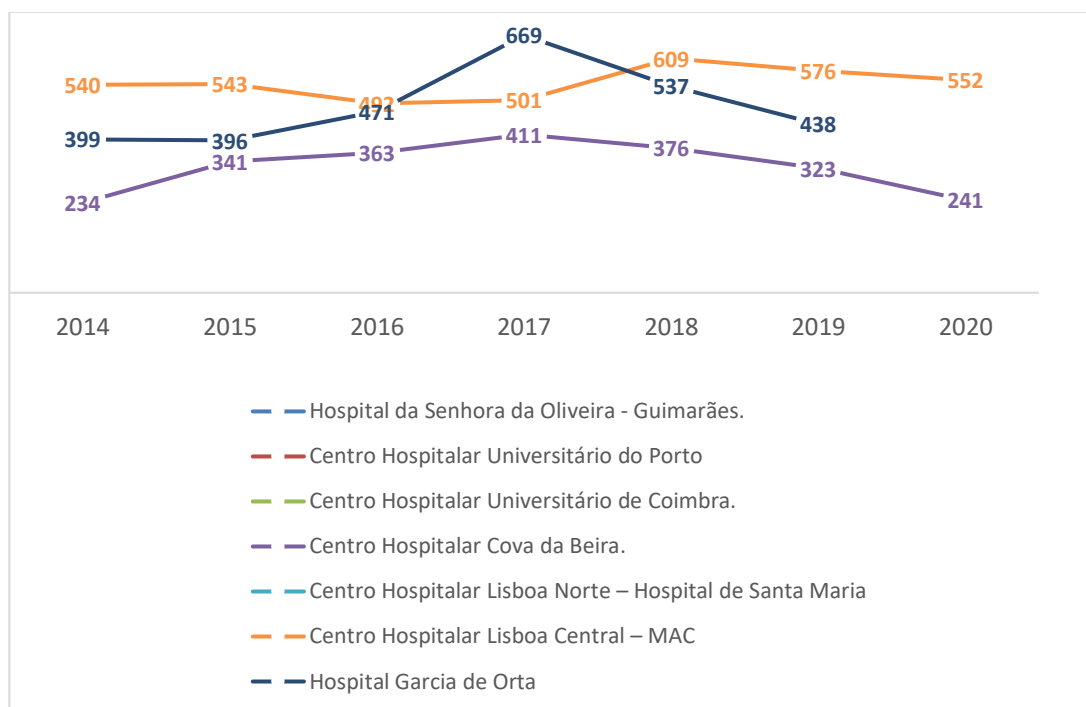
A investigação remete para a identificação das causas do elevado tempo de espera no âmbito do usufruto de técnicas de PMA. Para responder a este objetivo identificou-se, em primeiro lugar, o tempo de espera para tratamentos em cada centro público de PMA, que corresponde ao primeiro objetivo da investigação **“Apurar e comparar os tempos de espera nos centros públicos de PMA a nível nacional”**.

Após contactar, quer o CNPMA quer a SPMR, concluiu-se que não existe uma centralização de dados em nenhum organismo relativamente às listas de espera para os tratamentos de PMA. Neste contexto, cada centro público gere as listas de espera de forma insubordinada (os dados que se seguem na Tabela 18 foram solicitados aos centros públicos, individualmente).

O tempo de espera aglomera múltiplos critérios (que não são transversais aos nove centros públicos de PMA). De forma a conseguir uma maior uniformidade na avaliação desta área e a definir um critério de avaliação comum, estabelecemos o tempo de espera entre a primeira consulta e a punção folicular, discriminado desde 2014.

Independentemente do tratamento prescrito ao casal, a Indução da Ovulação (IO) é um procedimento comum. A IO corresponde à estimulação ovárica alcançada através de uma medicação injetável que proporciona a formação de folículos. Após a estimulação ovárica, a punção folicular corresponde à colheita de gâmetas femininos, efetuada por via vaginal, sob sedação (CNPMA, 2021).

Tabela 18. Tempo de espera (em dias) entre a primeira consulta e a punção folicular.



Fonte: Elaboração própria.

A realização da punção não é imediata e está subjacente a condicionabilidades como os casais não terem exames finalizados quando são convocados; alterações clínicas que impliquem uma intervenção cirúrgica; e o agendamento do tratamento, que depende do ciclo menstrual da mulher. Além do referido, é necessário considerar a solicitação do adiamento do tratamento por questões pessoais assim como as mulheres adoecem e passam a não ser elegíveis para estes procedimentos.

Existem, assim, vários fatores que influenciam o tempo entre a primeira consulta de Apoio à Fertilidade e o dia da punção folicular.⁴²

⁴² A atividade de PMA esteve suspensa entre julho de 2017 e janeiro de 2018 para a realização de obras na MAC, sendo que este intervalo implicou a referenciação de alguns casais para centros privados, de acordo com o protocolo existente. Ainda assim, muitos dos casais optaram pela reabertura do Centro de Medicina de Reprodução, razão pela qual os tempos de espera em 2018 (e, também, em 2019) foram mais acentuados.

O governo considerou 12 meses como a garantia da prestação de cuidados de saúde em tempo útil. A MAC e o Hospital Garcia de Orta verificam um tempo de espera entre a primeira consulta e a punção folicular superior a 12 meses desde 2014, consecutivamente. Já o Centro Hospitalar da Cova da Beira, registou um aumento do tempo de espera em 2017 (411 dias), todavia regista uma diminuição desde então.

Tornam-se claras as lacunas relativas ao acesso a este tipo de tratamentos especializados na medida em que não é assegurado o tempo útil de resposta por parte das instituições do SNS – existe, assim, necessidade do ordenamento jurídico português redirecionar os casais para o setor privado.

7.5. Variância das dídivas no Banco Público de Gâmetas

Segundo da Cruz Brandão (2014), apenas um em cada cinco candidatos é efetivamente dador. Este fenómeno revela que, para além de ser executada uma seleção rígida dos candidatos, muitos desistem e/ou não reúnem os requisitos necessários.

Para responder ao segundo objetivo da investigação “**Apurar e comparar a variação das dídivas nos três Centros de Colheita públicos**”, solicitamos os dados à SPMR (Tabela 19) e foi possível concluir que o número de dadores efetivos de espermatozoides tem vindo a diminuir de forma constante. O mesmo acontece no que diz respeito às dídivas de gâmetas femininos a partir do ano de 2018.

Importa ressaltar que o tempo de espera para técnicas de PMA de segunda linha é contabilizado desde a inscrição em lista até ao momento em que o casal é convocado para a técnica. Fonte: informação recolhida nas entrevistas.

Tabela 19. *Variância Das Dídivas no BPG.*

Ano	Espermatozóides	Ovócitos
2017	77	21
2018	65	34
2019	8	27
2020	0	8

Fonte: Elaboração própria.

O cenário nos centros privados é, porém, muito distinto dado que em 2019 foram realizadas 1145 doações de ovócitos e 764 de espermatozoides.

Em 2020 constatou-se uma descida no número de doações nos centros privados, contudo, confirmam-se 862 dídivas de ovócitos e 403 de espermatozoides, números estes muito superiores ao que se registam no BPG⁴³. Os dados ilustram as dificuldades que o SNS tem em responder ao conjunto de pessoas que carecem de material doado para os tratamentos de fertilidade.

No decorrer da investigação, discriminou-se a variância das dídivas relativas aos centros de colheita públicos, isto é, detalhou-se o número de dídivas proveniente de cada centro de colheita público. Esta diferenciação poderá ser útil na implementação de políticas públicas ajustadas às necessidades regionais.

Devido a constrangimentos como remodelações, aquisição de equipamentos adequados, encerramento devido à qualidade do ar e a pandemia não permitiram que, até à data, fossem realizadas quaisquer dídivas por parte da MAC ao BPG⁴⁴.

⁴³ <https://www.dn.pt/sociedade/tratamento-de-fertilidade-alargado-a-mulheres-com-mais-de-40-anos--13383410.html>

⁴⁴ Informação recolhida nas entrevistas exploratórias.

a) Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

De acordo com a responsável pelo laboratório de biologia da reprodução do CHUC, os constrangimentos não se prendem com a gestão dos dadores, mas sim com a carência dos mesmos. Não identifica, assim, uma problemática no âmbito na eficácia organizacional e na gestão dos processos.

A pandemia causada pela COVID-19 em 2020 suspendeu toda a atividade da PMA e as consultas realizadas foram reduzidas às estritamente necessárias e prioritárias aquando do retomo da atividade.

Tabela 20. *Evolução das dídivas de gâmetas masculinos no Centro De Colheita Público de Coimbra.*

	2017	2018	2019	2020	2021*	Total
Nº de candidatos que contactaram o centro	21	9	32	13	2	77
Nº de candidatos que realizaram consulta médica	13	5	15	10	0	43
Nº de candidatos que fizeram estudo de dador	13	4	14	10	0	41
Nº de candidatos excluídos após estudo de dador	3	1	3	3	0	10
Nº de candidatos admitidos como dadores	9	5	6	0	0	20
Nº de dadores efetivos (após quarentena)	0	4	2	0	0	6

*Acumulado até março de 2021.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo BPG.

Verificamos através dos dados que nos últimos 4 anos foram estabelecidos 77 contactos de potenciais dadores masculinos com o centro de colheita do CHUC, todavia, somente 6 dadores efetivaram a dádiva.

Tabela 21. *Evolução das dívidas de gâmetas femininos no Centro De Colheita Público De Coimbra.*

	2017	2018	2019	2020	2021*	Total
Nº de candidatos que contactaram o centro	16	15	51	23	4	109
Nº de candidatos que realizaram consulta médica	7	7	24	10	5	53
Nº de candidatos que fizeram estudo de dador	7	7	24	9	4	51
Nº de candidatos excluídos após estudo de dador	3	3	5	5	0	16
Nº de candidatos admitidos como dadores	3	4	12	5	4	28
Nº de dadores efetivos (após quarentena)	2	2	9	2	0	15

*Acumulado até março de 2021.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo BPG.

Entre março e outubro constatou-se uma interrupção das dívidas femininas; no caso dos dadores masculinos verificou-se, também, a suspensão das dívidas entre março e dezembro. A embriologista referiu, no entanto, que foram vários os dadores que ficaram em stand-by em 2020 e que retomaram o processo da doação de gâmetas.

Nos últimos 4 anos, 109 mulheres entraram em contacto com o centro de colheita do CHUC, todavia, apenas metade compareceram na consulta médica. Assim, dos 119 contactos, resultaram 15 dívidas efetivas nos últimos quatro anos.

Deste a afiliação do BPG entre o CHUP, CHUC e o CHULC, em 2017, foram estabelecidos tantos contactos de candidatos a dadores quanto o setor privado recebe em dois meses⁴⁵, sendo que metade dos possíveis candidatos a dadores no setor público acabam por não comparecer na consulta inicial por não cumprirem requisitos ou por demonstrarem preferência em doar noutra localização mais conveniente. Destacou-se, no entanto, um pico de contactos e consultas em 2019 no seguimento de uma reportagem televisiva. Deste modo, e de acordo com a opinião da embriologista supracitada, a aposta em melhores e mais recorrentes

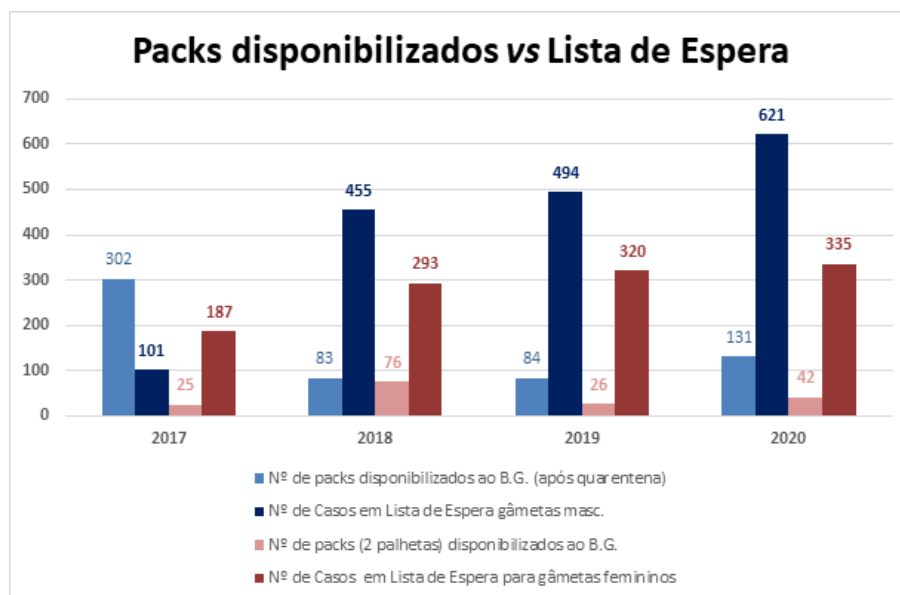
⁴⁵ De acordo com a clínica privada IVI, recebem uma média de 50 contactos mensais.

campanhas de divulgação traduziriam mais contactos nomeadamente de candidatos a dadores nos centros públicos.

b) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Segundo os dados fornecidos pelo CHUP, regista-se um aumento do número de casos em lista de espera para gâmetas femininos e masculinos (Figura 11).

Figura 11. Lista De Espera De Gâmetas.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo BPG.

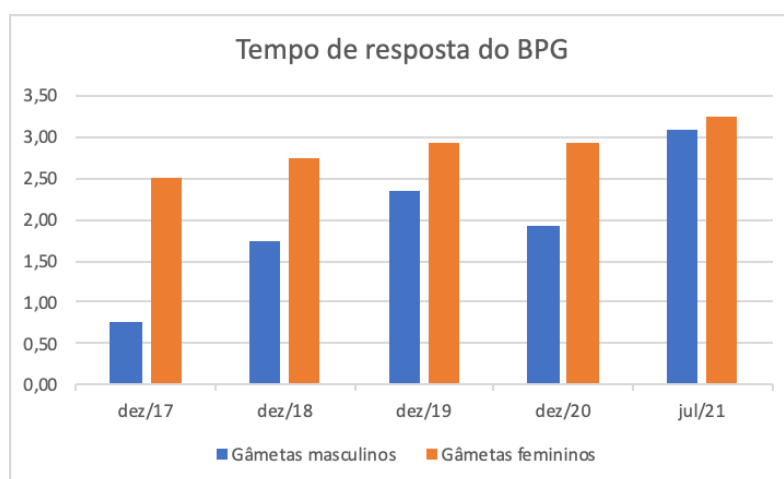
Por outro lado, como já foi referido anteriormente, as dádivas masculinas são sujeitas a um período de quarentena para uma validação final. Tem-se verificado uma diminuição do número de dádivas “válidas” após quarentena desde 2017, à exceção do ano de 2020 (com uma subida de 84 para 131 packs disponíveis). Já nos casos de doações efetivas de óvulos, os valores registados têm carácter oscilante e pautam-se por serem valores reduzidos. Nos últimos 4 anos não se registou um valor anual superior a 76 dádivas efetivas.

Estes dados caracterizam o panorama atual da dádiva de gâmetas e espelham a necessidade de uma intervenção estatal a fim de mitigar a tendência apresentada.

c) Tempo de resposta do BPG

Foi solicitado ao BPG o tempo de resposta para o fornecimento de gâmetas masculinos e femininos no domínio do SNS (Figura 12).

Figura 12. Tempo De Resposta Do BPG.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo BPG.

Desde 2017 que o tempo de resposta é superior a 3 anos no caso da disponibilização de óvulos, não se registando nenhuma melhoria desde então. No ano de 2021 o marco dos 3 anos também foi ultrapassado para gâmetas masculinos. Significa isto que, para salvaguardar o acesso, o casal tem de ter no máximo 37 anos para que não seja excluído automaticamente (tendo em conta o limite dos 39 anos e 364 dias para recorrer a este tipo de tratamentos somados aos mais de 3 anos atuais de lista de espera para a obtenção de material genético doado).

Assim, e de acordo com a figura, o tempo de espera tem vindo a aumentar consideravelmente ao longo dos últimos 5 anos. Estes dados enfatizam a discrepância entre o setor público e o privado quanto ao tempo de resposta e a necessidade de conceber políticas que salvaguardem o acesso aos cuidados de PMA com recurso a gâmetas.

Com o objetivo de recolher perceções dos profissionais relativamente ao funcionamento e atividade do BPG, foram efetuadas um conjunto de questões (Tabela 22). No que diz respeito

à pertinência da centralização do BPG, mais de metade dos profissionais revelou discordar ou discordar totalmente (62%).

Tabela 22. *Funcionamento Do Banco Público De Gâmetas.*

Banco Público de Gâmetas	N	%
Centr. BPG faz sentido		
Discordantes	29	62%
Não concordo nem discordo	3	6%
Concordantes	15	32%
Comunicação dadores		
Discordantes	2	4%
Não concordo nem discordo	18	38%
Concordantes	27	57%
Anonimato < dádivas		
Discordantes	2	4%
Não concordo nem discordo	3	6%
Concordantes	42	90%
Aumento de dádivas > eficácia PP		
Discordantes	5	11%
Não concordo nem discordo	14	30%
Concordantes	28	60%
Aumento de dádivas > equidade PP		
Discordantes	5	11%
Não concordo nem discordo	15	32%
Concordantes	27	58%
PP doação de gâmetas		
Insuficientes	43	92%
Nem insuficiente nem suficiente	3	6%
Suficientes	1	2%
Gov consciencializa dádivas		
Discordantes	30	64%
Não concordo nem discordo	14	30%
Concordantes	3	6%

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de 38% dos profissionais discordarem, 57% tendem a concordar que devia haver uma inovação dos processos nomeadamente ao nível da comunicação entre os centros de PMA e os dadores de gâmetas.

Apenas 3 profissionais de saúde (6%) reconhecem ter havido um empenho estatal no sentido de difundir e consciencializar a população da necessidade da doação de gâmetas.

No que respeita às políticas públicas neste domínio, 92% dos profissionais de saúde consideram-nas insuficientes, o que acaba por se relacionar com o impacto que o fim do anonimato desempenhou ao nível das dádivas de gâmetas. Neste contexto, 90% dos inquiridos consideram que foi uma política pública que fez retrair os dadores, e portanto, fez diminuir o número de dádivas efetivas.

Relativamente às possíveis razões das diminutas dádivas de gâmetas, os profissionais de saúde indicaram:

- Ausência de publicidade e de marketing por parte dos centros de recolha;
- Constrangimentos no horário dos centros de colheita;
- Fim do anonimato;
- Desconhecimento da população;
- Reduzida perceção da importância social da dádiva e tabus culturais;
- Constrangimentos burocráticos morosos com que se confrontam os dadores.

7.5.1. Fatores que estão na base do tempo de espera

Os resultados obtidos demonstram que 91% dos inquiridos têm conhecimento de, pelo menos, um casal que tenha desistido dos tratamentos de PMA. As motivações prendem-se, essencialmente, com a separação do casal, tempo de espera, desgaste psicológico, questões económicas, opção por centros privados e, também, pela distância entre os centros públicos e as respetivas habitações dos utentes.

No que diz respeito às entropias dos centros públicos de PMA, mais de metade dos profissionais considerou existirem carência de recursos humanos e tecnológicos; diferentes

critérios de acessibilidade entre público e privado; obrigatoriedade em recorrer ao BPG, sem capacidade de resposta; limite de idade; tempo de espera até à primeira consulta; referência tardia para as consultas de infertilidade por parte dos cuidados de saúde primários e a falta de articulação entre os mesmos e os centros de PMA.

A idade imposta para recorrer a tratamentos de PMA, de acordo com exposto anteriormente, é caracterizada por posições antagónicas. Ainda que se tenha apurado que 83% dos inquiridos concordam que o limite da idade constitui um obstáculo ao acesso, apenas 45% dos profissionais tendem a concordar com o alargamento da idade da mulher para tratamentos de PMA.

Como já foi referido, a falta de sensibilização relativa à infertilidade e à referência precoce, constituem obstáculos na eficácia dos tratamentos de PMA. Neste sentido, 72% dos profissionais de saúde negam ter sido desenvolvidas ações de sensibilização para a referência precoce (Tabela 23).

Tabela 23. *Caracterização Da Governance.*

<i>Caracterização</i>	N	%
Ações de sensibilização		
Sim	13	28%
Não	34	72%
> sensibilização acesso + cedo		
Discordantes	6	13%
Não concordo nem discordo	9	19%
Concordantes	32	68%
PP na PMA		
Insuficientes	32	68%
Nem insuficiente nem suficiente	9	19%
Suficientes	6	13%
Sensibilização infertilidade		
Insuficientes	41	87%
Nem insuficiente nem suficiente	6	13%
Suficientes	0	0%
PP doação de gâmetas		
Insuficiente	43	92%
Nem insuficiente nem suficiente	3	6%
Suficientes	1	2%

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisarmos a perceção dos profissionais relativamente às políticas públicas, como campanhas de sensibilização no âmbito da infertilidade ao público, mais de metade dos inquiridos (87%) consideram-nas insuficientes.

Os resultados sugerem que 83% dos profissionais têm conhecimento, de pelo menos um casal, cujo acesso foi negado pelo elevado tempo de espera. Neste contexto, 93% dos inquiridos concordam que as elevadas listas de espera inviabilizam o acesso a este tipo de cuidados de saúde especializado (Tabela 24).

Tabela 24. *Caracterização do Acesso.*

<i>Caracterização do Acesso</i>	N	%
Acesso inviabilizado pelo tempo de espera		
Sim	39	83%
Não	8	17%
Conhecimento desistência casal		
Sim	43	91%
Não	4	9%
Constrangimentos no acesso		
Discordantes	7	15%
Não concordo nem discordo	2	4%
Concordantes	38	81%
Lista de esperas inviabilizam acesso		
Discordantes	1	2%
Não concordo nem discordo	2	4%
Concordantes	44	93%
A idade limite obstáculo acesso		
Discordantes	3	6%
Não concordo nem discordo	5	11%
Concordantes	39	83%
Custos são elevados		
Discordantes	6	13%
Não concordo nem discordo	9	19%
Concordantes	32	68%
Alargamento da idade		
Discordantes	19	41%
Não concordo nem discordo	7	15%
Concordantes	21	45%

Fonte: Elaboração própria.

Os profissionais foram questionados relativamente às causas das elevadas listas de espera, assim como aos mecanismos mais eficazes para cumprir as políticas públicas e otimizar a resposta à procura existente no domínio da PMA em Portugal.

No que diz respeito às causas das listas de espera, e respondendo ao terceiro objetivo da investigação “**Identificar os principais fatores que estão na origem dos tempos de espera dos tratamentos de PMA**”, concluímos que as respostas foram equilibradas entre as opções propostas. Significa isto que os profissionais defendem existir um conjunto de fatores (escassez de recursos tecnológicos, humanos, financeiros e limitações laboratoriais) constringedores ao normal funcionamento dos centros públicos de PMA. Entre estes, destacam-se a escassez de recursos humanos e financeiros.

Tabela 25. *Caracterização da Eficácia.*

<i>Caracterização da Eficácia</i>	N	%
Causas das listas de espera		
Escassez de recursos tecnológicos	9	19,15%
Escassez de recursos humanos	19	40,43%
Escassez de recursos financeiros	17	36,17%
Limitações laboratoriais	8	17,02%
Todas as anteriores	23	48,94%
Mecanismos para cumprir as PP de PMA		
Comprar gâmetas ao setor privado	17	36,17
Enviar casais para centros privados quando o tempo excede 1 ano.	24	51,06

Fonte: Elaboração própria.

Neste contexto, os profissionais de saúde conceberam um conjunto de sugestões para combater as elevadas listas de espera, para além do encaminhamento dos casais para centros privados quando o tempo de espera excede um ano (51.06%) e a compra de gâmetas a bancos privados (36.17%). Assim, foram admitidas sugestões tais como a realização ações de sensibilização junto dos profissionais de saúde para a referenciação precoce, assim como campanhas relativas à idade fértil da mulher (dado que, segundo os profissionais de saúde, um dos problemas da eficácia da PMA tem que ver com a idade avançada das mulheres). Estes resultados são congruentes com a visão de Lavina (2016), que defende um investimento na literacia da saúde sexual e reprodutiva de modo a ser possível um diagnóstico precoce da

infertilidade, uma vez que se verifica uma taxa de insucesso à medida que a idade avança (Lavinha, 2016).

Por outro lado, são enfatizados fatores como a necessidade de aquisição de recursos humanos, equipamentos laboratoriais (com vista a aumentar a capacidade de resposta dos centros de PMA) e o reforço da informatização. A alocação dos profissionais a outros serviços do hospital, nomeadamente urgências, também é encarado como um entrave à eficácia dos tratamentos e funcionamento dos centros de PMA, e é neste sentido que os profissionais enfatizam os (poucos) incentivos de produtividade nos centros públicos de PMA.

7.5.2. Importância da Inovação Organizacional e dos Processos

De modo a “**Averiguar em que medida a inovação organizacional se pode assumir como um agente facilitador da PMA**” (objetivo 4), procurou-se quantificar a importância que os profissionais de saúde atribuem à inovação organizacional e dos processos. Concluiu-se que 64% concordam com papel primordial da mesma para garantia da eficácia das políticas públicas da PMA. Por outro lado, e ainda que nenhum dos inquiridos tenha discordado que as organizações se podem assumir como um agente facilitador na atividade da PMA e que atuam de forma a refletir o acesso mais equitativo, 6% dos inquiridos não admitem que a implementação de medidas de carácter de inovador possam atenuar os elevados tempos de espera.

Os inquiridos, à exceção de 5, reconhecem que os aumentos do número de dívidas se traduzem em benefícios na esfera da eficácia e da equidade das políticas públicas.

Tabela 26. *Caracterização Da Inovação Organizacional.*

<i>Caracterização da Inovação Organizacional</i>	N	F
Inov. Org. fator chave PP PMA		
Discordantes	0	0%
Não concordo nem discordo	17	36%
Concordantes	30	64%
Org. facilitador PMA		
Discordantes	0	0%
Não concordo nem discordo	6	13%
Concordantes	41	87%
Hospitais atuam para acesso equitativo		
Discordantes	6	13%
Não concordo nem discordo	9	19%
Concordantes	32	68%
Inov. Org. < tempo de espera		
Discordantes	3	6%
Não concordo nem discordo	11	23%
Concordantes	33	70%

Fonte: Elaboração própria.

Homogeneidade/Heterogeneidade dos inquiridos

Para analisar a homogeneidade/heterogeneidade dos respondentes por cada dimensão considerada procedemos à estimação de modelos de classes latentes, uma das técnicas de Cluster Analysis mais vantajosa em relação a outros modelos tradicionais de análise de clusters (Barbosa, Fonseca, Amaro e Pasqualotti, 2018; Neves e Fonseca, 2015; Fonseca, 2009), quando se quer descobrir a estrutura de clusters subjacente aos dados. Para a seleção do melhor modelo foi utilizado o critério de informação AIC3, visto ser aquele que melhor desempenha quando as variáveis de segmentação são categorizadas, ou seja, a escala de medida usada é nominal ou ordinal (Fonseca e Cardoso, 2007). Este critério de informação seleciona o modelo para o qual se minimize.

a) Inovação Organizacional

Sobre a dimensão da inovação organizacional, o critério AIC_3 mostra que existe heterogeneidade, ao selecionar um modelo com dois clusters (Tabela 27), revelando assim que as ideias dos inquiridos divergem, segundo as variáveis consideradas.

Tabela 27. Valores do Critério AIC_3 .

Modelo	Tipologia	AIC_3
Modelo 1	1-Cluster	816,2058
Modelo 2	2-Clusters	804,8309
Modelo 3	3-Clusters	816,9033
Modelo 4	4-Clusters	829,4035

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 27 surgem as estimativas dos parâmetros do modelo com dois clusters, através da amostra considerada. Os valores destas estimativas são probabilidades: (1) probabilidades simples, as probabilidades de classificação dos respondentes em cada classe (0.6467 e 0.3533 são as probabilidades de inquiridos classificados nos clusters 1 e 2, respetivamente); (2) probabilidades condicionais (os restantes valores) que devem ser interpretadas de acordo com raciocínio seguinte. Por exemplo, 0.0337 e 0.2993, representam as probabilidades de resposta Concordo Totalmente, em relação à questão “O aumento das dívidas ao banco público de gâmetas poderá contribuir para uma maior perceção da eficácia das políticas públicas”, sabendo que foram classificados nos clusters 1 e 2; porque o maior desses valores é 0.2924, essa resposta caracteriza o cluster 2 (Tabela 28).

Utilizando este raciocínio, para cada resposta possível de cada variável, obtêm-se, naturalmente, os perfis dos inquiridos segundo esta dimensão, de acordo com as variáveis observadas. Assim, sobre Inovação Organizacional, as opiniões dos inquiridos, repartiram-se por dois grupos, aproximadamente com 65% e 35% dos inquiridos, respetivamente (Tabela 28).

No primeiro grupo, surgem maioritariamente os inquiridos (65%) que classificámos de *Discordantes*, porque discordam ou nem concordam nem discordam relativamente a todas as

questões, com exceção da questão “A Centralização do BPG faz sentido”, sobre a qual invertem o sentido, pois concordam, total ou parcialmente, ou nem concordam nem discordam.

No segundo grupo (35%) foram classificados os *Concordantes*. Mas quem são os concordantes e os discordantes? O uso das covariáveis ou variáveis de caracterização, permitem-nos um maior conhecimento sobre uns e outros. Assim, podemos dizer que os *Discordantes* são maioritariamente do Centro Hospitalar do Porto, do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, do Hospital Santa Maria e da Maternidade Alfredo da Costa; são Embriologistas e Assistentes Operacionais, maioritariamente do género feminino, com idades entre os 45 e os 55 anos, ou com mais de 55 anos.

Tabela 28. *Estimativas Dos Parâmetros Do Modelo Com Dois Clusters.*

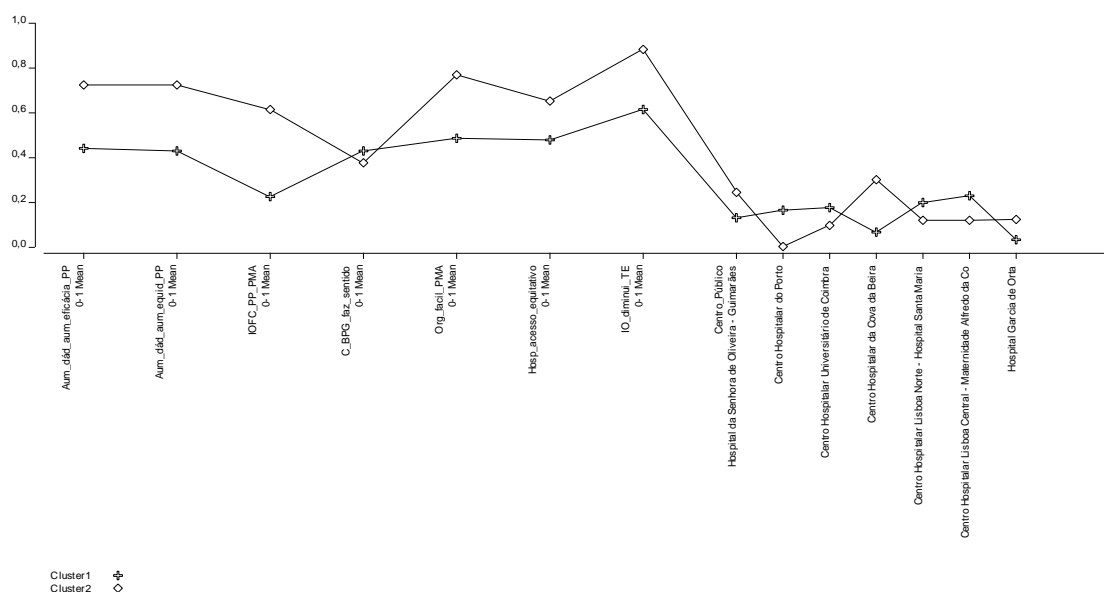
	Cluster1	Cluster
Cluster Size	0,6467	0,3533
Aumento dádivas maior percepção da eficácia das PP		
Discordo	0,16	0,0083
Não concordo nem discordo	0,4005	0,1103
Concordo	0,4019	0,5891
Concordo Totalmente	0,0375	0,2924
Aumento dádivas aumento percepção equidade das PP		
Discordo	0,1605	0,0075
Não concordo nem discordo	0,4307	0,1153
Concordo	0,3751	0,578
Concordo Totalmente	0,0337	0,2993
Inov Org garante eficácia das PP de PMA		
Não concordo nem discordo	0,5537	0,0108
Concordo	0,4446	0,7516
Concordo Totalmente	0,0016	0,2376
Centralização do BPG faz sentido		
Discordo Totalmente	0,1774	0,2172
Discordo	0,414	0,4467
Não concordo nem discordo	0,0649	0,0618
Concordo	0,2031	0,1703
Concordo Totalmente	0,1406	0,104
Org podem facilitar atividade PMA		
Não concordo nem discordo	0,1856	0,0218
Concordo	0,6573	0,4232
Concordo Totalmente	0,1571	0,555
Org refletem acesso equitativo		
Discordo	0,1814	0,0295
Não concordo nem discordo	0,236	0,1101
Concordo	0,5509	0,7381
Concordo Totalmente	0,0318	0,1223
Inov Org diminui Tempo de Espera		
Discordo Totalmente	0,0329	0
Discordo	0,0657	0,0002
Não concordo nem discordo	0,3529	0,0167
Concordo	0,5142	0,4442
Concordo Totalmente	0,0343	0,5389
Covariantes		
Centro Público		
Hospital da Senhora de Oliveira - Guimarães	0,1315	0,2419
Centro Hospitalar Universitário do Porto	0,1635	0,0005
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	0,1769	0,0971
Centro Hospitalar da Cova da Beira	0,0664	0,3018
Centro Hospitalar Lisboa Norte - Santa Maria	0,1989	0,117
Centro Hospitalar Lisboa Central - MAC	0,2299	0,1204
Hospital Garcia de Orta	0,0328	0,1213
Categoria profissional		
Médico	0,4389	0,5221
Enfermeiro	0,2004	0,3571
Embriologista	0,3279	0,1208
Assistente Operacional	0,0328	0
Sexo		
Feminino	0,902	0,8174
Masculino	0,098	0,1826
Idade		
Até aos 38 anos	0,18	0,3948
Entre os 39 e os 44 anos	0,3609	0,4845
Entre os 45 e os 55 anos	0,197	0,06
Mais de 55 anos	0,2621	0,0607

Fonte: Elaboração própria.

Por outro lado, os discordantes são maioritariamente do Hospital da Senhora de Oliveira, do Centro Hospitalar da Cova da Beira e do Hospital Garcia de Orta, médicos ou enfermeiros, do género masculino, com idades até aos 44 anos, isto é, os mais jovens.

A Figura 13 mostra-nos que as variáveis contribuíram para a separação dos dois grupos, sendo que a menor contribuição terá a ver com a variável “A Centralização do BPG faz sentido” (probabilidades muito próximas).

Figura 13. Probabilidades Associadas Aos Dois Grupos, Por Variável.



b) Inovação dos Processos

No que concerne ao impacto da inovação dos processos no âmbito da PMA em Portugal, aferiu-se que 68% dos inquiridos concordam e assumem que a inovação ao nível dos processos pode assumir-se como um veículo para incrementar a eficácia e a equidade ao nível da prestação de cuidados de saúde. Neste contexto, não houve nenhum profissional de saúde que se discordasse totalmente do potencial da inovação organizacional em criar valor no seio da PMA.

Tabela 29. *Caracterização Da Inovação Dos Processos.*

<i>Caracterização da Inovação dos Processos</i>	N	%
Inov. Processos contribui equidade		
Discordantes	2	4%
Não concordo nem discordo	7	15%
Concordantes	38	81%
Inov. Processos > eficácia		
Discordantes	3	6%
Não concordo nem discordo	5	11%
Concordantes	39	83%
Inov. Processos cria valor		
Discordantes	1	2%
Não concordo nem discordo	11	23%
Concordantes	35	75%
> Inov. Processo < tempo de espera		
Discordantes	4	8%
Não concordo nem discordo	12	26%
Concordo	31	66%

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao potencial da inovação dos processos enquanto agente otimizador do tempo de espera, a maioria dos inquiridos concordou (66%). Importa revelar, no entanto, que 26% dos profissionais assumiram uma posição neutra (não concordam nem discordam) e 8% discordaram.

Novamente, recorrendo a uma análise de clusters, a estimação dos modelos de classes latentes, levou a que fosse selecionado um modelo com duas classes, através do critério AIC₃ (Tabela 30).

Tabela 30. *Valores Do Critério AIC₃.*

Modelo	Tipologia	AIC₃
Model9	1-Cluster	505,4671
Model10	2-Cluster	499,4871
Model11	3-Cluster	501,6913
Model12	4-Cluster	527,5879

Fonte: Elaboração própria.

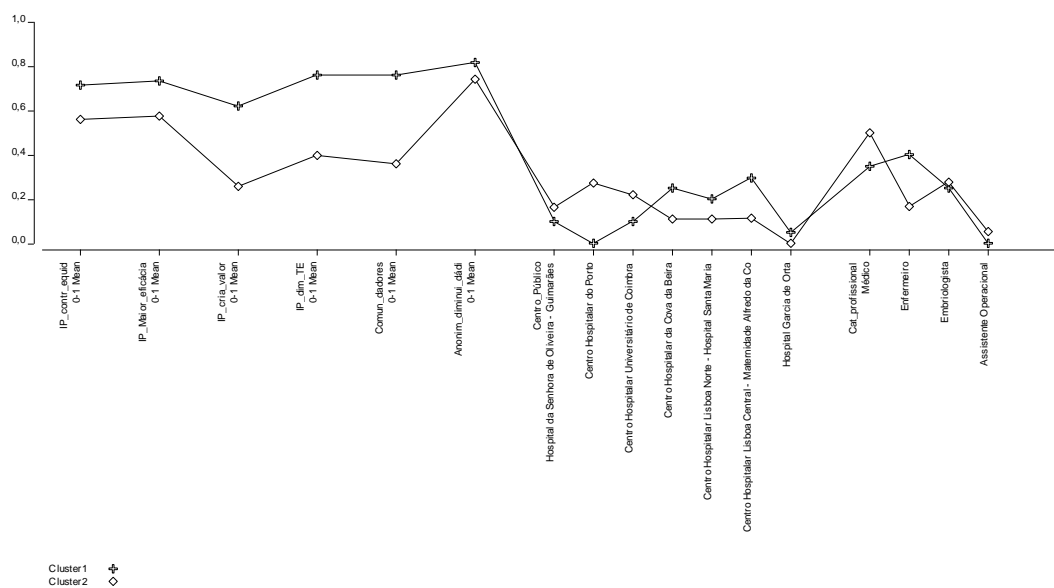
A Tabela 31 disponibiliza as estimativas dos parâmetros do modelo, através das quais encontramos os perfis (Figura 14), usando o mesmo racional anteriormente exemplificado. Os Concordantes (52%) foram assim designados por concordarem em relação às respostas a todas as questões, com exceção da questão “O fim do anonimato dos dadores contribuiu para a redução das dádivas de gâmetas”, em relação à qual expressaram perceções contrárias. São maioritariamente do Hospital Santa Maria, da MAC e do Hospital Garcia de Orta, Embriologista e Enfermeiro, do género masculino, com idades entre 39 e 44 anos, entre 45 e 55 anos e mais de 55 anos.

Tabela 31. *Estimativas Dos Parâmetros Do Modelo Com Duas Componentes.*

	Cluster1	Cluster2
Cluster Size	0,5226	0,4774
Indicadores		
Inov Proc facilita equidade na PMA		
Discordo	0,001	0,0539
Não concordo nem discordo	0,035	0,2372
Concordo	0,7816	0,688
Concordo Totalmente	0,1823	0,0209
Inov Proc garante maior eficácia na PMA		
Discordo	0,0009	0,054
Não concordo nem discordo	0,0258	0,1921
Concordo	0,7476	0,7253
Concordo Totalmente	0,2256	0,0286
Inov Proc cria valor na PMA		
Não concordo nem discordo	0,0074	0,4878
Concordo	0,7425	0,5104
Concordo Totalmente	0,2501	0,0018
Inovação Proc diminui o Tempo de Espera		
Discordo	0,0001	0,1652
Não concordo nem discordo	0,0141	0,4805
Concordo	0,6858	0,352
Concordo Totalmente	0,3	0,0023
Necessidade de maior agilização na comunicação dadores		
Discordo	0,0003	0,1099
Não concordo nem discordo	0,0641	0,7014
Concordo	0,586	0,1855
Concordo Totalmente	0,3496	0,0032
Anonimato diminui dádivas		
Discordo	0,0345	0,0724
Não concordo nem discordo	0,063	0,0963
Concordo	0,3244	0,3615
Concordo Totalmente	0,578	0,4698
Covariantes		
Centro Público		
Hospital da Senhora de Oliveira – Guimarães	0,1013	0,1648
Centro Hospitalar do Porto	0,0007	0,2751
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	0,1011	0,2201
Centro Hospitalar da Cova da Beira	0,2492	0,1129
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria	0,2012	0,1104
Centro Hospitalar Lisboa Central – Maternidade Alfredo da Co	0,2962	0,1166
Hospital Garcia de Orta	0,0502	0,0001
Categoria profissional		
Médico	0,3487	0,5004
Enfermeiro	0,4002	0,168
Embriologista	0,2511	0,2764
Assistente Operacional	0	0,0552
Sexo		
Feminino	0,899	0,9453
Masculino	0,101	0,0547
Idade		
Até aos 38 anos	0,2044	0,438
Entre os 39 e os 44 anos	0,4506	0,3334
Entre os 45 e os 55 anos	0,1472	0,1145
Mais de 55 anos	0,1979	0,1141

Por outro lado, os discordantes (48%) não concordam com todas as questões exceto com a questão “O fim do anonimato dos doadores contribuiu para a redução das dádivas de gâmetas”, em relação à qual expressaram perceções contrárias. São maioritariamente do Hospital da Senhora de Oliveira, do CHUP e do CHUC, médicos e assistentes operacionais, do género feminino, com idades até aos 38 anos.

Figura 14. Probabilidades Associadas Aos Dois Clusters, Nas Variáveis Consideradas.



Fonte: Elaboração própria.

7.6. Teste das hipóteses

Para testar as seguintes hipóteses, propomos a estimação de Modelos de Equações Estruturais, ou modelos de equações simultâneas, na sua forma mais simples, ou seja, sem variáveis latentes, também são conhecidos por Análise de Caminhos ou Análise de Trajetos (Path Analysis). Para o efeito, usámos o software IBM AMOS 26.0.

O modelo analítico de fatores ou Análise Fatorial (Exploratória ou Confirmatória) é centrado na forma e medida em que as variáveis observadas estão ligadas aos seus fatores (variáveis latentes subjacentes). Mais especificamente, trata-se de conhecer até que ponto as variáveis

observadas são geradas pelas variáveis ou construções latentes e, conseqüentemente, a força dos caminhos de regressão a partir dos fatores para as variáveis observadas (os pesos ou cargas dos fatores) são de interesse. Uma vez que este modelo não contém variáveis latentes não será realizada a AFC.

Hipótese 1 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a logística de funcionamento dos Centros Públicos de PMA do SNS através da diminuição dos tempos de espera;

Hipótese 2 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a logística de funcionamento do Banco Público de Gâmetas, através da otimização das dâdivas de gâmetas;

Hipótese 3 - A otimização dos tempos de espera influencia positivamente as políticas de PMA em termos de eficácia e eficiência;

Hipótese 4 - A otimização das dâdivas de gâmetas influencia positivamente as políticas de PMA em termos de eficácia e eficiência;

Hipótese 5 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a otimização das dâdivas de gâmetas;

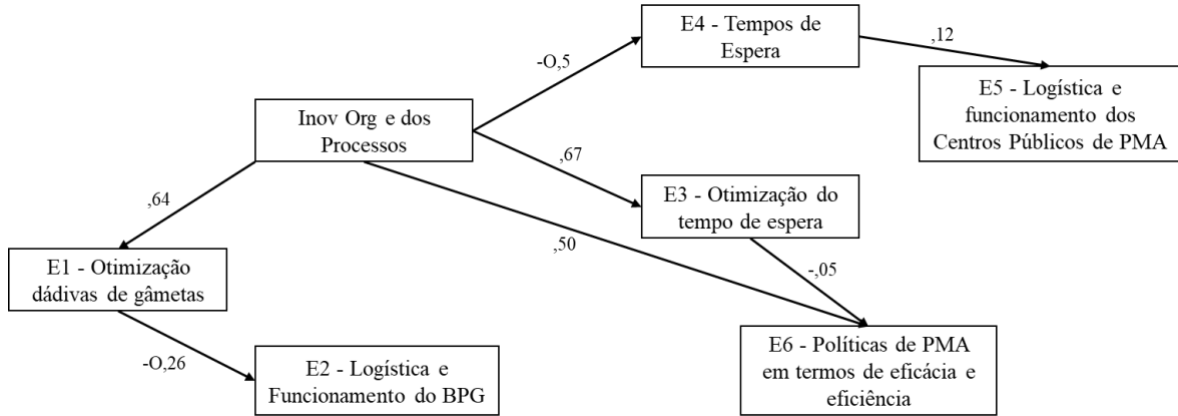
Hipótese 6 - A inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a otimização dos tempos de espera.

O modelo estimado (apresentado na Figura 15 e Tabela 32) é um modelo ajustado, como se pode verificar através dos indicadores seguintes, sugeridos por Hair, Black, Babin & Anderson (2010) e Blunch (2012): CMIN/DF = 0.482, CFI = 1.000, RMSEA = 0.000 (LO 90 = 0.000, HI 90 = 0.024).

As duas primeiras hipóteses dizem respeito a efeitos indiretos ou mediadores, nas quais os tempos de espera e otimização das dâdivas de gâmetas, respetivamente, funcionam como variáveis mediadoras. As duas últimas tratam de efeitos diretos.

Importa referir que no modelo ajustado (Figura 15) são apresentados os coeficientes estandardizados, enquanto na Tabela 32 são apresentados os coeficientes não estandardizados.

Figura 15. Modelo De Análise De Caminhos.



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 32. Coeficientes (Não Estandarizados) De Regressão.

Efeitos diretos			Estimates	E.P.	z	P	Hipóteses
OptdasDáddeGâm	<--	IOedosP	0,463	0,09	5,145	***	H ₅ S
OpTE	<--	IOedosP	0,397	0,07	5,709	***	H ₆ S
PdePMA_EficáEficiê	<--	OptdasDáddeGâm	0,891	0,428	2,082	0,037	H ₄ S
PdePMA_EficáEficiê	<--	OpTE	-0,105	0,514	-0,205	0,838	H ₃ nS
Efeitos indiretos							
IOedosP para TdeEspera para							
LFCPdePMA do SNS			-0,006	0,021	-0,293	0,771	H ₁ nS
IOedosP para OptdasDáddeGâm para							
LFBPGâmetas			-0,101	0,022	-4,466	***	H ₂ S

*** p < 0.001; S = Suportada; nS = não Suportada

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à Hipótese 1, não foi encontrada evidência suficiente nos dados que permitissem aceitar essa hipótese (valor $p = 0.771$), ou seja, os tempos de espera não medeiam o efeito da inovação organizacional e dos processos na logística de funcionamento dos Centros Públicos de PMA do SNS.

Relativamente à hipótese 2 há evidência nos dados que permitem aceitá-la, assim concluindo que a inovação organizacional e dos processos influencia negativamente a logística de funcionamento do Banco Público de Gâmetas, através da otimização das dívidas de gâmetas ($p < 0.001$). Por outras palavras, a otimização das dívidas de gâmetas medeia o efeito da inovação organizacional e dos processos na logística de funcionamento do Banco Público de Gâmetas. Isto significa que a inovação organizacional e dos processos conduz à otimização das dívidas de gâmetas (relação direta), enquanto esta conduz à necessidade de uma menor logística de funcionamento do Banco Público de Gâmetas (relação inversa).

No que concerne à hipótese 3, não há evidência suficiente nos dados que permitam concluir que a otimização dos tempos de espera influencia positivamente as políticas de PMA em termos de eficácia e eficiência ($p = 0.838$).

Há evidência suficiente nos dados que permitem aceitar a hipótese 4, permitindo concluir que a otimização das dívidas de gâmetas influencia positivamente as políticas de PMA em termos de eficácia e eficiência ($p = 0.037$).

Em relação à hipótese 5, há evidência suficiente nos dados que permitem concluir que a inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a otimização das dívidas de gâmetas ($p < 0.001$).

Finalmente, a hipótese 6 é aceite através da evidência dos dados, isto é, podemos concluir que a inovação organizacional e dos processos influencia positivamente a otimização dos tempos de espera.

CAPÍTULO VIII – CONCLUSÃO

A PMA tem vindo a ganhar relevância na agenda política assim como nas principais reformas no SNS. Como já tivemos oportunidade de discutir, a partir de 2006 foram múltiplas as resoluções com vista a promover o acesso e a acessibilidade no que diz respeito à PMA (Silva & Barros, 2012). Não obstante, constatamos ao longo da dissertação os constrangimentos no funcionamento e logística quer dos centros públicos de PMA, quer do BPG, assim como as desigualdades no âmbito do acesso a tratamentos de infertilidade e a cuidados de PMA em Portugal.

8.1. Sumário dos resultados

A dissertação procurou determinar de que forma a inovação se pode materializar num agente facilitador de otimização organizacional e dos processos no serviço de PMA do SNS. Através desta investigação foi possível aferir o número diminuto de dádivas de gâmetas efetivadas ao BPG e o respetivo impacto ao nível da atividade dos centros públicos, uma vez que se regista um recuo de resposta em detrimento dos centros privados (que possuem uma predominância superior a 98% no que diz respeito a tratamentos com recurso a gâmetas doados). Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Calhaz *et al.*, (2020) em estudos anteriores, que revelaram listas de espera exponencialmente mais longas nos centros públicos em relação aos prestadores privados deste tipo de cuidados de saúde. As diminutas dádivas justificam o elevado tempo de resposta do BPG a pedidos de gâmetas (superior a 3 anos no caso de óvulos e esperma desde 2017 e 2021, respetivamente). Este enquadramento espelha as dificuldades que o SNS possui em dar resposta aos casais e mulheres que carecem de material doado para tratamentos.

Procurou-se justificar a tendência negativa relativamente às dádivas no SNS e a resposta dos entrevistados foi de encontro aos inquiridos por questionário. Estes apontam, entre outras, o impacto do fim do anonimato, a carência de publicidade e de marketing por parte dos centros de colheita, assim como os constrangimentos no horário dos centros de colheita. O estudo de

Moura *et al* (2019) confirma o papel primordial da literacia da saúde no domínio da PMA, nomeadamente através publicidade e anúncios televisivos com testemunhos pessoais de recetores, dadores e profissionais de saúde; campanhas de recrutamento universitárias (que se encontram na idade fértil); assim como workshops, seminários e eventos públicos que promovam a sensibilização nesta matéria.

Os resultados demonstram que a inovação organizacional e dos processos tem um impacto positivo ao nível da otimização das dádivas de gâmetas. Significa isto que a introdução de fatores inovadores (organizacionais e dos processos) – tais como a comunicação com os dadores, marketing e publicidade e o recrutamento e gestão do stock de material genético a nível regional - são fios condutores para o incremento do número de dádivas.

Por outro lado, foi possível aferir que a otimização das dádivas de gâmetas influencia positivamente as políticas de PMA em termos de eficácia e eficiência. Isto, é, o aumento do número de dádivas efetivas contribui para o alcance dos objetivos estipulados no ordenamento jurídico e permite uma melhor prestação de cuidados de saúde uma vez que conduz à diminuição dos tempos de espera dos pedidos efetuados ao BPG. Estes resultados vão de encontro com Schedler e Helmuth (2015), que por sua vez defendem que tempo total de produção é um indicador que traduz tanto a efetividade como a eficiência.

Verificou-se, ainda, que o elevado tempo de espera para os tratamentos assim como a idade limite imposta às mulheres comprometem e inviabilizam o acesso aos tratamentos de PMA. Estes resultados são congruentes com a visão de Calhaz *et al.*, (2020) que designa o elevado tempo de espera para tratamentos de PMA como são fatores negativos no que diz respeito ao acesso a este tipo de cuidados de saúde.

Apuraram-se os principais fatores justificativos das longas listas de espera, entre eles a carência de recursos humanos, laboratoriais e informáticos; a obrigatoriedade em recorrer ao BPG (sem capacidade de resposta); o tempo de espera até à primeira consulta; a alocação dos profissionais a outros serviços do hospital; a referenciação tardia para as consultas de infertilidade por parte dos cuidados de saúde primários.

Foi consensual o reconhecimento da importância da inovação na eficácia organizacional nos centros públicos de PMA. Concluímos, assim, que a inovação organizacional e dos processos conduz à otimização dos tempos de espera. Assim, a introdução da inovação traduz a diminuição do tempo de espera para tratamentos de PMA. Estas conclusões são congruentes com a perspetiva de Lam (2005), que estabelece uma relação positiva entre a inovação organizacional e o desempenho organizacional.

Os entrevistados emitiram um conjunto de sugestões inovadoras e potenciadoras da otimização da atividade, entre elas a contratação de recursos humanos especializados; projetos de consciencialização dos fatores de infertilidade assim como a difusão dos limites de idade para usufruto de tratamentos de PMA; reencaminhamento de casais para o setor privado; e publicidade através dos meios digitais dirigida à camada jovem da sociedade relativamente à dádiva de gâmetas. Estas sugestões enquadram-se na teoria defendida por Allen (2000), cujos princípios de excelência no âmbito da reengenharia, simplificação e inovação de processos, assim como a priorização dos utentes são a chave da Governance.

Também se constatou que os tempos de espera não afetam o efeito da inovação organizacional e dos processos na logística de funcionamento dos Centros Públicos de PMA do SNS.

8.2. Limitações da investigação

Constataram-se alguns constrangimentos no decurso da investigação, entre eles o acesso dificultado aos dados uma vez que muitas instituições não disponibilizam os relatórios de atividades nos respetivos sites institucionais; ausência de critérios comuns relativamente ao tempo de espera para tratamentos – foi decidido um com nas entrevistas exploratórias; inexistência de centralização de informação, que implicou a solicitação individual do tempo de espera a cada centro de PMA; pouca adesão no fornecimento dos dados relativamente ao tempo de espera, justificados por não disporem dos mesmos.

Por outro lado, ao nível do estabelecimento de contacto com as instituições hospitalares verificamos emails e contactos telefónicos desatualizados nas plataformas digitais; ausência

de resposta aos emails e telefonemas; entraves no contacto direto com o diretor de serviço, cuja autorização escrita foi necessária para dar início ao processo com a Comissão de Ética; e uma elevada burocracia para a autorização da distribuição dos questionários nos centros de PMA.

Quanto aos constrangimentos científicos identificamos a escassez de investigação científica neste domínio, o que dificultou a corroboração dos resultados obtidos por outros investigadores. Por outro lado, a investigação decorreu durante a situação pandémica provocada pela COVID-19, que por sua vez causou dificuldades na obtenção de dados, justificando assim a amostra reduzida deste estudo.

8.3. Recomendações e Propostas para Investigações Futuras

De modo a adequar políticas públicas e a contribuir para a otimização do funcionamento dos centros públicos de PMA e do BPG, a presente investigação sugere para o futuro estudos que explorem outras relações:

- Estudos que determinem e analisem o conhecimento dos cidadãos face a campanhas de sensibilização para a doação de doação de gâmetas, assim como os fatores de infertilidade e as condições de acesso para recorrer a tratamentos de PMA em Portugal.
- Estudos que permitam conhecer as perceções dos dadores de gâmetas em centros de colheita privados e as motivações que os levam a não doar no SNS.
- Estudo comparativo entre o setor privado e o setor público em termos de eficácia organizacional que justifique a discrepância de tempo de espera no setor público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ascensão, J. O. (2009). A lei nº32/06, sobre a Procriação Medicamente Assistida. *Estudos de Direito da Bioética*, Volume III, Coimbra, Almedina pp 25-50.
- Augusto, A. (2004). Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida em Portugal: dos problemas privados aos assuntos públicos. [Dissertação de Doutoramento]. Universidade da Beira Interior.
- Barros, P. (2011). Sustentabilidade em saúde. In Fernandes, A. (2011). Inovação e sustentabilidade em saúde: equação impossível? (pp. 97 -113). Loures: Diário de Bordo.
- Benz, A., Lütz, S., Schimank, U., & Simonis, G. (2007). Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder, Wiesbaden. *Responsive Ethik*.
- Bilhim, J., Guimarães, T., & Junior, P. (2013). Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal. *Revista de Administração e Inovação*, 10, 257-277.
- Bisqueira, R. (1989). Métodos de Investigacion Educativa: Guia Practica. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Blunch, N. (2012). *Introduction to structural equation modeling using IBM SPSS statistics and AMOS*. Sage.
- Bovaird, T. & Löffler, E. (2015). *Public management and governance*. 3ª Ed. Routledge.
- Cabral, M. V. (2002), *Saúde e Doença em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais. Lisboa.
- Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C. H., Kupka, M. S., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T., ... & Goossens, V. (2020). 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). *Human reproduction open*. 10.1093/hropen/hoaa032

Canotilho, J. (2000). Paradigmas de estado e paradigmas de administração pública. Moderna gestão pública - dos meios aos resultados, acta geral do 2º encontro INA. Oeiras: INA - Instituto Nacional de Administração.

Cardoso, C. L. M. (2017). *Procriação medicamente assistida: limites e desafios ao regime jurídico dos beneficiários*. (Tese de Mestrado). Universidade do Minho.

Casal, M. (2016). *A (s) problemática (s) da natalidade em Portugal: AP Fertilidade: associativismo e PMA no espaço público*. ICS. Imprensa de Ciências Sociais.

Chapman, J. L.; Zechel, A.; Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004), “Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care”. *British Journal of General Practice*, 54(502), pp. 374-381.

Charles, C. M. (1998). *Introducing to Educational Research*, 3ª Edição. New York: Longman.

CNPMA. (2011). *Relatório sobre a atividade em PM*. Disponível em https://www.spmr.pt/files/pma_nacional_2011.pdf

CNPMA. (2012). *Relatório sobre a atividade em PMA*. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2012.pdf

CNPMA. (2013). *Relatório sobre a atividade em PMA*. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2013.pdf

CNPMA. (2014). *Relatório sobre a atividade em PMA*. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2014.pdf

- CNPMA. (2015). *Relatório sobre a atividade em PMA*. Disponível em https://www.spmr.pt/files/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2015.pdf
- CNPMA. (2016). *Relatório sobre a atividade em PMA*. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2016.pdf
- CNPMA. (2017). *Relatório sobre a atividade em PMA*. Disponível em https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2017.pdf
- CNPMA. (2018). *Requisitos e parâmetros de funcionamento dos centros de PMA*. Disponível em https://www.cnpma.org.pt/profissionais/Documents/Profissionais_Requisitos_CentrosPMA_2018_.pdf
- CNPMA. (2021). *Técnicas de PMA*. Disponível em <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/tecnicas-de-pma.aspx>.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Costa, T., Rego, A., Festa, A., Taborda, A. & Campos, C. (2012). Caracterização Demográfica, Socioeconómica e de Saúde da População Idosa Portuguesa. *In Congresso Internacional do Envelhecimento*, 8-9 Junho. 2010. Lisboa, Portugal.
- Cravo, R. I. G. (2020). *O anonimato do dador de gâmetas e da gestante de substituição e o direito a conhecer as origens: uma mudança de paradigmas* (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/44982>
- Creswell JW, Plano Clark VL. (2013). *Pesquisa de métodos mistos*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso.

- Creswell JW. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ªed. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research and Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (5th edition). Los Angeles, CA, USA: SAGE Publications, Inc.
- Cunha, M. P. (1999). Liderando para o futuro: Os ciclos de aprendizagem e desaprendizagem organizacional. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 5 (2), 267-287.
- da Cruz Brandão, L. R. (2014). Banco Público de Dadores de Gâmetas: O enquadramento da situação de Portugal na Europa. Disponível em **Error! Hyperlink reference not valid.**
- Damanpour, F; Evan, W. M. (1984). Organizational innovation and performance: the problem of organization lag. *Administrative Science Quarterly*, v. 29, p. 392-409. <https://doi.org/10.2307/2393031>.
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Norma sobre a Conduta em Infertilidade para os Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em <https://nocs.pt/conduta-em-infertilidade-cuidados-saude-primarios/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Circular Normativa n.º 3/2017 de 31 de janeiro. Banco Publico de Gâmetas - *Condições e procedimentos para registo administrativo e aplicação de dispensa e isenção de taxas moderadoras*. Disponível em content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_3_2017.pdf
- Direcção Geral De Saúde (2010). *Saúde Reprodutiva Infertilidade – Cuidados de Saúde Hospitalares*. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20materna/2%2Con d uita%20 em%20Infertilidade%202011.pdf>. Consultado no dia 20 de junho.

- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Doorenbos A. Z. (2014). Mixed Methods in Nursing Research: An Overview and Practical Examples. *Kango kenkyu. The Japanese journal of nursing research*, 47(3), 207–217. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/>
- Draude, A. (2007). How to Capture Non-Western Forms of Governance. In Favour of an Equivalence Functionalist Observation of Governance in Areas of Limited Statehood. SFB-Governance Working Paper Series, N.º.2.
- Drucker, P. F. (1987). *Inovação e espírito empreendedor: Entrepreneurship*. São Paulo: Editora Pioneira. P.25.
- e Reis, R. L. V., & de Oliveira, G. (2008). *O direito ao conhecimento das origens genéticas*. Coleção Direito Biomédico, n.º 12, Coimbra, Coimbra Editora.
- Eberlin, M. (2017). *Uma Teoria do Interesse Público: fundamentos do Estado Meritocrático de Direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2019.v24i9.6082>
- Faria, J. P. A. (2013). *Acesso aos tratamentos de infertilidade no Centro Hospitalar do Alto Ave* (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Minho. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28419/1/Juliana%20Patr%C3%ADcia%20Alves%20Faria.pdf>
- Faria, J., Remoaldo, P. C. A., & Veiga, P. A. (2014). *Acesso aos tratamentos de infertilidade no Centro Hospitalar do Alto Ave (Portugal)*. Universidade do Minho. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28419/1/Juliana%20Patr%C3%ADcia%20Alves%20Faria.pdf>

- Foerster, T & Koechlin, L. (2011). *The Politics of Governance: Power and Agency in the Formation of Political Order in Africa*. Basel Papers on Political Transformations No. 1, University of Basel, Institute of Social Anthropology.
- Fonseca, A. C. S. (2019). *Saúde Reprodutiva da População Masculina Portuguesa-estudo de uma amostra populacional de dadores de gâmetas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto.
- Fonseca, J. & M. G. Cardoso, M. G. (2007). Mixture-model cluster analysis using information theoretical criteria. *Intelligent Data Analysis* 11(2)155-173.
- Fonseca, J.R.S. (2009), *Customer Satisfaction Study via a Latent Segment Model*, Fonseca, Jaime R. S.
- Frenk, J. (1985). "Concept and measurement of accessibility". *Salud Publica de Mexico*, 27, pp. 438-453.
- Furtado, C.; Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade de Lisboa. Disponível em <http://observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>.
- Ganter, A. & Hecker, A. (2013). Deciphering antecedents of organizational innovation. *Journal of Business Research*, 66, 575-584.
- Gonçalves, M. R. M. (2020). *A Responsabilidade Civil no âmbito das técnicas de Procriação Medicamente Assistida*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Direito, Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131581/2/437437.pdf>
- Guichard, S. (2004). *The Reform of the Health Care System in Portugal*, OECD Economics Department Working Papers, No 405, OECD Publishing. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/080445552681>.

- Haeberlin, M., de Lima Fraga Jr, J., & Martini, S. R. (2019). Políticas Públicas, Entropia E A Judicialização Da Saúde Para A Obtenção De Medicamentos Oncológicos: O Exemplo Do Estado Do Rio Grande Do Sul. *Revista de Direito Brasileira*, 24(9), 50-67.
- Hair, Joseph & Black, William & Babin, Barry & Anderson, Rolph. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*.
- INA. (2018). *Ciclo de encontros. Construir hoje a Administração do Futuro. Inovação na Gestão da Administração Pública*. Lisboa. Disponível em <https://www.adcoesao.pt/sites/default/files/noticias/resumoinasessao3.pdf>
- INE. (2019). *Inquérito à fecundidade 2019*. Instituto Nacional de Estatística e Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa. Disponível em <https://popdesenvolvimento.org/images/noticias/2021/inquerito-fecundidade2019.pdf>
- Ingham-Broomfield R. (2016). A nurses' guide to mixed methods research. *Aust J Adv Nurs*.
- Journal of Retailing and Consumer Services*, 16, 352-359.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-210. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>.
- Khaleghian, P., & Gupta, M. (2005). Public Management and the essential public health functions. *World Development*, 33, 1083-1099.
- Koivusalo M., Ollila E., Labonté R., Schuftan C & Woodward D. (2009). Global Governance for health. In Labonté R, Schrecker T, Packer C, Runnels V, editors. *Globalisation and Health: Pathways, Evidence and Policy*. London: Routledge; pp. 289-316.

- Lavinha, J. (2016). Widening medical support to infertility: ARTful birthrate increase? *A (s) Problemática (s) da Natalidade em Portugal-Uma Questão Social, Económica e Política*, 147-152.
- Lindsay, T. J., & Vitrikas, K. R. (2015). Evaluation and treatment of infertility. *American family physician*, 91(5), 308-314.
- Lynn Jr, L. E., Heinrich, C. J., & Hill, C. J. (2000). Studying governance and public management: Challenges and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 233-262.
- Madureira, C., & Rodrigues, M. (2006). A Administração Pública do século XXI: Aprendizagem organizacional, mudança comportamental e reforma administrativa. *Comportamento organizacional e gestão*, 12(2), 153-171.
- Mata, A. M. G. B. R. (2019). *Aspectos da procriação medicamente assistida, o anonimato do dador e questões conexas* (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa. Disponível em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/41605/1/ulfd140816_tese
- Matos, A., & Nunes, A. (2016). Inovação da Gestão dos Hospitais Públicos no Sistema de Saúde Português. *Revista De GestãO Em Sistemas De SaúDe*, 5(2), 14-23. doi:<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v5i2.290>
- Mattei, P. (2016). Public accountability and health care governance. *Public Management Reforms between Austerity and Democracy*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- McGuire M. (2010). Chapter 28: Network Management. In: Bevir M. (ed). *The SAGE Handbook of Governance*. London: SAGE Publications, pp. 436–53.
- Mendes, M. F. (2018). O contexto nacional: declínio da fecundidade em Portugal numa perspetiva de século. *Desafios Demográficos: a natalidade*, Conselho Económico e Social, Edições Almedina, 25-85.

- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Mol, M. J., & Birkinshaw, J. (2009). The sources of management innovation: When firms introduce new management practices. *Journal of Business Research*, 62, 1269-1280.
- Moura, A., Silva, S., de Freitas, C., Abreu, L., Baía, I., & Samorinha, C. (2019). Concerns with educating the public about donating and receiving gametes. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(6), 420-421.
- Mozzicafreddo, J. (2010). O papel do Estado na sociedade. In Telo, A., Cruz, A., & Vitorino, A. (Eds). *Pilares da Estratégia Nacional* (pp. 75-94). Lisboa: Edições Prefácio.
- Murray, C.J.L., and J. Frenk. (2000). "A framework for assessing the performance of health systems." *WHO Bulletin* 78 n.º.6: 717-731.
- Neves, B & Fonseca, J. (2015). Latent Class Models in action: Bridging social capital & Internet usage. *Social Science Research*. 50. 10.1016/j.ssresearch.2014.11.002.
- Neves, Barbara & Fonseca, Jaime & Amaro, Fausto & Pasqualotti, Adriano. (2018). Social capital and Internet use in an age-comparative perspective with a focus on later life. *PLOS ONE*. 13. e0192119. 10.1371/journal.pone.0192119.
- Nunes, A. & Harfocuhe, A. (2015). A Reforma da Administração Pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS)*, 4(2), 1-8.

- Nunes, A. M. (2016c). Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização (tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração da Saúde). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.
- O’Leary, Z. (2017). *The essential guide to doing your research project* (3rd ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- OCDE (2005). Oslo Manual: Proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data. Paris: OCDE Publishing.
- Ombelet, W. (2008). False perceptions and common misunderstandings surrounding the subject of infertility in developing countries. *ESHRE Monographs*, 2008(1), 8-11.
- Osborne D, Gaebler T. (1993). *Reinventing Government: The Five Strategies for Reinventing Government*. New York: Penguin.
- Palfrey, C. (2000): Key concepts in health care policy and planning. London: Macmillan Press.
- PORDATA (2021a). Taxa de natalidade. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- PORDATA (2021b). Taxa de Fecundidade Geral. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+geral-618>
- PORDATA (2021c). Índice Sintético de Fecundidade. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+Índice+sintético+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodução-416>
- Porter, M. (1985). *Competitive advantage*. New York: Macmillan.

- Público (2020). Devolver a esperança ao sonho. Disponível em <https://www.publico.pt/2020/09/24/estudiop/noticia/devolver-esperanca-sonho> 1932684
- Público. (2021). Procriação assistida: Banco Público de Gâmetas recebeu oito doações de óvulos, centros privados 828. Disponível em <https://www.publico.pt/2021/04/06/sociedade/noticia/procriacao-assistidabanco-publico-gametas-recebeu-oito-doacoes-ovulos-centros-privados-828-1957482>
- Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(5), 710-722.
- Rice, R. E., & Atkin, C. K. (Eds.). (2012). *Public communication campaigns*. SAGE publications.
- Ruger, J.P. (2007). “Global Health Governance and the World Bank.” *The Lancet* 370 (9597). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61619-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61619-5).
- Samorinha, C., Lichon, M., Silva, S., & Dent, M. (2015). User involvement in assisted reproductive technologies: England and Portugal. *Journal of health organization and management*. Vol. 29 Nº. 5, pp. 582-594. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2014-0202>.
- Sampieri, R.; Collado, C., & Lúcio, P. (2013). Metodologia de pesquisa. 3ª edição. São Paulo: McGraw-Hill.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra, Almedina. <http://dx.doi.org/10.17127/cegot/2015.GS>.
- Schedler, K & Helmuth, U. (2015). Process management in public sector organizations. *Public management and governance*, 61-80. Routledge

- Serviço Nacional de Saúde. (2020). Banco Público de Gâmetas, Portugal. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/cidadao/banco-publico-de-gametas-2/>
- Shumpeter, J. A. (1985). O fenómeno fundamental do desenvolvimento económico. In: Teoria do Desenvolvimento Económico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juros e ciclo económico. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural.
- Silva, P.M & Costa, M. (2011). *A lei da procriação medicamente assistida anotada*. 1.a ed., Coimbra, Coimbra Editora: Grupo Wolters Kluwer.
- Silva, S., & Barros, H. (2012). *Perspectivas sobre o acesso aos tratamentos de fertilidade em Portugal*. Revista de Saúde Pública, 46(2), 344-350.
- Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., & World Health Organization. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326415>
- Tolbert, P. S., & Hall, R. H. (2015). *Organizations: Structures, processes and outcomes*. Routledge.
- Tuckman, B. (2012). Manual de investigação em educação. 4ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vasconcelos, M., Albuquerque, R., Seixas, J. (2014). Papel do Enfermeiro num Centro Reprodução Medicamente Assistida - Factor Masculino.
- Figueiredo, R. (2014). Manual de medicina sexual: Visão multidisciplinar. Lisboa: HSJ Consultores. Portugal. Disponível em <http://sstene.org/wp-content/uploads/2018/02/manualdemedicinasexual.pdf>

- Veloso, A. S. T. (2015). Envelhecimento, saúde e satisfação: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC).
- Vilelas, J. (2009). Investigação – O processo de construção do conhecimento. 1ª edição. Edições Sílabo, Lisboa.
- Whitehead, Margaret & Dahlgren, Göran. (2006). Levelling Up (Part 1): A Discussion Paper on Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health. Em In: *Studies on Social and Economic Determinants of Population Health N.º.2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2010b). *Portugal health system performance assessment*. Disponível em https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf
- WHO. (2011a). *World Health Statistics Report*. Disponível em <https://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>
- WHO. (2011b). *World Health Organization Health Systems Strengthening Glossary*. Disponível em https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
- WHO. (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva. Disponível em <https://icd.who.int/en>
- World Bank. (2007). *Srenghening World Bank Group engagement on governance and anticorruption*. Disponível em <http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/corecourse2007/GACMaster>
- World Health Organization (2010b). Chapter 2: Standard procedures. Em WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, Trevor G. Cooper (ed.). 5a edição, WHO. Geneva.

World Health Organization. (2000). *World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance. Disponível em <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>.

World Health Organization. (2007). Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Vanderpoel, S., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, & World Health Organization (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and sterility*, 92(5), 1520–1524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(9), 1786–1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

OUTROS DOCUMENTOS CONSULTADOS:

Centro Hospitalar de São João. (2016). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/363/Relat_rio_Acesso_2016_CHSJ.pdf

Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2015). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20Anual%20sobre%20o%20Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude_2015.pdf

Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2016). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20Anual%20sobre%20o%20Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude_2016.pdf

Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2018). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/05/Relatorio-do-Acesso-2018.pdf>;

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. (2015). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em https://www.chuc.min-saude.pt/media/conselho_administracao/Relatorio_Anual_Sobre_o_Acesso_a_Cuidados_Saude_Ano%20_2015_CHUC.pdf

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. (2016). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em https://www.chuc.min-saude.pt/media/docs_divulgacao_obrigatoria/2017/Relatorio_Anual_sobre_o_Acesso_a_Cuidados_de_Saude__Ano_2016.pdf

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. (2017). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em https://www.chuc.min-saude.pt/media/docs_divulgacao_obrigatoria/2018/CHUC__Relatorio_Acesso_2017.pdf

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. (2018). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em https://www.chuc.min-saude.pt/media/docs_divulgacao_obrigatoria/2018/RelatorioAcesso_CHUC_2018.pdf

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. (2019). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em **Error! Hyperlink reference not valid.**

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. (2018). *Relatório Anual Sobre o Acesso à Saúde*. Disponível em **Error! Hyperlink reference not valid.**

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. (2019). *Relatório Anual Sobre o Acesso à Saúde*. Disponível em **Error! Hyperlink reference not valid.**

Hospital Da Senhora Da Oliveira, Guimarães. (2014). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2020/09/2014_362.pdf

Hospital Da Senhora Da Oliveira, Guimarães. (2015). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2020/09/raacs-2015_465.pdf

Hospital Da Senhora Da Oliveira, Guimarães. (2016). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2020/09/raacs-2016_466.pdf

Hospital Da Senhora Da Oliveira, Guimarães. (2017). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2020/09/raacs-2017_563.pdf

Hospital Da Senhora Da Oliveira, Guimarães. (2018). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2020/09/raacs-2018_617.pdf

Hospital Da Senhora Da Oliveira, Guimarães. (2019). *Relatório Anual Sobre o Acesso a cuidados de saúde*. Disponível em http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2020/09/raacs-2019_665.pdf

Maternidade Alfredo da Costa. (2020). *Lista de Espera de 1ª Consulta de Especialidade*. Disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/wp->

<content/uploads/sites/3/2020/02/Total-Doentes-em-LEC-TME-por-Especialidade-Janeiro-2020.pdf>

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 319/86 do Ministério da Justiça, Lisboa. Diário da República: Série I n.º 319/86. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/221563/details/maximized>

Lei n.º 120/99 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República: Série I-A n.º 120/99. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/423065/details/maximized>

Lei n.º 12/2005 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República n.º 18/2005, Série I-A n.º 12/2005. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/624463/details/maximized>

Despacho n.º 24855/2008 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Lisboa. Diário da República n.º 193/2008, Série II n.º 24855/2008. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/539239/details/maximized>

Despacho n.º 14788/2008 do Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra, Lisboa. Diário da República n.º 102/2008, Série II n.º 14788/2008. Disponível em https://dre.pt/pesquisa//search/2826979/details/maximized?p_p_auth=kA1Kze74

Despacho n.º 3219/2011 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Lisboa. Diário da República n.º 34/2011, Série II n.º 3219/2011. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2141302/details/normal?q=Despacho+3219%2F2011>

Lei n.º 17/2016 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República n.º 116/2016, Série I n.º 17/2016. Disponível em https://dre.pt/home/-/dre/74738646/details/maximized?p_auth=57fsVbIR

Lei n.º 25/2016 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República n.º 160/2016, Série I n.º 25/2016. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/75177806/details/maximized>

Lei n.º 32/2006 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República n.º 143/2006, Série I n.º 32/2006. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/lc/107743775/201709271301/diploma?did=34529775&rp=indice&q=Lei+n%2032%2F2006>

Lei n.º 2/2016 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República, Série I, n.º 2/2016. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/73740375>

Lei n.º 1/2015 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República n.º 5/2015, Série I n.º 1/2015. Disponível em https://dre.pt/web/guest/pesquisa/search/66108232/details/normal?p_p_auth=Snj3fpvU

Despacho n.º 3192/2017 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Lisboa. Diário da República n.º 75/2017, Série II n.º 3192/2017. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/106885717/details/maximized>

Lei n.º 58/2019 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República n.º 151/2019, Série I n.º 58/2019. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/123815982/details/maximized>

Despacho n.º 15443/2009 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Lisboa. Diário da República n.º 130/2009, Série II n.º 15445/2009. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/3090406/details/maximized>

Lei n.º 48/2019 da Assembleia da República, Lisboa. Diário da República n.º 128/2019, Série I de 2019. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/122996204/details/maximized>

Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa. Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>

Acórdão do Tribunal Constitucional n.º225/2018, Lisboa. Diário da República n.º 87/2018, Série I de 2018-05-07. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/acordao-tribunal-constitucional/225-2018-115226940>

Portaria n.º 273/2012 do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 172/2012, Série I n.º273/2012. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa-/search/174839/details/maximized>

Resolução da Assembleia da República n.º 46/2010 de 21 de maio. Diário da República n.º 99/2010, Série I de 2010. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/asearch/614825/details/maximized?search=Pesquisar&sortOrder=ASC&tipo=ResoluçãodaAssembleia+da+República&types=SERIEII&types=SERIEI&numero=46%2F2010>

Despacho n.º 679/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º8/2017 Série II. Disponível em <https://dre.pt/home//dre/105745517/details/5/maximized?serie=II&dreId=105738722>

ANEXOS

ANEXO I – ATRIBUIÇÕES DO CNPMA

As atribuições do CNPMA estão dispostas no nº2 do artigo 30 da Lei n.º 32 de 26 de Julho⁴⁶:

a) Atualizar a informação científica sobre a PMA e sobre as técnicas reguladas pela presente legislação;

b) Estabelecer as condições em que devem ser autorizados os centros onde são ministradas as técnicas de PMA, bem como os centros onde sejam preservados gâmetas ou embriões;

c) Acompanhar a atividade dos centros referidos na alínea anterior, fiscalizando o cumprimento da presente lei, em articulação com as entidades públicas competentes;

d) Dar parecer sobre a autorização de novos centros, bem como sobre situações de suspensão ou revogação dessa autorização;

e) Dar parecer sobre a constituição de bancos de células estaminais, bem como sobre o destino do material biológico resultante do encerramento destes;

f) Estabelecer orientações relacionadas com a DGPI, no âmbito dos artigos 28.º e 29.º da presente lei;

g) Apreciar, aprovando ou rejeitando, os projetos de investigação que envolvam embriões, nos termos do artigo 9.º ;

h) Aprovar o documento através do qual os beneficiários das técnicas de PMA prestam o seu consentimento;

i) Prestar as informações relacionadas com os dadores, nos termos e com os limites previstos no artigo 15.º;

j) Pronunciar-se sobre a implementação das técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde;

⁴⁶Disponível em

https://www.cnpma.org.pt/cnpma/Documents/MissaoEAtribuiçoes/Legislacao_Lei_32_2006.pdf

- l)* Reunir as informações a que se refere o n.º 2 do artigo 13.º, efetuando o seu tratamento científico e avaliando os resultados médico-sanitários e psicossociológicos da prática da PMA;
- m)* Definir o modelo dos relatórios anuais de atividade dos centros de PMA;
- n)* Receber e avaliar os relatórios previstos na alínea anterior;
- o)* Contribuir para a divulgação das técnicas disponíveis e para o debate acerca das suas aplicabilidades;
- p)* Centralizar toda a informação relevante acerca da aplicação das técnicas de PMA, nomeadamente registo de dadores, beneficiários e crianças nascidas;
- q)* Deliberar caso a caso sobre a utilização das técnicas de PMA para seleção de grupo HLA compatível para efeitos de tratamento de doença grave.

**ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A
DOAÇÃO DE MATERIAL GENÉTICO.**

DOAÇÃO DE ESPERMATOZOIDES

Consentimento Informado

As técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) são um conjunto de métodos clínicos e laboratoriais entre cujos objetivos se inclui a possibilidade de a(s) pessoa(s) beneficiária(s) conseguir(em) a gravidez que procura(m).

Em certas circunstâncias, torna-se necessário o recurso a espermatozoides de um dador.

Os espermatozoides doados poderão ser usados para Inseminação Artificial, Fertilização *In Vitro* (FIV) ou Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection).

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- A seleção e avaliação dos dadores só podem ser realizadas em centros para tal expressamente autorizados.
- Existem rastreios clínicos e laboratoriais obrigatórios, que são da responsabilidade dos centros que procedem à avaliação e seleção de dadores.
- É dever dos dadores fornecer com verdade todas as informações solicitadas sobre a sua saúde e eventuais doenças familiares.
- A doação de espermatozoides é voluntária, de carácter benévolo e não remunerada (embora possa haver uma compensação estritamente limitada ao reembolso das despesas efetuadas ou dos prejuízos direta e imediatamente resultantes da dádiva).
- As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões podem obter, junto dos competentes serviços de saúde, informações de natureza genética que lhes digam respeito, bem como obter junto do CNPMA informação sobre a identificação civil do dador, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos. Em caso algum o dador poderá ser havido como progenitor das crianças nascidas com a utilização destas técnicas (n.º 2 do artigo 10.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).
- De acordo com as normas em vigor, não existe limite para o número de dádivas de cada dador mas considera-se aconselhável que cada dador não possa estar na origem de partos de nado-vivo em mais do que 8 famílias.

CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinado, declaro que:

- Li e compreendi este documento, tal como as informações verbais e escritas que me foram fornecidas.
- Respondi com verdade a todas as perguntas sobre a minha saúde e eventuais doenças da minha família.
- Foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por mim colocadas.
- Reconheço que este texto não pode descrever de forma exaustiva a totalidade das situações que possam vir a ter lugar no futuro.
- Compreendi que este consentimento pode ser por mim revogado até à concretização da dádiva ou até ao esgotamento de todas as amostras resultantes da dádiva, mantendo-se válido e eficaz até que essa revogação seja operada.
- Compreendi que, em caso algum, poderei ser havido como progenitor da(s) criança(s) nascida(s) com a utilização desta dádiva (n.º 2 do artigo 10.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).
- Compreendi que é meu dever informar o centro onde fiz a dádiva se vier a saber que sou portador de doença genética não suspeitada anteriormente ou que sou portador de um gene causador de doença grave.
- Fui informado que os dados referentes ao(s) tratamento(s) efetuado(s) e os seus resultados terão obrigatoriamente que ser registados e conservados durante 75 anos e que poderão, em regime de completo anonimato, ser utilizados em trabalhos científicos para apresentação pública e/ou publicação.

Por isso, esclarecido e de livre vontade, assumo as obrigações decorrentes da celebração do presente acordo e dou o meu consentimento para a doação de espermatozoides para utilização em técnicas de PMA.

NOME _____
ASSINATURA _____
N.º ID CIVIL/PASSAPORTE _____

Médica/o: _____ / / _____

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O CNPMA é o responsável pelo tratamento dos dados pessoais recolhidos no âmbito do tratamento para o qual é expresso o consentimento por via do presente documento. Estes dados serão tratados no âmbito do exercício das atribuições do CNPMA para regular, fiscalizar e acompanhar a prática da Procriação Medicamente Assistida em Portugal, instituídas pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua atual redação.

Os seus dados pessoais serão objeto de tratamento seguro, sendo sujeitos a medidas técnicas e organizativas destinadas a salvaguardar a sua confidencialidade, integridade e disponibilidade. Os dados serão conservados em observância do prazo legal de retenção aplicável.

O CNPMA garante aos titulares de dados o exercício dos direitos legalmente consagrados. Para o exercício dos referidos direitos ou para esclarecimento de dúvidas relativas ao tratamento dos seus dados pessoais, deve apresentar pedido escrito ao CNPMA, nomeadamente por e-mail para dpo.cnpma@ar.parlamento.pt ou por correio para Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, Assembleia da República, Palácio de São Bento, 1249-068 Lisboa.

Fonte: https://www.cnpma.org.pt/CNPMA%20Modelos%20de%20Consentimento/CI_11.pdf

DOAÇÃO DE OVÓCITOS

Consentimento Informado

As técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) são um conjunto de métodos clínicos e laboratoriais entre cujos objetivos se inclui a possibilidade de a(s) pessoa(s) beneficiária(s) conseguir(em) a gravidez que procura(m).

Em determinadas circunstâncias, habitualmente situações de insuficiência ovárica (ausência de resposta à estimulação ou formação de ovócitos inviáveis), a(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamentos de PMA necessita(m) de recurso a ovócitos de uma dadora.

De um modo simplificado, estas técnicas incluem os seguintes passos:

- A dadora é submetida a terapêutica de estimulação do desenvolvimento e maturação das células reprodutoras femininas – os ovócitos – através do recurso a medicamentos injetáveis; a resposta dos ovários a estes medicamentos é variável de mulher para mulher e é controlada com análises e/ou ecografias com intervalos a definir caso a caso.
- Punção dos ovários para recolha (aspiração) de ovócitos (é efetuada por via vaginal, sob anestesia local ou sedação).
- Recolha ou preparação de células reprodutoras masculinas – os espermatozoides.
- Procedimentos laboratoriais que têm como objetivo a fecundação dos ovócitos pelos espermatozoides e consequente formação de embriões.
- Transferência de embriões para o útero.

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- A seleção e avaliação das dadoras só podem ser realizadas em centros para tal expressamente autorizados.
- Existem rastreios clínicos e laboratoriais obrigatórios, que são da responsabilidade dos centros que procedem à avaliação e seleção de dadores.
- É dever das dadoras fornecer com verdade todas as informações solicitadas sobre a sua saúde e eventuais doenças familiares.
- A doação de ovócitos é voluntária, de carácter benévolo e não remunerada (embora possa haver uma compensação estritamente limitada ao reembolso das despesas efetuadas ou dos prejuízos direta e imediatamente resultantes da dádiva).
- As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões podem obter, junto dos competentes serviços de saúde, informações de natureza genética que lhes digam respeito, bem como obter junto do CNPMA informação sobre a identificação civil da dadora, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos. Em caso algum a dadora poderá ser havida como progenitora das crianças nascidas com a utilização destas técnicas (n.º 2 do artigo 10.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).
- Por razões várias, pode haver necessidade de interromper o ciclo de tratamento antes da punção para obtenção dos ovócitos, a mais frequente das quais é a resposta deficiente dos ovários à medicação.
- Em situações raras, a estimulação dos ovários pode desencadear uma resposta excessiva, dando origem à designada “síndrome de hiperestimulação ovárica”, que, em certas circunstâncias, pode atingir uma intensidade que obrigue a um tratamento específico em regime de internamento e, em circunstâncias verdadeiramente excecionais, pode colocar a vida em risco.
- A administração de medicamentos para sedação ou anestesia pode provocar reações individuais inesperadas, de tipo alérgico ou outro.
- Sendo a colheita dos ovócitos um ato cirúrgico, da sua execução podem, em casos muito raros, resultar complicações (por exemplo, hemorragias ou infeções) que justifiquem internamento hospitalar e que, em circunstâncias verdadeiramente excecionais, podem mesmo colocar a vida em risco.

- Nenhuma destas técnicas garante a obtenção de gravidez, sendo a taxa de sucesso muito variável, nomeadamente em função da realidade clínica do caso concreto.
- De acordo com as normas em vigor, cada dadora de ovócitos não pode efetuar mais do que 4 dádivas ao longo da vida e o intervalo entre as doações deve ser superior a 3 meses.

CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinada, declaro que:

- Li e compreendi este documento, tal como as informações verbais e escritas que me foram fornecidas.
- Respondi com verdade a todas as perguntas sobre a minha saúde e eventuais doenças da minha família.
- Foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por mim colocadas.
- Reconheço que este texto não pode descrever de forma exaustiva a totalidade das situações que possam vir a ter lugar no futuro.
- Compreendi que este consentimento pode ser por mim revogado até à concretização da punção dos ovários, mantendo-se válido e eficaz até que essa revogação seja operada.
- Compreendi que, em caso algum, poderei ser havida como progenitora da(s) criança(s) nascida(s) com a utilização desta dádiva (n.º 2 do artigo 10.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).
- Compreendi que é meu dever informar o centro onde fiz a dádiva se vier a saber que sou portadora de um gene causador de doença grave.
- Fui informada que os dados referentes ao(s) tratamento(s) efetuado(s) e os seus resultados terão obrigatoriamente que ser registados e conservados durante 75 anos e que poderão, em regime de completo anonimato, ser utilizados em trabalhos científicos para apresentação pública e/ou publicação.

Por isso, esclarecida e de livre vontade, assumo as obrigações decorrentes da celebração do presente acordo e dou o meu consentimento para a estimulação e punção dos meus ovários para Fertilização *In Vitro* ou Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide para utilização em técnicas de PMA.

Fonte: https://www.cnpma.org.pt/CNPMA%20Modelos%20de%20Consentimento/CI_12.pdf

ANEXO III - PARÂMETROS ANALISADOS NO ESTUDO
CITOBIOQUÍMICO DO ESPERMA

Parâmetro (unidade de medida)	Limite mínimo de referência
Volume do sémen	1,5
Número total de espermatozoides	39
Concentração de espermatozoides	15
Motilidade total (PR + NP %)	40
Motilidade progressiva (PR %)	32
Vitalidade (% de espermatozoides vivos)	58
Morfologia espermática (% formas normais)	4
pH	≥ 7,2
Leucócitos positivos para a peroxidase	< 1,0
Teste MAR (% espermatozoides móveis com partículas ligadas)	< 50
Teste de imunoglobulina (% espermatozoides móveis com esferas aderidas)	< 50
Zinco seminal (μmol/ejaculado)	≥ 2,4
Frutose seminal (μmol/ejaculado)	≥ 13
Glucosidade seminal neutra (μmol/ejaculado)	≥ 20

Fonte: Adaptado de: WHO (2010c), P. 224

ANEXO IV - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHLN

Presidente

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Vice-Presidente

Prof. Doutora Helena Cortez-Pinto

Membros

Prof. Doutora Ana Isabel Lopes
Doutora Carla Fonseca
Prof. Doutora Claudia Sofia Oliveira Dias Monge
Prof. Doutor Daniel Caldeira
Prof. Doutora Dulce Brito
Mestre Enfermeira Graça Roldão
Prof. Doutor João Lavinha
Dra. Laura Silva Dias
Prof. Doutora Maria do Céu Patrão Neves

Exma. Senhora

Dra. Beatriz Rodrigues Custódio

Lisboa, 21 de Maio de 2021

Nossa Ref.º N.º 122/21

**Assunto: Projeto "A Eficácia Organizacional no Âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida:
Da Entropia à Inovação"**

Relator: Dra. Laura Silva Dias

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe, obteve, na reunião ocorrida em 7 de Maio de 2021, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.


No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua atual redação alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do CHULN, os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o projeto, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo designio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto.

Mais se informa que o referido estudo foi autorizado pelo Sr. Diretor Clínico, Dr. Luis Pinheiro

Com os melhores cumprimentos

O Presidente da Comissão de Ética do CAML


Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

COMISSÃO DE ÉTICA DO CAML

AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ
1649-035 LISBOA
TEL. - 21 780 54 05; FAX - 21 780 56 90
ANA.PIMENTEL@CHLN.MIN-SAUDE.PT

ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215
www.chln.pt

1

ANEXO V - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HSOG

PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO

Título: "A Eficácia Organizacional no Âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: Da Entropia à Inovação".

Ref: 35/2021 – Trabalho Académico de Investigação

Investigadora Principal: Beatriz Rodrigues Custódio, Mestrado em Administração Pública com Especialização em Administração da Saúde.

Supervisores no HSOG: Dra. Maria Sofia Dantas Pinto Lobo Xavier, Centro PMA do HSOG.

Supervisora na Instituição de Ensino: Professora Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira e Professora Doutora Ana Maria Santos, ISCSP Universidade de Lisboa.

Avaliação da exequibilidade e de mérito científico: Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Pedro Guimarães Cunha
Coordenador do Centro Académico e de Formação do HSOG



Obteve o aval da Encarregada de Proteção de Dados do HSOG, Dra. Teresa Miranda, no dia 03 de Maio de 2021.

PARECER DO COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Nos termos desta Comissão de Ética, dá-se o conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião no dia 04 de Maio de 2021:

Analisado o Trabalho Académico de Investigação, "A Eficácia Organizacional no Âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: Da Entropia à Inovação", que tem como Investigadora Principal Beatriz Rodrigues Custódio a frequentar Mestrado em Administração Pública com Especialização em Administração da Saúde, a Comissão de Ética **não tem nada a opor** à execução do projeto.

Com os melhores cumprimentos,

João Lima Reis
Presidente da CES do HSOG

ANEXO VI - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHLC

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 18/06/2021

Processo nº 1044/2021

Título: “A Eficácia Organizacional no âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: da Entropia à Inovação”

Relator: Sandrina Bento

Investigadora Principal: Dr^a Beatriz Custódio

Investigadores Associados: Prof^a Dr^a Fernanda Nogueira; Prof^a Dr^a Ana Maria Santos

Local: Serviço de Medicina Materno- Fetal- Procriação Medicamente Assistida

Parecer: O projeto de estudo submetido a análise insere-se no âmbito do Mestrado em Administração Pública, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, e tem como objetivo identificar os agentes facilitadores de apoio à Procriação Medicamente Assistida, recorrendo ao levantamento dos constrangimentos ao longo da cadeia de prestação destes cuidados de saúde. A investigação remete para a identificação das causas do elevado tempo de espera no âmbito do usufruto de técnicas de PMA e para a avaliação e ponderação da inovação organizacional, enquanto agente facilitador neste domínio. Trata-se de um estudo exploratório que prevê recorrer à utilização do questionário e de entrevistas semi-estruturadas como instrumentos de recolha de dados. A amostra deverá abranger todos os profissionais de saúde que estejam diretamente relacionados com o departamento de PMA, assim como os respetivos Directores de Serviço. Os profissionais de saúde ligados à área da PMA serão inquiridos por via de um questionário online e os Directores de Serviço serão entrevistados por forma a considerar as suas perceções, soluções e perspectivas futuras. Não haverá contacto com doentes.

Os questionários são de auto-preenchimento e não incluem dados identificativos. O seu preenchimento e a colaboração nas entrevistas pressupõem o consentimento livre, informado e esclarecido. Os dados recolhidos serão integrados numa base de dados totalmente anonimizada e de acesso restrito ao investigador principal. Está prevista a obtenção de consentimento escrito para gravação áudio das entrevistas.

O estudo está em conformidade com o RGPD.

O presente estudo tem parecer favorável dos Exm^os responsáveis de serviço.

Assim sendo, e após os devidos esclarecimentos, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética



(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

ANEXO VII - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHCBEIRA

De: **CHCBeira - Comissão de Ética para a Saúde** comissaodeetica@chcbeira.min-saude.pt
Assunto: Comunicação de parecer
Data: 24 de junho de 2021, 12:35
Para: Beatriz Custodio beatriz.custodio@hotmail.com
Cc: Manuel Augusto N.V. Passos Morgado mamorgado@chcbeira.min-saude.pt



Ex.ma Senhora Investigadora:
Beatriz Rodrigues Custódio

Por indicação do Sr. Presidente da Comissão de Ética do CHUCB, Prof. D. Manuel Passos Morgado, comunica-se ter sido emitido em 2021.06.21 pa favorável (sem observações) à realização do estudo nº 18/2021 - "A efi organizacional no âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicar Assistida: da Entropia à Inovação".

O mesmo foi remetido ao Gabinete de Investigação e Inovação e o seu teor pode ser consultado.

Salienta-se que este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedime por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregad Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regular Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável qual acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do E Conselho de Administração do CHUCB e que no seu decurso pode ser suje auditorias.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado da CE do CHUCB
Sónia Nunes

CHCBeira - Comissão de Ética para a Saúde
Comissão de Ética para a Saúde

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
Sede | Quinta do Alvito | 6200 - 251 Covilhã

Tlm: | Tel: | Fax:
www.chcbeira.min-saude.pt/

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



ANEXO VIII - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHUC

Comissão de Ética para a Saúde

Visto para o estudo
28, 7, 2021
Dr. Paulo Lourenço
Adjunto do Diretor Clínico
C.H.U.C. - E.P.E.

Exmo. Senhor
Dr. Nuno Deveza
Digmº Diretor Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 272/CES	27-07-2021
		Proc.N.º OBS.SF.90-2021	

Estudo Observacional: **OBS.SF.90-2021** "A Eficácia Organizacional no âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: Da Entropia à Inovação"
Entrada na UID: 30-04-2021
Entrada na CES: 09-07-2021

Investigador/a/es: Beatriz Rodrigues Custódio, Aluna de mestrado em Administração Pública na especialização de Administração da Saúde
Coordenador/a/es: Fernanda Maria Duarte Nogueira, Ana Maria Santos
Co-Investigador/a/es:

Promotor: CAPP - Centro de Administração de Políticas Públicas
Serviço de Realização: Procriação Medicamente Assistida

Cumpra informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 21 de Julho de 2021, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"Parecer favorável - A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC. A Comissão solicita, no entanto, que seja efetuada uma indicação da estimativa de tempo a despendar com o preenchimento dos questionários".

Mais se informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, com envio de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, E.P.E.

Prof. Doutora Margarida Silvestre
Presidente

CES do CHUC: Prof. Doutora Margarida Silvestre, Dm. Adão Inácio Mendes, Dm. Cláudia Santos, Dm. Isabel Gomes, Dm. Isabel Ventura, Rev. Pa. Doutor Nuno dos Santos, Dr. Pedro Lopes, Doutora Teresa Lapa, Dm. Teresa Monteiro

ANEXO IX - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS:
QUESTIONÁRIO

<p>Sobre os Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida (PMA)</p>		
--	---	---

Caro(a) Participante,

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Administração Pública na Especialização em Administração da Saúde, orientado pela Professora Doutora Fernanda Nogueira e coorientado pela Professora Doutora Ana Maria Santos.

A investigação pretende identificar os agentes facilitadores de apoio à PMA, recorrendo ao levantamento dos constrangimentos ao longo da cadeia de prestação destes cuidados de saúde. A mesma remete para a identificação das causas do elevado tempo de espera no âmbito do usufruto de técnicas de PMA e para a avaliação e ponderação da inovação organizacional, enquanto agente facilitador neste domínio.

Os dados serão recolhidos no âmbito dos centros públicos de PMA junto de todos os profissionais de saúde. Deste modo, a sua colaboração é fundamental.

As suas respostas destinam-se exclusivamente a fins de investigação. A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e confidencial. Pode recusar participar neste estudo ou desistir em qualquer altura. Se decidir não participar, isto não o afetará em termos académicos, laborais ou legais.

Asseguramos-lhe de que não existem riscos associados à sua participação neste estudo.

Se estiver de acordo com o que lhe foi indicado, pedimos-lhe por favor que preencha o questionário.

Qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar a investigadora, Beatriz Custódio, através do seguinte email: beatriz.custodio@hotmail.com

Obrigada pela sua colaboração!

1

I - Caracterização da Amostra

1.1 Indique, por favor, o Centro Público de PMA a que pertence.

- Hospital da Senhora de Oliveira - Guimarães
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
- Centro Hospitalar do Porto
- Centro Hospitalar de São João
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- Centro Hospitalar da Cova da Beira
- Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria
- Centro Hospitalar Lisboa Central – Maternidade Alfredo da Costa
- Hospital Garcia de Orta

1.2 Identifique, por favor, a sua categoria profissional.

- Médico
- Enfermeiro
- Embriologista
- Assistente Técnico
- Assistente Operacional

1.3 Idade: _____

1.4 Sexo: Feminino Masculino

II - Acesso

2.1 Tem conhecimento de algum casal que tenha desistido dos tratamentos de PMA?

- Sim
- Não

Se sim, por favor indique o motivo?

2.2 De acordo com a escala fornecida selecione a opção que melhor se adequa relativamente às seguintes afirmações, em sua opinião:

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Existem constrangimentos no acesso a tratamentos de PMA.	
As longas listas de espera para tratamentos de PMA podem inviabilizar o acesso a este tipo de cuidados de saúde.	
A idade limite imposta às mulheres para recorrerem a este tipo de tratamentos pode ser um obstáculo ao acesso.	
Os custos dos tratamentos, incluindo a medicação, são muito elevados.	
A idade da mulher para o acesso a tratamentos de PMA deve ser alargada.	

2.3 Em sua opinião que outros constrangimentos se podem encontrar ao longo da cadeia da prestação dos cuidados de saúde em PMA?

III - Inovação Organizacional

Segundo a OCDE a inovação organizacional é a implementação de um novo método organizacional na organização do seu trabalho ou nas suas relações externas. As inovações organizacionais têm como objetivo o aumento do desempenho de uma empresa através da redução de custos administrativos ou de custos de transação, estimulando a satisfação no local de trabalho (e assim a produtividade do trabalho) ou reduzindo os custos. É caracterizada, assim, pela implementação de uma nova proposta dinâmica concebida e sugerida internamente ou de forma exterior à organização.

3.1 Qual a opção que melhor se adequa relativamente às seguintes afirmações:

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

O aumento de dídivas ao banco público de gâmetas poderá contribuir para uma maior perceção da eficácia das políticas públicas.	
O aumento das dídivas do banco público de gâmetas poderá contribuir para uma maior perceção equidade das políticas públicas.	
A inovação organizacional é um fator chave para garantir a eficácia das políticas públicas da PMA.	
A centralização do Banco Público de Gâmetas num só ponto no País (cidade do Porto) faz sentido.	
As organizações (hospitais) podem assumir-se como um agente facilitador na atividade da PMA.	
As organizações (hospitais) atuam de forma a refletir o acesso mais equitativo.	
Um investimento na inovação ao nível do redesenho organizacional traduziria a diminuição do tempo de espera.	

IV - Inovação nos Processos

Na ótica da OCDE a inovação de processos caracteriza-se pela execução de um método de produção claramente otimizado que por sua vez espelha mutações significativas ao nível de técnicas, equipamentos e/ou softwares. Este tipo de inovação visa, principalmente, diminuir custos de produção/distribuição e incrementar a qualidade do produto e/ou serviço.

4.1 Qual a opção que melhor se adequa relativamente às seguintes afirmações:

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

A inovação ao nível dos processos pode assumir-se como um agente facilitador da equidade na PMA.	
A inovação ao nível dos processos pode assumir-se como um agente facilitador da eficácia na PMA.	
A Inovação ao nível dos processos poderia assumir-se como um agente facilitador na criação de valor para a PMA.	
Um maior investimento na inovação dos processos refletiria a diminuição do tempo de espera.	
Maior agilização no processo de comunicação com os dados.	

O fim do anonimato dos dadores contribuiu para a redução das dádivas de gâmetas.	
--	--

V - Dimensão Equidade na Saúde

A equidade na saúde, na perspetiva da OMS, está subjacente à possibilidade de todos os cidadãos usufruírem e maximizarem a respetiva saúde através de cuidados de saúde sem comprometer e/ou lesar esse mesmo direito a terceiros. Neste sentido, está relacionada com a diminuição das disparidades entre indivíduos e o potenciamento de oportunidades iguais, repudiando diferenças injustas.

5.1 Tem conhecimento de algum casal que tenha visto o seu direito ao acesso à saúde (cuidados de saúde de PMA) inviabilizado pelo elevado tempo de espera?

- Sim
 Não

5.2 O casal que beneficia de gâmetas doados deverá, na sua opinião, efetuar o pagamento à tesouraria do hospital do preço médio da medicação?

- Sim
 Não

Se sim, por favor indique o motivo? _____

5.3 Em sua opinião, que razões justificam o escasso número de dádivas de gâmetas?

5.4 Selecione a opção que melhor se adequa relativamente às seguintes afirmações, em sua opinião:

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

O acesso aos cuidados de saúde que dizem respeito à PMA é equitativo.	
---	--

Os medicamentos são comparticipados em 69% pelo Estado. Essa comparticipação é suficiente para os casais e/ou mulheres suportarem os custos da medicação.	
A comparticipação de 69% da medicação garante o acesso equitativo aos tratamentos de PMA.	
É aceitável que o casal que possua gâmetas pague a medicação e o casal e/ou mulher que necessite de gâmetas doados não suporte os custos da medicação.	

5.4 Que sugestões daria para aumentar a equidade na PMA:

VI – Eficácia

A eficácia espelha a capacidade de alcance dos objetivos estipulados e garante uma exigência e produtividade organizacionais. Pode ser mensurada consoante quatro fatores, nomeadamente através da concretização de objetivos, da obtenção de recursos, dos processos internos e da satisfação dos stakeholders.

6.1 Na sua opinião quais são as causas das longas listas de espera para os tratamentos de PMA?

- A Escassez de recursos tecnológicos.
- A Escassez de recursos humanos.
- A Escassez de recursos financeiros.
- As Limitações laboratoriais.
- Todas as anteriores.
- Outra. Qual?

6.2 Quais os mecanismos que considera mais eficazes para se cumprirem as políticas públicas de PMA?

- Comprar gâmetas ao setor privado.
- Enviar os casais e/ou mulheres para os centros privados quando o tempo de espera excede o estipulado por lei.
- Outro. Qual?

6

6.3 Que sugestões daria para aumentar a eficácia nos tratamentos de PMA?

VII - Governance

A Governance remete para as relações que a organização estabelece com diversos agentes de forma a maximizar e a influenciar de forma positiva os resultados, nomeadamente os outcomes para os cidadãos. Está subjacente à accountability e a uma atuação transparente, sustentável e ética. A Governance identifica-se, assim, com uma teoria de redes, isto é, a interação e possíveis contributos entre organizações e entidades diferenciadas com a ambição de, através da sua interação, atingir os objetivos com propósito público.

7.1 Considera que a criação de um sistema centralizado, que consiga monitorizar o acesso à PMA em todos os centros públicos e garantir a transparência e uma referênciação íntegra, possa espelhar um mecanismo potenciador do acesso equitativo aos tratamentos de PMA?

- Sim
- Não

7.2 O seu Centro de PMA recebeu apoios governamentais destinados à inovação nos últimos 4 anos?

- Sim
- Não

7.3 Foram desenvolvidas ações de sensibilização, junto dos profissionais de saúde, para a referênciação precoce, dada a importância da idade da mulher dos tratamentos de PMA?

- Sim
- Não

Em sua opinião caracterize a eficácia destas ações de sensibilização:

Nada eficaz	Pouco eficaz	Nem pouco nem muito eficazes	Muito eficaz	Totalmente eficaz

7.4 De acordo com a escala fornecida selecione a opção que melhor se adequa relativamente às seguintes afirmações:

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

A comparticipação do Estado de 3 tratamentos/ciclos por cada casal é suficiente.	
Faz sentido que os casais só tenham direito a um tratamento/ciclo por ano nos centros públicos de PMA em que o lista de espera excede 12 meses.	
Políticas públicas que promovam a otimização do funcionamento dos Centros Públicos de PMA promovem a equidade nas políticas de PMA.	
Políticas públicas que promovam a otimização do funcionamento dos Centros Públicos de PMA promove a eficácia nas políticas de PMA.	
O governo reúne esforços no sentido de difundir e consciencializar a população da necessidade urgente da doação de gâmetas.	
Uma maior sensibilização por parte do governo quanto à idade limite para recorrer a este tipo de tratamentos no SNS, levaria os casais a recorrerem a este processo mais cedo.	

7.5 De um modo geral como classifica as seguintes afirmações:

Muito pouco suficiente	Insuficiente	Nem Insuficiente nem Suficiente	Suficiente	Totalmente suficiente
1	2	3	4	5

As políticas públicas na área da PMA.	
As campanhas de sensibilização no âmbito da infertilidade ao público em geral.	
As políticas públicas de consciencialização e necessidade da doação de gâmetas.	

7.6 Que sugestões daria para diminuir as listas de espera para os tratamentos de infertilidade?

7.7 Que sugestões daria para agilizar os processos internos da organização, com claro benefício para os tratamentos de PMA

ANEXO X - GUIÃO DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

Guião de Entrevista Exploratória

Tema: "A Eficácia Organizacional no âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: Da Entropia à Inovação"

Questões:

1. Daquilo que conhece, entende que existem constrangimentos no funcionamento e/ou atividade nos Centros Públicos de PMA?
2. E no Banco Público de Gâmetas?
3. De acordo com o seu conhecimento na área, considera que a inovação organizacional e dos processos pode ter algum tipo de influência na eficácia e eficiência das políticas de PMA?
4. Existe por vezes a perceção, de que se houvesse um aumento no âmbito das dádivas de gâmetas, o tempo de espera para tratamentos de PMA diminuiria. Ao mesmo tempo, contribuía para uma maior eficácia e equidade das políticas públicas. Que comentário lhe merece esta afirmação?
5. De que forma acha possível contrair o elevado tempo de espera e fazer cumprir as políticas de PMA?
6. Na sua opinião, que razões justificam o número escasso de dádivas de gâmetas? E de que forma é que a inovação organizacional e dos processos pode influenciar os Centros Públicos de Colheita?
7. Na sua opinião, o decréscimo constante do número de dádivas masculinas, que se acentuou principalmente do ano de 2018 para 2019, chegando às zero no ano de 2020, pode estar relacionada com o fim do anonimato? Ou com a COVID19?
8. No seu entender, o aumento de Centros Públicos de PMA contribuiria para o aumento da eficácia e equidade nas políticas de PMA?
9. Acredita que os custos suportados pelos doentes possam ser uma barreira/obstáculo ao acesso?
10. Considera a idade limite imposta às mulheres para recorrerem a este tipo de tratamentos um obstáculo ao acesso?
11. Na sua opinião o elevado tempo de espera para tratamentos de PMA pode inviabilizar o acesso a este tipo de cuidados de saúde?

ANEXO XI – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Categoria	Subcategoria	Unidades de contexto
Entropia	Equipamentos e Recursos Humanos	<p><i>“(…) para já, algum material vai envelhecendo e tem de ser repostado e a nível público não é só uma questão de falta de vontade, tudo implica concursos e às vezes não é só a falta de recursos económicos, é a gestão desses recursos e os pedidos implicam fazer isto e aquilo... e tudo demora imenso tempo a chegar. Os RH tiveram muita importância porque houve pessoas que saíram, tanto embriologistas como médicos, por não concordarem com os contratos de trabalho que tinham na altura e procuraram novas oportunidades, depois temos gravidezes de risco e baixas de maternidade. Isto tudo faz reduzir o corpo clínico de forma muito significativa e o que é que isto significa? Significa que se um centro com 5/6 pessoas consegue fazer 450 ciclos, não significa que um centro com metade consiga fazer 225.” E. C: 4 - 4</i></p> <p><i>“o número de pessoas tem aumentado, mas os recursos nem sempre aumentaram à medida... (...) se um centro não pode fazer mais do que 3 punções por dia, também não poderá ter mais do que 8 punções agendadas por semana porque a resposta das mulheres é individual e as pessoas podem estar todas prontas na mesma altura. É preciso fazer um jogo para tentar que não coincida mais pessoas uma vez que a capacidade de trabalho em laboratório tem limitações em termos de manipulação de gâmetas, em termos de gás de estufa para pôr os embriões e tudo isso é limitativo...” E. C 5 - 5</i></p> <p><i>“Eu acho que o equipamento e os RH dos vários centros públicos associados à procura que aumentou, faz com que a lista de espera se mantenha muito elevada.” E. C 7 - 7</i></p> <p><i>“para aumentar o número de ciclos é preciso aumentar o número de RH e equipamentos técnicos. Há limitações na quantidade de equipamentos.” E. C 18 - 18</i></p> <p><i>“As pessoas saem para o privado com uma facilidade muito grande porque ganham muito mais, e não passam por aquilo que a gente passa: ter de fazer bancos.” E. C: 26 - 26</i></p> <p><i>“Os constrangimentos aqui prendem-se essencialmente com recursos humanos e equipamentos, ou seja, tivemos parados para obras cerca de 7-8 meses e no restante período tivemos muitos constrangimentos em recursos humanos, com embriologistas. Passámos por uma fase em que tivemos a equipa sempre reduzida e, portanto, era impossível manter a atividade normal.” E. C 3 - 3</i></p> <p><i>“Na realidade depois não temos capacidade para dar resposta em termos laboratoriais e de bloco. Às vezes são falsas expectativas.” E. A: 11 - 11</i></p> <p><i>“há equipamentos a precisarem de serem substituídos ou arrançados e nós sabemos que isso tudo leva muito muito tempo.” E. A17 - 17</i></p>
	Fornecimento de Gâmetas pelo BPG	<p><i>“Neste momento o Banco Público de Gâmetas está a dar resposta a gâmetas masculinos pedidos em fevereiro de 2018 e gâmetas femininos de março de 2018. São três anos. E. C – 13</i></p>

	<p><i>“Nós somos um Centro de Colheita, de recrutamento de dadores e efetivamente nós aqui temos tido muitos constrangimentos, tanto é que ainda não conseguimos enviar amostras para o Banco Público de Gâmetas para serem distribuídas a nível nacional, sejam elas masculinas ou femininas.” E. B 3 - 3</i></p> <p><i>“Depois também temos outra questão: nós temos aqui casais de outras etnias que precisam de dadores e que acaba por ser mais difícil de ter dadores compatíveis com aquelas características.” E. B 5 - 5</i></p> <p><i>“O Banco Público de Gâmetas neste momento está um bocado parado. Não fornecia e continua sem fornecer gâmetas em tempo útil”.E. A 6 - 6</i></p> <p><i>“A lista de espera do Banco Público de Gâmetas é imensa. Portanto, a grande maioria (e ainda bem) dos tratamentos são realizados com os próprios gâmetas do casal. Se fosse o cenário contrário então nem havia gravidezes”. E. A: 15 - 15</i></p> <p><i>“Temos muitos casais que estão empatados nos centros de saúde e quando chegam cá com 39 anos, principalmente nos casos de projetos monoparentais, ficam automaticamente excluídos porque precisam necessariamente do Banco Público de Gâmetas e não há esperma de dador.” E.A: 27 - 27</i></p> <p><i>“O Banco Público de Gâmetas não fornece gâmetas em tempo útil, possivelmente justificado pelo baixo número de dadores.” E. D3 - 3</i></p>
<p>Carência de dadores de gâmetas</p>	<p><i>“Quando nós fazemos seleção de dadores, os dadores têm de fazer uma série de exames e era necessário fazerem testes de COVID de forma repetida, e não só eles não estão para isso como também em termos de custos era uma coisa muito elevada.” E. C 10 - 10</i></p> <p><i>“As zero colheitas no ano de 2020 estão relacionadas com a pandemia e com outras limitações.” E. C: 21 - 21</i></p> <p><i>“Coimbra praticamente não tem homens a doar. Eu acho que tem tudo que ver com os aspetos demográficos. Não é por falta de vontade ou falta de capacidade humana, mas porque realmente os dadores da área não vão lá);” E.C: 22 - 22</i></p> <p><i>“O que eu acho é que se devia dotar os centros públicos com capacidade para efetivamente fazer o recrutamento dos dadores.” E. B 10 - 10</i></p> <p><i>“Quem quer doar neste momento dirige-se diretamente ao privado. Nós aqui tentamos sempre que seja o menos incómodo possível, mesmo em termos de tempo de espera (...) mas é diferente do privado, começamos logo pela sala de espera com muita gente. Apesar de mantermos sempre o anonimato dos outros utentes (chamamos pela senha, ninguém sabe ao que vem), isto é um serviço de porta fechada, quem entra neste serviço sabe que vem usufruir destas técnicas. Ainda assim no privado se calhar consegue ter mais um bocadinho de privacidade. E. D 25 - 25 (0)</i></p> <p><i>“O telefone do Banco de Colheita tem tocado muito pouco” E. A 19 - 19 (0)</i></p>

		<p><i>“As pessoas têm a perceção que a doação de gâmetas será mais confortável no privado. Os centros privados têm outras benesses na medida em que possuem outra hotelaria, realizam exames genéticos adicionais, oferecem melhores condições de horário. Nos centros públicos de PMA as dadoras esperam entre 1-2 horas pela consulta e estão na sala de espera juntamente com outras mulheres. Para além disso, nos centros privados de PMA existem outros benefícios (...) existem programas de egg sharing, de partilha, dão metade dos óvulos, outros óvulos ficam como preservação da fertilidade social para elas. E. D 3 - 3</i></p>
	<p>Falta de transversalidade entre os centros públicos de PMA</p>	<p><i>“Eu acho que isso é uma questão de mudar a conduta, acho que as pessoas devem partir do princípio que há de ser feito o tratamento mais económico e mais simples”. E. C: 15 - 15</i></p> <p><i>“nós até propomos aqui no serviço que as mulheres com mais de 35 anos fazem FIV, logo, não fazem inseminação.” E. C 15 - 15</i></p> <p><i>“Aplicar precisamente o contrário (FIV) sempre discordei dela (entrevistado D) porque eu não acho que a taxa de sucesso aumente de forma significativa se prolongarmos a idade da mulher até aos 42 anos. “E. C39 - 39</i></p> <p><i>“Não sei se mudou, mas no CIRMA o casal chegava à consulta e no dia da consulta era inscrito, nós não concordamos com isso. Nem todos os casais têm de ser inscritos, há casais que não têm critérios para serem inscritos (...) Nós aqui o que fazemos é: o casal chega à consulta – que neste caso o tempo de espera é de 4 meses – vem à consulta, tem obrigação de ser estudado no prazo de dois meses e, portanto, a inscrição para FIV é feita aos 2 meses. “E. C47 - 47</i></p> <p><i>“Parece-me pertinente que a inscrição seja feita quando está feito o diagnóstico, é isto que é correto (...) é uma opção nossa; os outros centros terão as razões para o fazerem da primeira vez.” E.C 49 - 50</i></p> <p><i>“No outro dia dizia-me uma senhora “o meu médico de família mandou-me para o sítio errado. Se tivesse ido para o sítio certo isto não acontecia”. Teoricamente os casais podem ter um filho em comum, desde que esse filho não tenha custado dinheiro ao estado. E há um centro que não tem capacidade de resposta suficiente para isso e, portanto, se o casal já tiver um filho, mesmo que seja só de um elemento do casal, já não faz tratamento. Esse casal foi encaminhado para esse centro, esperou pela consulta, quando chegou à consulta deu essa informação e ficou descalço: foi encaminhado para outro centro, e esse casal queria fazer tratamento. Chegou aqui e queria fazer tratamento de imediato porque já tinha estado há espera não sei quanto tempo” E. C: 56 - 56</i></p> <p><i>“À partida tentamos fazer sempre com que haja honestidade e que eles nos digam se estão inscritos noutra lado, e se já fizeram algum tratamento, se há relatórios, ver se há embriões congelados aqui ou ali. Não havendo nada que se cruze informaticamente é muito complicado, e depois cada centro tem o seu funcionamento e a sua forma de gerir as coisas.” E. A: 8 - 8</i></p>

		<p>“Seguimos as regras segundo da ACSS, só que depois, por exemplo, em Santa Maria se o casal já tiver um filho, já não fazem tratamentos de PMA, mesmo que tenha sido uma gravidez espontânea, e nós aqui na MAC fazemos. Portanto, se por um lado uns vão afunilando, outros vão alargando os beneficiários e isto depois traz constrangimentos para o meu centro que alarguei, para o que diminuiu não traz porque a lista diminuiu.” E. A: 8 - 8</p>
	<p>Incapacidade de resposta dos Centros Públicos de PMA</p>	<p>“tudo implica concursos e às vezes não é só a falta de recursos económicos, é a gestão desses recursos e os pedidos implicam fazer isto e aquilo... e tudo demora imenso tempo a chegar. Um centro com 5/6 pessoas consegue fazer 450 ciclos, não significa que um centro com metade consiga fazer 225. Não é verdade, porque isto tem tudo uma dinâmica e é preciso um x número de pessoas disponíveis e as pessoas que entram não têm experiência... têm de ser formadas e os primeiros meses pouco ou nada valem em termos de trabalho de qualidade, nomeadamente ao nível dos embriologistas.” E. C 4 - 4</p> <p>“nós temos centros que têm uma limitação técnica muito significativa porque só podem fazer três punções por dia. Portanto, se um centro não pode fazer mais do que 3 punções por dia, também não poderá ter mais do que 8 punções agendadas por semana porque a resposta das mulheres é individual e as pessoas podem estar todas prontas na mesma altura. É preciso fazer um jogo para tentar que não coincida mais pessoas uma vez que a capacidade de trabalho em laboratório tem limitações em termos de manipulação de gâmetas, em termos de gás de estufa para pôr os embriões e tudo isso é limitativo... e obviamente que é preciso haver um corpo clínico à altura.” E.C 5 - 5</p> <p>“tudo isto limita a nossa capacidade de resposta” E. C 6 - 6</p> <p>“neste momento o Banco Público de Gâmetas está a dar resposta a gâmetas masculinos pedidos em fevereiro de 2018 e gâmetas femininos de março de 2018. São três anos.” E.C: 13 - 13</p> <p>“Acho que dotar os centros que existem numa capacidade maior, pode ser mais benéfico, porque repare, se vai abrir um centro público vai ser com as mesmas características de ordenado, de horário... teoricamente temos de ser iguais a nível nacional no que diz respeito ao SNS. Eu acho que a dificuldade em equipar de recursos técnicos e RH um centro” E. C 26 - 26</p> <p>Nesta área também fazemos a preservação da fertilidade, conservamos espermatozoides e ovócitos, e damos resposta aos hospitais todos daqui da área.E.C:3 - 3</p> <p>“Imagine que temos agora uma lista de espera de 8 meses... se daqui a 2 meses há um médico que está doente, ou há uma falha qualquer de equipamento, coisas imprevistas... são fatores que nos levam a atrasar os tratamentos. Não há nada a fazer. Nesses casos que coincide com a idade limite da mulher, ela é automaticamente excluída “E. A 27 - 27</p>

	<p>Centralização do Banco Público de Gâmetas</p>	<p>“nós fazemos a seleção e o recrutamento dos dadores, depois é pressuposto fazer a estimulação/colheita de gâmetas, o processamento e armazenamento e depois segue tudo para o Porto. Quem fica com a gestão do que há em stock é o banco do Norte.” E.C 53 - 53</p> <p>“Na minha opinião pessoal o banco não devia estar centralizado no porto, sendo centralizado também não me parece vantajoso que haja gâmetas a andar para trás e para a frente” E. B: 15 - 15</p> <p>“A minha sugestão que era “nós temos aqui as dádivas efetivas, agora chegou a vez deste dador e é preciso em Coimbra, então vai daqui para Coimbra”, em vez de ir daqui para o porto e do porto para Coimbra. E. B 15 - 15</p> <p>“só se prende pela questão do transporte do material de um lado para o outro.” E. B: 16 - 16</p> <p>“O problema é que depois os gâmetas têm de ir para o Porto necessariamente. A centralização da gestão poderia estar centralizada no Porto, mas os gâmetas ficarem guardados nos centros de colheita. Agora andarem com os gâmetas para cima e para baixo não faz sentido nenhum. A centralização da gestão faz sentido, agora o material biológico andar a passear pelo país? não faz sentido.” E. D: 13 - 13</p>
	<p>Número de Centros Públicos de PMA</p>	<p>“Nem todas as pessoas se deslocam de lisboa, do algarve ou do porto para Coimbra.” E. C 7 - 7</p> <p>“Não há pessoal referenciado em medicina da reprodução em quantidade suficiente para abrir centros (nem médicos nem sobretudo embriologistas). Portanto, acho que dotar os centros que existem numa capacidade maior, pode ser mais benéfico, porque repare, se vai abrir um centro público vai ser com as mesmas características de ordenado, de horário... teoricamente temos de ser iguais a nível nacional no que diz respeito ao SNS.” E. C26 - 26</p> <p>“Não estou a dizer que não possa abrir, acho bem, se conseguirem condições económicas é obvio que mais um centro a fazer mais 300 ciclos por ano (se tiver capacidade para isso), é mais uns que saem da lista de espera.” E. C 27 - 27</p> <p>“Se calhar sim porque de lisboa para baixo só temos o Garcia de Orta que dá resposta à zona sul do país. Lá só há uma clínica privada, uma IVI acho eu. E temos de ter em conta os custos para os utentes... as viagens todas que têm de suportar.” E. A: 21 - 21</p> <p>“Há que reparar que os recursos tecnológicos e o número de profissionais de saúde variam substancialmente de centro para centro. O Hospital Garcia de Orta cobre a totalidade a área Sul do país e as ilhas dos Açores e da Madeira.” E. D - 18</p>
	<p>Publicidade e Marketing</p>	<p>“vou contactar com o gabinete de comunicação no sentido de fazer a publicitação junto da comunicação social. Mas vejamos que no site do cidadão do SNS está lá tudo, as regras da doação, dos homens, das mulheres,</p>

		<p>quanto ganham por isso, está tudo lá. Agora, é preciso é que as pessoas vão doar a centros públicos.” E. C 24 - 24</p> <p>“Eu acho que passa por uma publicidade focada para aquela população alvo, seja por televisão, rádio, media... não estou muito dentro da área, mas acho que deveria haver uma aposta forte na publicidade dirigida.” E. B 13 - 13</p> <p>“se calhar o Bancos Público de Gâmetas não faz assim uma publicidade tão grande de angariação da doação. Em Inglaterra existem placards nos transportes públicos, nos cinemas, nas universidades... onde vão os jovens. Em Espanha também, as universidades estão cheias de publicidade referente aos centros de doação (ainda que maioritariamente privados). E. D 5 - 5</p> <p>“Um dos motivos será a falta de publicidade. Quem dá precisa de saber que dá, que se pode dar, como e onde fazer. Se é fácil ou não é. Mesmo a forma como aquilo está organizado. E. D 13 - 13</p>
	<p>Anonimato da doação</p>	<p>“a procura de esperma aumentou imenso e os dadores com a questão da perda do anonimato reduziram de forma muito significativa. Houve agora uma reposição muito gradual ao longo de 2019, mas que ainda assim é muito penalizante.” E. C 11 - 11</p> <p>“Em relação ao anonimato acho que afeta sempre, pelo menos numa fase inicial em que há a mudança. “E. B: 8 - 8</p> <p>“Com a pandemia as dádivas diminuíram drasticamente e ainda mais com o levantamento da questão sobre a proteção de dados, principalmente nos masculinos.” E. A 6 - 6</p> <p>“O anonimato faz retrair as pessoas, como lhe disse há bocado: a causa máxima para os três anos para doação masculina e doação feminina é o fim do anonimato.” E. D: 16 - 16</p>
	<p>Horário de Funcionamento</p>	<p>“oferecem melhores condições de horário. Nos centros públicos de PMA as dadoras esperam entre 1-2 horas pela consulta e estão na sala de espera juntamente com outras mulheres.” E. D</p> <p>“Nesse ponto não acho que o privado ofereça um melhor serviço do que o público, a não ser que me diga “este senhor só tem disponibilidade para vir cá ao sábado à tarde ou durante a semana em pós-laboral, depois das 18h”: aí temos os nossos constrangimentos, e aí não podemos fazer mais nada, o nosso horário é das 8 às 16h, de segunda à sexta. Se calhar há muita gente que não consegue cumprir o nosso horário.” E. B 26 - 26</p>
	<p>Desconhecimento de fatores de PMA</p>	<p>“Para mim a estratégia mais importante no que diz respeito à limitação da idade é as pessoas serem avisadas que a fertilidade diminui com a idade. As pessoas precisam de saber que a opção de adiar o projeto de maternidade em função do emprego, dos doutoramentos é mais do que lícita, mas pode ter consequências e as pessoas têm de saber disso. Tem de haver uma consciencialização. Para mim o papel da DGS deveria ser exatamente informar as mulheres que o principal fator de infertilidade é a idade, e mais, que a idade também pode ser limitativa em termos de acesso aos tratamentos!” E. C 41 - 41</p>

<p>Acesso</p>	<p>Listas de espera</p>	<p><i>“Portanto para mim nós temos uma lista de espera muito grande porque para já, ainda que a prevalência da infertilidade se tenha mantido ao longo de vários anos, nos últimos 10/15 anos a procura aumentou imenso. Isto porque a qualidade dos tratamentos e a taxa de sucesso aumentou, deixou de ser tão socialmente reprovado admitir que se tem um problema de infertilidade e tratar a infertilidade e, portanto, aumentou a capacidade de ajuda e aumentou a vontade com que as pessoas vêm procurar.” E. C 5 - 5</i></p> <p><i>“A procura aumentou porque houve um alargamento dos beneficiários. Até ver só tínhamos de lidar com casais que não tinham espermatozoides ou tinham uma menopausa precoce, ou um problema resultante de quimioterapia, agora temos que lutar com os projetos monoparentais. Portanto a procura de esperma aumentou imenso e os dados com a questão da perda do anonimato reduziram de forma muito significativa.” E. C 11 - 11</i></p> <p><i>“O acesso é uma coisa diferente: tentar que eles não esperem anos para fazer os tratamentos parece-me lógico, agora dar-lhes mais benefícios no sentido de não pagarem taxas moderadoras ou terem medicação grátis acho que não” E. C 30 - 30</i></p> <p><i>“Claro que o tempo de espera pode inviabilizar o acesso, porque se as pessoas têm de esperar um ano e depois perfazem os 40 anos, claro que podem.” E. C 43 - 43</i></p> <p><i>“Pessoas inférteis ou pessoas saudáveis que queiram ter um filho com recurso à PMA são todas tratadas de igual, têm a mesma lista de espera, às vezes podem ter sorte, as que escolhem ir para Coimbra vão-se despachar mais depressa, as que escolhem uma referência para o Santa Maria vão esperar imenso, e para a MAC também”. E. C - 44</i></p> <p><i>“Em tempos pensou-se em fazer uma lista nacional de casais que estavam propostos e depois eles serem dirigidos à medida que fossem abrindo as vagas para os diversos centros. Isso tinha vários problemas, para já a centralização não é uma coisa fácil. Tentaram fazer um programa – fertis – mas isso não funcionou. Não é muito lícito dizer ao casal de Lisboa que agora tem de ir fazer a monitorização ao Porto.” E. C 51 - 51</i></p> <p><i>“Chegou aqui e queria fazer tratamento de imediato porque já tinha estado há espera não sei quanto tempo e eu disse “ouça, os casais são da nossa responsabilidade a partir do momento em que têm uma primeira consulta. Eu até posso simpatizar com a sua situação e dizer que em vez de esperar 2 meses para ser inscrita, vou inscrever já hoje porque anda nestas andanças há não sei quanto tempo”. Isso não era propriamente justo para os outros casais, mas até era aceitável. No caso em especial não tinha diferença porque a senhora completava 40 anos daí a 4 meses. Resultado: mandei-a para Coimbra.” E. C - 56</i></p> <p><i>“Um casal que é estudado precisa de gâmetas, acaba por ficar mais tempo</i></p>
----------------------	--------------------------------	---

	<p><i>à espera do que um outro casal que possa recorrer aos seus próprios gâmetas” E. B MAC: 5 - 5</i></p> <p><i>“nós temos aqui casais de outras etnias que precisam de dadores e que acaba por ser mais difícil de ter dadores compatíveis com aquelas características.” E. B MAC: 5 - 5</i></p> <p><i>“lista de espera de 4 meses” E. A 10 - 10</i></p> <p><i>“Portanto os casais por vezes não têm noção da primeira lista de espera, nem que existem uma segunda lista de espera.” E. A 10 - 10</i></p> <p><i>“A lista de espera do Banco Público de Gâmetas é imensa.” E. A 15 - 15</i></p> <p><i>“quando ficam inscritos na lista de espera da PMA, da FIV, e nós dizemos que têm mais ou menos um ano de espera” E. A 24 - 24</i></p> <p><i>“A única grande vantagem do privado é o tempo de espera, é muito mais instantâneo: têm a consulta e dali a um mês, se tiverem os exames todos bem, estão a fazer o ciclo, enquanto connosco não. Têm de esperar estes tempos todos porque somos procurados por muitas pessoas, é impossível dar resposta a isto tudo” E. A 29 - 29</i></p> <p><i>“3 anos de espera não é um tempo útil.” E. D 11 - 11</i></p> <p><i>“O processo para o casal é muito moroso.” E. D 24 - 24</i></p> <p><i>“Se precisar de gâmetas são três anos de espera. Mas para o casal o tempo de espera começou desde a primeira consulta no médico de família.” E. D 24 - 24</i></p> <p><i>“Noutra perspetiva, a mulher que esteja à espera desde os 36 anos por gâmetas, aos 39 anos não vai ter a mesma qualidade de ovócitos quando for chamada a fazer o tratamento, o diagnóstico vai ser completamente diferente, pode até já nem ter ovócitos bons e viáveis para haver a fecundação.” E. D 25 - 25</i></p> <p><i>“As listas de espera dos centros de infertilidade não são públicas, como existem para as consultas. Cada centro tem o seu Excel, a sua lista. Logo a partir daí não há possibilidade de ter uma uniformização e uma divulgação.” E. D 28 - 28</i></p>
<p>Idade</p>	<p><i>“As mulheres que fizeram ecografia e que foram propostas a fazer uma Inseminação para o esperma de dador, 3 anos depois as trompas podem ter sofrido alterações e elas já não podem fazer a inseminação” E. C 15 - 15</i></p> <p><i>“ atendendo à qualidade do esperma e às taxas de sucesso, porque isto no fundo é um furo na vida, é um tiro único, nós até propomos aqui no serviço que as mulheres com mais de 35 anos fazem FIV, logo, não fazem inseminação e, portanto, não nos interessa sequer fazer o tal exame; o que está em causa é de facto a mudança das características das trompas. Nós só fazemos o estudo na altura e só fazemos o estudo se a mulher tiver a sorte de ter pedido os gâmetas muito cedo e, portanto, tenha menos de 35 anos (em que cujo caso vale a pena fazer a inseminação; ou nas mulheres que já</i></p>

		<p><i>ultrapassaram os 40 e a única coisa que podem fazer é a inseminação).” E. C 15 - 15</i></p> <p><i>“Uma mulher que chegue aqui com 38 anos ainda faz uma tentativa de tratamentos é capaz de ser insuficiente.” E. C 36 - 36</i></p> <p><i>“Eu não concordo com o aumento da idade nem com o número de ciclos e vou-lhe explicar o porquê. Nós temos recursos limitados e uma mulher com 40 anos tem de perceber que tem uma taxa de sucesso reduzida e nós não podemos usar os recursos limitados que temos em situações com retorno muito baixo. Agora diz-me “Ah, mas vou ao privado e fazem”, pois, mas vai lá fora e paga, é uma tentativa que ela vai custear. Aqui no Estado nós temos de dar a maior e o melhor uso aos recursos que temos da forma mais equitativa possível e aquilo que me parece lógico é: se a partir dos 40 anos a taxa de sucesso diminui, não vale a pena estar a tratar essas mulheres porque estamos a tirar a possibilidade a outras mais novas.” E. C 36 - 36</i></p> <p><i>“Portanto eu acho que aos 40 anos era a data-limite, mas lá está, devia haver salvaguardas. Por exemplo, se me aparece uma mulher com 40 anos, que tem infertilidade de um ano (porque só começou a tentar engravidar há pouco tempo e tem claramente um fator ovulatório), esta mulher tem claramente uma alta probabilidade de conseguir uma gravidez. Note, depois dos 40 anos nós não temos só de contar com o problema da probabilidade de engravidar, temos de contar com a qualidade dos ovócitos e o aumento da probabilidade do aborto. Portanto, a eficácia do tratamento não se vê só porque engravidou, tem de haver um filho saudável no fim do processo.” E. C - 39</i></p> <p><i>“Mas realmente não concordo nada com o aumento da idade” E. C 40 - 40</i></p> <p><i>“E eu na verdade não acho que essas pessoas têm o direito de passar à frente por serem mais velhas porque assim estaríamos a prejudicar os casais que escolheram ter um projeto mais precoce.” E. C 43 - 43</i></p> <p><i>“Se uma mulher quiser recorrer a este tipo de tratamentos na MAC aos 38 anos quase que não tem tempo. Às vezes com a nossa boa vontade e esforço, aceleramos o processo, no entanto eles são sempre avisados que há a possibilidade de verem os seus tratamentos comprometidos, mesmo que já estejam em lista de espera” E. A: 27 - 27</i></p> <p><i>“Imagine que temos agora uma lista de espera de 8 meses... se daqui a 2 meses há um médico que está doente, ou há uma falha qualquer de equipamento, coisas imprevistas... são fatores que nos levam a atrasar os tratamentos. Não há nada a fazer. Nesses casos que coincide com a idade limite da mulher, ela é automaticamente excluída”. E. A27 - 27</i></p> <p><i>“Temos muitos casais que estão empatados nos centros de saúde e quando chegam cá com 39 anos, principalmente nos casos de projetos monoparentais, ficam automaticamente excluídos porque precisam necessariamente do Banco Público de Gâmetas e não há espermatozoides de dador. Se for com gâmetas do próprio casal podem não reunir requisitos para</i></p>
--	--	---

		<p>técnicas de primeira linha sequer, e a única coisa que conseguimos oferecer é o estudo ao casal.” E. A 27 - 27</p> <p>“chegarem cá com 38 ou 39 anos, porque depois é um aperto no coração ter de dizer que não temos nada para lhes oferecer. Ai é que me dói.” E.A 29 - 29</p> <p>“Claro que a idade é um obstáculo ao acesso. Não faz sentido nenhum entre os 40 e os 42 anos só ser possível inseminações, tratamentos de PMA de primeira linha.” E. A 22 - 22</p>
	<p>Tipo de tratamentos</p>	<p>“(…) atendendo à qualidade do esperma e às taxas de sucesso, porque isto no fundo é um furo na vida, é um tiro único, nós até propomos aqui no serviço que as mulheres com mais de 35 anos fazem FIV, logo, não fazem inseminação e, portanto, não nos interessa sequer fazer o tal exame; o que está em causa é de facto a mudança das características das trompas. Nós só fazemos o estudo na altura e só fazemos o estudo se a mulher tiver a sorte de ter pedido os gâmetas muito cedo e, portanto, tenha menos de 35 anos (em que cujo caso vale a pena fazer a inseminação; ou nas mulheres que já ultrapassaram os 40 e a única coisa que podem fazer é a inseminação).” E. C 15 - 15</p> <p>“Da mesma maneira que a probabilidade de a mulher engravidar pela inseminação depois dos 40 anos é muito baixinha, salvo determinado tipo de fatores envolvidos e no entanto o estado resolveu financiar a inseminação até aos 42 anos.” E. C 39 - 39</p> <p>“Só em circunstâncias muito específicas é que as mulheres depois dos 40 engravidam por inseminação.” E. C 40 - 40</p> <p>“no passado nós fizemos 18 ciclos de inseminação a mulheres com mais de 40 anos (foi um ano muito curto em termos de inseminações), engravidaram 2, ambas tinham 2 anos de infertilidade.” E. C 40 - 40</p> <p>“Claro que a idade é um obstáculo ao acesso. Não faz sentido nenhum entre os 40 e os 42 anos só ser possível inseminações, tratamentos de PMA de primeira linha. Devia ser exatamente ao contrário.” E. D 22 - 22</p> <p>“A hipótese maior nessas idades em que a taxa de sucesso é muito menor, deve ser dada um processo mais eficaz e com mais hipóteses.” E. D 22 - 22</p>
	<p>Custos diretos</p>	<p>“É obvio que há casais que não têm dinheiro para pagar, isso é um ponto assente” E. C 29 - 29</p> <p>“Esta é a minha postura, mais benefícios e anular o pagamento da medicação não me parece viável. Os doentes também compram medicamentos para o coração, repare, este é um bocadinho mais caro, mas as pessoas têm que pôr em perspetiva as coisas.” E. C 30 - 30</p> <p>“De lisboa para baixo só temos o Garcia de Orta que dá resposta à zona sul do país. Lá só há uma clínica privada, uma IVI acho eu. E temos de ter em conta os custos para os utentes... as viagens todas que têm de suportar.” E. A 21 - 21</p>

		<p>“Acredito que para muitos, mesmo muitos, é com muito muito esforço financeiro.” E. A 25 - 25</p> <p>“Sim, são. Há muitos casais que temos aqui que nos dizem que não têm dinheiro para a medicação. O preço suportado pelo doente varia consoante a resposta, se a mulher é gorda ou magra, se tem 39 anos ou 25. Portanto, não é um custo transversal a todas as mulheres. Por alto pode ficar entre os 500 e os 1000 euros por cada ciclo.” E. D: 20 - 20</p>
	Número de tratamentos	<p>“aumentar o número de ciclos” E. C 18 - 18</p> <p>“O aumento do número de ciclo tem outra vertente, não é tão linear assim. Estamos a falar de uma mulher que tem acesso e uma idade que permite fazer os 3 ciclos que o Estado paga, há sempre uma taxa cumulativa e uma aprendizagem que nos permite melhorar alguma coisa à medida que avançamos no ciclo. Mas essa aprendizagem para a partir de determinada altura e, portanto, nós sabemos que aumentar a taxa cumulativa até ao terceiro ciclo e do terceiro para o quarto já não é bem assim. O problema é que a lei não pode sair com alíneas, porque se assim fosse dizíamos que o estado pagará um 4º ciclo ao casal que se ficar demonstrado mudar uma pequenina coisa pode ser uma mais-valia para conseguirmos uma gravidez. E isso não é passível de ser feito, os outros casais iam sempre contestar e dizer que também queriam, ainda que não fosse viável.” E. C 37 - 37</p>
Inovação	Inovação Organizacional	<p>“As regras podiam mudar e podiam dizer “as pessoas que queiram fazer a medicina de reprodução no setor público estão isentas de fazer banco e não sei o quê”, mas isso não vai acontecer em lado nenhum porque não há condições para fazer isso no SNS.” E. C 27 - 27</p> <p>“Eu acho que deveria haver uma forma, que pode ser uma de várias, desde um depósito na tesouraria do hospital (porque aquilo que se pensou inicialmente foi “cada casal que vai beneficiar do ciclo, apesar de não ser uma coisa direta porque aquilo vem do Banco Público de Gâmetas que está centralizado, pagaria um x que corresponderia ao um preço médio de pagamento da medicação”. E. C 32 - 32</p> <p>“Para mim a estratégia mais importante no que diz respeito à limitação da idade é as pessoas serem avisadas que a fertilidade diminui com a idade. As pessoas precisam de saber que a opção de adiar o projeto de maternidade em função do emprego, dos doutoramentos é mais do que lícita, mas pode ter consequências e as pessoas têm de saber disso. Tem de haver uma consciencialização. Para mim o papel da DGS deveria ser exatamente informar as mulheres que o principal fator de infertilidade é a idade, e mais, que a idade também pode ser limitativa em termos de acesso aos tratamentos!” E. C 41 - 41</p> <p>“(…) talvez se houvesse uma centralização regional no envio dos doentes, pudesse ser uma mais-valia, mas tinha de ser uma coisa a nível regional. A nível nacional não ia dar certo.” E. C 52 - 52</p>

	<p><i>“Há muitas soluções, a compra de gâmetas a privados (neste momento já há privados nacionais a venderem gâmetas) ou internacionais; enviar casais para os privados que consigam pagar os gâmetas, etc.” E. B 10 - 10</i></p> <p><i>“Eu acho que passa por uma publicidade focada para aquela população alvo, seja por televisão, rádio, media... não estou muito dentro da área, mas acho que deveria haver uma aposta forte na publicidade dirigida.” E. B 13</i></p> <p><i>“Para mim deveria haver bancos: um a norte, outro no centro e outro a sul, por exemplo, que fizesse o recrutamento/colheita. Nem digo todos os hospitais, por exemplo aqui na área de Lisboa não teria de ser o Santa Maria, a MAC e o Garcia de Orta a fazer a colheita, bastava um fazer o recrutamento para “abastecer” a população e claro que com alguma possibilidade de colaboração. Isto é, se o centro do porto disser “preciso x gâmetas com estas características, vocês têm?” portanto, haver uma colaboração sempre.” E. B: 15 - 15</i></p> <p><i>“ (...) a otimização começa sempre pela resolução dos problemas locais, os constrangimentos de cada centro (provavelmente o centro de Coimbra tem outros constrangimentos que não são os nossos) e de dotar os centros de capacidade para dar uma resposta que neste momento também não existe, porque o número de dadores é baixo.” E. B- 21</i></p> <p><i>“Em vez de se enviar os casais para centros privados quando acaba o tempo aceitável de espera, talvez sâisse mais barato comprar os gâmetas aos bancos privados.” E. D 14 - 14</i></p>
<p>Inovação do Processo</p>	<p><i>“Mas isso é aquilo que eu já lhe disse, aumentar o número de ciclos, e para aumentar o número de ciclos é preciso aumentar o número de RH e equipamentos técnicos. Há limitações na quantidade de equipamentos.” E. C18 - 18</i></p> <p><i>“(…) nas reuniões disse que achava que uma forma de tornar as coisas mais equitativas, até porque se esses casais vão receber um bem muito valioso, era exatamente arranjar uma forma de serem os casais a pagar a medicação” E. C 32 - 32</i></p> <p><i>“Eu acho que deveria haver uma forma, que pode ser uma de várias, desde um depósito na tesouraria do hospital (porque aquilo que se pensou inicialmente foi “cada casal que vai beneficiar do ciclo, apesar de não ser uma coisa direta porque aquilo vem do Banco Público de Gâmetas que está centralizado, pagaria um x que corresponderia ao um preço médio de pagamento da medicação”. E. C 32 - 32</i></p> <p><i>“Agora, o casal fazer um depósito na tesouraria de um montante médio acho que era perfeitamente pertinente e já era útil para o hospital poder pagar a medicação, porque o meu centro vai ter de comprar a medicação para ter na farmácia (para dar às dadoras), e era ótimo que essa medicação fosse comprada com um budget criado pelos beneficiários.” E. C 32 - 32</i></p> <p><i>“(…) isso já tinha sido uma sugestão que era “nós temos aqui as dádivas efetivas, agora chegou a vez deste dador e é preciso em Coimbra, então vai</i></p>

		<p>daqui para Coimbra”, em vez de ir daqui para o porto e do porto para Coimbra. Todavia, na prática, na MAC ainda não temos dádivas efetivas e, portanto, essa questão foi debatida na altura, não sei como está a ser agilizada agora.” E. C15 - 15</p> <p>“Através do maior fornecimento de gâmetas, novas políticas públicas, publicidade, compra eventualmente a bancos privados e/ou a bancos estrangeiros de forma a garantir a resposta em tempo útil. Em último caso, passar os casais para outros centros onde possam garantir a resposta em tempo útil.” E. D 11 - 11</p> <p>“Não deveriam ser permitidas inseminações e só deveriam ser permitidas Fertilizações in vitro. A hipótese maior nessas idades em que a taxa de sucesso é muito menor, deve ser dada um processo mais eficaz e com mais hipóteses.” E. D 22 - 22</p>
Equidade	Medicação	<p>“Eu acho que os custos suportados pelos doentes não sejam uma barreira ou obstáculo ao acesso. É obvio que há casais que não têm dinheiro para pagar, isso é um ponto assente.” E. C- 29</p> <p>“(…), mas não sei se é lícito arranjar ainda mais benefícios para os casais inférteis comparativamente com outros problemas de saúde.” E. C 29 - 29</p> <p>“O acesso é uma coisa diferente: tentar que eles não esperem anos para fazer os tratamentos parece-me lógico, agora dar-lhes mais benefícios no sentido de não pagarem taxas moderadoras ou terem medicação grátis acho que não.” E. C 30 - 30</p> <p>“Esta é a minha postura, mais benefícios e anular o pagamento da medicação não me parece viável.” E. C30 - 30</p> <p>“ Mas isso foi uma coisa que eu nas reuniões disse que achava que uma forma de tornar as coisas mais equitativas, até porque se esses casais vão receber um bem muito valioso, era exatamente arranjar uma forma de serem os casais a pagar a medicação. Sabe qual foi a limitação? Questões relacionadas com o INFARMED e com o circuito do medicamento. Eu acho um tremendo disparate que os casais que vão beneficiar da doação de gâmetas não paguem nada. Eu acho que deveria haver uma forma, que pode ser uma de várias, desde um depósito na tesouraria do hospital (porque aquilo que se pensou inicialmente foi “cada casal que vai beneficiar do ciclo, apesar de não ser uma coisa direta porque aquilo vem do Banco Público de Gâmetas que está centralizado, pagaria um x que corresponderia ao um preço médio de pagamento da medicação”. Isso não dá porque a medicação não é utilizada necessariamente para a pessoa que ia fazer a doação de gâmetas para aquele casal e porque mexia com o circuito do pagamento.” E. C 32 - 32</p> <p>“É como as pessoas que tiveram por exemplo um carcinoma ou um cancro do colo do útero e que está completamente curado e que, no entanto, continuam a beneficiar da isenção e de uma taxa de incapacidade” E. C 34 - 34</p>

		<p><i>“(…) uma isenção completa para toda a vida não concordo.” E. C 34 - 34</i></p> <p><i>“Aqui “só” suportam a deslocação e o preço dos medicamentos.” E. A 23 - 23</i></p> <p><i>“sensibilizamos para juntarem e pouparem dinheiro para a medicação.” E. A 24 - 24</i></p> <p><i>“O acesso acaba por não ser equitativo.” E. A 31 - 31</i></p> <p><i>“Ainda há outra situação, nós não fazemos parte dos centros de colheita e não sabemos como isso é, mas eu tenho de fonte segura que a medicação para estes ciclos de doação é comprada pelo Estado. Portanto, é o hospital que fornece esta medicação. Ora isto não é equitativo para todos os casais. Ou seja, os casais que têm os seus gâmetas pagam a medicação, os casais que não têm gâmetas não pagam a medicação, porque a medicação é dada pelo Estado à mulher que vai doar. Portanto, também não é justo. Não é equitativo. Porque é que o casal que tem gâmetas doados não paga medicação e os outros pagam? Não entendo. Eu acho que para ser equitativo nenhum casal devia pagar a medicação. Porque se queres efetivamente que haja um incentivo à natalidade e que a infertilidade seja isenta, também tens que isentar os custos dos medicamentos.” E. D 14 - 14</i></p> <p><i>“(…) não é justo é que casais em situação de infertilidade, aqueles que têm gâmetas pagam a medicação e aqueles que não têm gâmetas, não pagam a medicação e é o contribuinte que paga a medicação deles. Não é justo.” E. D: 14 - 14</i></p> <p><i>“Há muitos casais que temos aqui que nos dizem que não têm dinheiro para a medicação.” E. D. 20 - 20</i></p> <p><i>“Depois existem as mulheres com doenças crónicas, por exemplo lupos, pagam 0. Não pagam nada pela medicação. Hemoglobinopatia... tudo o que sejam doenças para crónicas, para a vida e que são incuráveis, e que a pessoa tem algum tipo de alteração da sua vida diária, estão isentas, apesar de por vezes essas alterações serem mínimas. As pessoas com traço calcémico têm uma alteração mínima na sua vida, vivem bem e chegam aqui para fazer tratamentos de fertilidade e não pagam nada. Pagam 0 pelos medicamentos. Eu acho que está mal, as pessoas poderiam estar isentas das taxas moderadoras, das consultas e medicamentos associados à sua patologia crónica, agora temos se calhar de distinguir aquilo que é essencial para a doença da pessoa e que interfere no prognóstico da doença da pessoa e aquilo que a torna igual às outras pessoas.” E. D 20 - 20</i></p>
	<p>Legislação limitativa</p>	<p><i>“O problema é que a lei não pode sair com alíneas, porque se assim fosse dizíamos que o estado pagará um 4º ciclo ao casal que se ficar demonstrado mudar uma pequenina coisa pode ser uma mais-valia para conseguirmos uma gravidez. E isso não é passível de ser feito, os outros casais iam sempre contestar e dizer que também queriam, ainda que não fosse viável.” E. C 37 - 37</i></p>

		<p><i>“Vou-lhe dar um exemplo, em tempos quando a legislação de financiamento era um bocadinho menos limitada, nós tínhamos um tempo de espera muito elevado antes da minha direção, e nós chegamos à conclusão de que havia poucos casais que beneficiavam de passar do segundo para o terceiro ciclo, e então passamos a oferecer o terceiro ciclo apenas às situações em que nos parecia que o terceiro ciclo era viável. Fazíamos isso, mas não esperávamos um ano entre os ciclos, se as mulheres tivessem menos de 30 anos faziam um segundo ciclo quase depois de um ano, mas se as mulheres tivessem 35 faziam passado 6 meses. Ou seja, tentávamos otimizar. Agora já não o fazemos por uma questão de regra, mas o que está preconizado é que os centros que têm mais de um ano de lista de espera é que não podem fazer mais do que um ciclo por ano civil/casal. Nós (MAC), apesar de estarmos abaixo de um ano de tempo de espera, estamos muito em cima dessa margem e estamos a fazer um ciclo por ano civil, e na altura não tínhamos essa limitação e gerámos consoante a nossa lista de espera e utilizávamos critérios clínicos para tomar uma decisão. Ora, como não havia uma legislação de financiamento isso era perfeitamente lícito, quer dizer, se eu chego à conclusão de que o casal perde o comboio por estar um ano à espera, a mulher já tem 35 anos, então faz um ciclo agora, outro daqui a 6 meses e outro se calhar, se não engravidar, daqui a 3 meses e só fazia o terceiro se achássemos que havia ali qualquer coisa que nos permitisse. Agora temos estas regras e temos de as cumprir: são 3 ciclos, e um ciclo por ano civil. Das duas uma, ou a mulher não tem mesmo óvulos e acaba por ser proposta para fazer um tratamento com doação de ovócitos, ou então se eu eventualmente me lembrasse de propor a um casal que tem pouca probabilidade de engravidar num terceiro ciclo, portanto não o vou fazer, caía o Carmo e a trindade: se tenho direito a 3, quero fazer 3.” E. C 38 - 38</i></p> <p><i>“(…) a probabilidade de a mulher engravidar pela inseminação depois dos 40 anos é muito baixinha, salvo determinado tipo de fatores envolvidos e no entanto o estado resolveu financiar a inseminação até aos 42 anos.” E. C 39 - 39</i></p> <p><i>“novas políticas públicas” E. D 11 - 11</i></p>
<p>Políticas Públicas</p>	<p>FERTIS</p>	<p><i>“Pensou-se em fazer uma lista nacional de casais que estavam propostos e depois eles serem dirigidos à medida que fossem abrindo as vagas para os diversos centros. Isso tinha vários problemas, para já a centralização não é uma coisa fácil. Tentaram fazer um programa – fertis – mas isso não funcionou. Não é muito lícito dizer ao casal de Lisboa que agora tem de ir fazer a monitorização ao Porto.” E. C 51 - 51</i></p> <p><i>“O Fertis parecia que era um programa que ia cruzar dados dos vários centros, o que para nós era fantástico porque nos ia ajudar a perceber a dinâmica do casal, porque nós sabemos que os casais tentam de qualquer forma ver onde chegam mais cedo, e às vezes estão inscritos aqui, em Santa Maria... em vários locais” E.A 8 - 8</i></p>

<p>Governance</p>		<p><i>“As regras podiam mudar e podiam dizer “as pessoas que queiram fazer a medicina de reprodução no setor público estão isentas de fazer banco e não sei o quê”, mas isso não vai acontecer em lado nenhum porque não há condições para fazer isso no SNS. Portanto, eu não sei se não é mais custo efetivo equipar os centros que existem do que abrir outro. Não estou a dizer que não possa abrir, acho bem, se conseguirem condições económicas é obvio que mais um centro a fazer mais 300 ciclos por ano (se tiver capacidade para isso), é mais uns que saem da lista de espera. Eu não sei se é assim tão fácil.” E. C. 27 - 27</i></p> <p><i>“Acho que os casais têm os benefícios certos para tratar o seu problema de infertilidade e até acho que aumentar ou melhorar esses benefícios... nem sequer politicamente me parece uma aposta produtiva do ponto de vista governamental.” E.C: 29 - 29</i></p> <p><i>“Aqui no Estado nós temos de dar a maior e o melhor uso aos recursos que temos da forma mais equitativa possível e aquilo que me parece lógico é: se a partir dos 40 anos a taxa de sucesso diminui, não vale a pena estar a tratar essas mulheres porque estamos a tirar a possibilidade a outras mais novas.” E.C : 36 - 36</i></p> <p><i>“Vou-lhe dar um exemplo, em tempos quando a legislação de financiamento era um bocadinho menos limitada, nós tínhamos um tempo de espera muito elevado antes da minha direção, e nós chegamos à conclusão que havia poucos casais que beneficiavam de passar do segundo para o terceiro ciclo, e então passamos a oferecer o terceiro ciclo apenas às situações me que nos parecia que o terceiro ciclo era viável. Fazíamos isso, mas não esperávamos um ano entre os ciclos, se as mulheres tivessem menos de 30 anos faziam um segundo ciclo quase depois de um ano, mas se as mulheres tivessem 35 faziam passado 6 meses. Ou seja, tentávamos otimizar. Agora já não o fazemos por uma questão de regra, mas o que está preconizado é que os centros que têm mais de um ano de lista de espera é que não podem fazer mais do que um ciclo por ano civil/casal. Nós (MAC), apesar de estarmos abaixo de um ano de tempo de espera, estamos muito em cima dessa margem e estamos a fazer um ciclo por ano civil, e na altura não tínhamos essa limitação e geríamos consoante a nossa lista de espera e utilizávamos critérios clínicos para tomar uma decisão. Ora, como não havia uma legislação de financiamento isso era perfeitamente lícito, quer dizer, se eu chego à conclusão que o casal perde o comboio por estar um ano à espera, a mulher já tem 35 anos, então faz um ciclo agora, outro daqui a 6 meses e outro se calhar, se não engravidar, daqui a 3 meses e só fazia o terceiro se achássemos que havia ali qualquer coisa que nos permitisse. Agora temos estas regras e temos de as cumprir: são 3 ciclos, e um ciclo por ano civil. Das duas uma, ou a mulher não tem mesmo óvulos e acaba por ser proposta para fazer um tratamento com doação de ovócitos, ou então se eu eventualmente me lembrasse de propor a um casal que tem pouca probabilidade de engravidar num terceiro ciclo, portanto não o vou fazer, caía o Carmo e a trindade: se tenho direito a 3, quero fazer 3.” E.C 38 - 38</i></p>
--------------------------	--	--

		<p><i>“Parece-me pertinente que a inscrição seja feita quando está feito o diagnóstico, é isto que é correto. Imagine, vamos inscrever uma mulher que tem uma reserva ovárica nula. Para quê, se ela não vai fazer tratamento? Portanto não nos parece lícito inscrever na primeira consulta, é uma opção nossa; os outros centros terão as razões para o fazerem da primeira vez.” E.C 49 - 49</i></p> <p><i>“(…) talvez se houvesse uma centralização regional no envio dos doentes, pudesse ser uma mais-valia, mas tinha de ser uma coisa a nível regional. A nível nacional não ia dar certo. E.C 52 - 52</i></p> <p><i>“No outro dia dizia-me uma senhora “o meu médico de família mandou-me para o sítio errado. Se tivesse ido para o sítio certo isto não acontecia”. Teoricamente os casais podem ter um filho em comum, desde que esse filho não tenha custado dinheiro ao estado. E há um centro que não tem capacidade de resposta suficiente para isso e, portanto, se o casal já tiver um filho, mesmo que seja só de um elemento do casal, já não faz tratamento. Esse casal foi encaminhado para esse centro, esperou pela consulta, quando chegou à consulta deu essa informação e ficou descalço: foi encaminhado para outro centro, e esse casal queria fazer tratamento. Chegou aqui e queria fazer tratamento de imediato porque já tinha estado há espera não sei quanto tempo e eu disse “ouça, os casais são da nossa responsabilidade a partir do momento em que têm uma primeira consulta. Eu até posso simpatizar com a sua situação e dizer que em vez de esperar 2 meses para ser inscrita, vou inscrever já hoje porque anda nestas andanças há não sei quanto tempo”. Isso não era propriamente justo para os outros casais, mas até era aceitável. No caso em especial não tinha diferença porque a senhora completava 40 anos daí a 4 meses. Resultado: mandei-a para Coimbra.” E.C - 56</i></p> <p><i>“Enquanto uma mulher faz uma doação e fica efetiva, os homens fazem várias colheitas, e depois dessas colheitas todas ainda têm um período de quarentena. Portanto, não ter havido doações efetivas em 2020 faz algum sentido tendo em conta que a pandemia começou em março. Não houve tempo para uma doação efetiva, porque no caso dos homens demora muito tempo. Em relação ao anonimato acho que afeta sempre, pelo menos numa fase inicial em que há a mudança. Acredito que depois, já a informação tendo sido trabalhada e assimilada, penso que pode haver uma reversão e que realmente pode começar a aumentar. Agora no início acredito que sim.” E.C 7 - 8</i></p> <p><i>“Há muitas soluções, a compra de gâmetas a privados (neste momento já há privados nacionais a venderem gâmetas) ou internacionais; enviar casais para os privados que consigam pagar os gâmetas, etc. Para mim isso é tudo contornar o problema e não o resolver na sua essência. Em termos de investimento público, se calhar gastamos mais em fazer esse exercício do que em capacitar os centros para fazer o recrutamento.” E. C 10 - 10</i></p> <p><i>“Quem faz o match dos casais com os dadores é o porto, e a mim não me traz qualquer problema que quem faça o match seja um único centro, era uma confusão se andássemos todos a fazer o match. Agora realmente só se</i></p>
--	--	---

		<p><i>prende pela questão do transporte do material de um lado para o outro.” E. B:16 - 16</i></p> <p><i>“Nesse ponto não acho que o privado ofereça um melhor serviço do que o público, a não ser que me diga “este senhor só tem disponibilidade para vir cá ao sábado à tarde ou durante a semana em pós-laboral, depois das 18h”: aí temos os nossos constrangimentos, e aí não podemos fazer mais nada, o nosso horário é das 8 às 16h, de segunda à sexta. Se calhar há muita gente que não consegue cumprir o nosso horário.” E. B: 26 - 26</i></p> <p><i>“infelizmente ainda existe muito preconceito entre o médico e o enfermeiro e isto às vezes é tudo muito complicado.” E. A: 4 - 4</i></p> <p><i>“À partida tentamos fazer sempre com que haja honestidade e que eles nos digam se estão inscritos noutra parte, e se já fizeram algum tratamento, se há relatórios, ver se há embriões congelados aqui ou ali. Não havendo nada que se cruze informaticamente é muito complicado, e depois cada centro tem o seu funcionamento e a sua forma de gerir as coisas. Seguimos as regras segundo da ACSS, só que depois, por exemplo, em Santa Maria se o casal já tiver um filho, já não fazem tratamentos de PMA, mesmo que tenha sido uma gravidez espontânea, e nós aqui na MAC fazemos. Portanto, se por um lado uns vão afinilando, outros vão alargando os beneficiários e isto depois traz constrangimentos para o meu centro que alarguei, para o que diminuiu não traz porque a lista diminuiu.” E. A: 8 - 8</i></p> <p><i>“Têm de esperar estes tempos todos porque somos procurados por muitas pessoas, é impossível dar resposta a isto tudo. Eu acho bem que recorram ao privado se querem e se têm possibilidades. Agora, acho que se devem inscrever aqui, para não chegarem cá com 38 ou 39 anos, porque depois é um aperto no coração ter de dizer que não temos nada para lhes oferecer.” E. A: 29 - 29</i></p> <p><i>“A motivação acaba por ser um fator crucial na função pública. Neste momento estou a desempenhar funções de enfermeira chefe e há muitas injustiças. O funcionalismo no público tem destas coisas. Eu gostava de as incentivar, dando-lhes por exemplo o dia de aniversário delas, acho que era tão bom para as pessoas se sentirem motivadas e valorizadas. Se a pessoa fez horas a mais, devia poder usufruir mais tarde; se a atividade já tiver sido terminada mais cedo, não posso mandar as pessoas mais cedo para casa. São coisas tão pequeninas. O serviço público tem estes constrangimentos.” E. A: 33 - 33</i></p> <p><i>“O processo para o casal é muito moroso. Desloca-se primeiro ao médico de família (a consulta não se marca de hoje para amanhã, é preciso esperar), que vai recomendar que nos próximos meses vão passear e estar sob menos stress. Após uns meses, se o problema persistir, analisa melhor a situação. Depois manda fazer análises, o casal espera pelos resultados. Só passado umas semanas é que o médico de família analisa os exames e anuncia os resultados. Finalmente, o casal é referenciado para um centro de PMA e, só depois deste tempo todo de espera, é que é inscrito na lista de espera para tratamentos de PMA. Se precisar de gâmetas são três anos de espera. Mas</i></p>
--	--	--

		<p><i>para o casal o tempo de espera começou desde a primeira consulta no médico de família.” E. D: 24 - 24</i></p> <p><i>“As listas de espera dos centros de infertilidade não são públicas, como existem para as consultas. Cada centro tem o seu Excel, a sua lista. Logo a partir daí não há possibilidade de ter uma uniformização e uma divulgação.”</i></p> <p><i>E. D: 28 - 28</i></p>
--	--	--

ANEXO XII - PERFIS DOS INQUIRIDOS SOBRE A INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL

Cluster Size	<i>Discordantes</i> (65%)	<i>Concordantes</i> (35%)
Aum_dád_aum_eficácia_PP	Discordo; Não concordo nem discordo	Concordo; Concordo Totalmente
Aum_dád_aum_equid_PP	Discordo; Não concordo nem discordo	Discordo; Não concordo nem discordo
IOFC_PP_PMA	Não concordo nem discordo	Discordo; Não concordo nem discordo
C_BPG_faz_sentido	Concordo Totalmente; Concordo; Não concordo nem discordo	Discordo Totalmente; Discordo
Org_facil_PMA	Não concordo nem discordo; discordo	Concordo Totalmente
Hosp_acesso_equitativo	Não concordo nem discordo; discordo	Concordo; Concordo Totalmente
IO_diminui_TE	Discordo Totalmente; Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo	Concordo Totalmente
Covariantes		
Centro Público	CHUP; CHUC; Santa Maria; MAC	Hospital de Guimarães; Centro Hospitalar da Cova da Beira; Hospital Garcia de Orta
Categoria profissional	Embriologista; Assistente Operacional	Médico; Enfermeiro
Sexo	Feminino	Masculino
Idade	Entre 45 e 55 anos; Mais de 55 anos	Até aos 38 anos; entre 39 e 44 anos

ANEXO XIII - PERFIS DOS INQUIRIDOS SOBRE A INOVAÇÃO DOS PROCESSOS

	<i>Concordantes</i> (52%)	<i>Discordantes</i> (48%)
Cluster Size		
IP_contr_equid	Concordo; Totalmente	Concordo Discordo; Não concordo nem discordo Concordo
IP_Maior_eficácia	Concordo; Totalmente	Concordo Discordo; Não concordo nem discordo Concordo
IP_cria_valor	Concordo; Totalmente	Concordo Não concordo nem discordo
IP_dim_TE	Concordo; Totalmente	Concordo Discordo; Não concordo nem discordo Concordo
Comum_dadores	Concordo; Totalmente	Concordo Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo
Anonim_diminui_dádi	Não concordo nem discordo; discordo	Concordo; Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo
Covariantes		
Centro Público	Hospital Santa Maria; MAC; Hospital Garcia de Orta	Hospital da Senhora de Oliveira – Guimarães; Centro Hospitalar do Porto; Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Categoria profissional	Embriologista; Enfermeiro	Médico; Assistente Operacional
Sexo	Masculino	Feminino
Idade	Entre 39 e 44 anos; Entre 45 e 55 anos; Mais de 55 anos	Até aos 38 anos