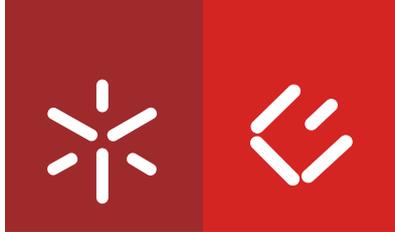


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Juliana Patrícia Alves Faria

**Acesso aos tratamentos de infertilidade
no Centro Hospitalar do Alto Ave**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Juliana Patrícia Alves Faria

**Acesso aos tratamentos de infertilidade
no Centro Hospitalar do Alto Ave**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Economia e Política da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
**Professora Doutora Paula Cristina Almeida
Cadima Remoaldo**

e da
**Professora Doutora Paula Alexandra Correia Veloso
Veiga Benesch**

dezembro de 2013

DECLARAÇÃO

Nome: Juliana Patrícia Alves Faria

Endereço eletrónico: julianafaria7@hotmail.com

Título da dissertação: Acesso aos tratamentos de infertilidade no Centro Hospitalar do Alto Ave

Orientadores: Professora Doutora Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo e Professora Doutora Paula Alexandra Correia Veloso Veiga Benesch

Ano de conclusão: 2013

Designação do Mestrado: Mestrado em Economia e Política da Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, dezembro de 2013.

Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus queridos avós Domingos e Glória por serem, para mim, um verdadeiro exemplo de vida.

Agradecimentos

Após esta longa caminhada, não poderia deixar de agradecer a todos que contribuíram, de alguma maneira, para que fosse possível chegar até aqui.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer às minhas orientadoras Professora Doutora Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo e Professora Doutora Paula Alexandra Correia Veloso Veiga Benesch pela disponibilidade, dedicação, exigência, competência, conhecimentos partilhados e pela amizade que sempre demonstraram e por terem proporcionado o desenvolvimento e o aperfeiçoamento desta dissertação.

À Dra. Isabel Reis do Centro de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar do Alto Ave que sempre se mostrou muito disponível e pela sua ajuda, bem como a todos os restantes profissionais do Centro, pela receptividade sempre demonstrada.

Aos meus pais e ao meu irmão, mas principalmente à minha mãe, que sempre acreditou em mim, por tudo que me ensinou de bom, por todo o amor, por ser mais do que uma mãe, uma companheira, uma amiga, uma confidente, uma lutadora, por estar sempre presente incondicionalmente e por me ter feito ser, tudo aquilo que sou. A ti, mãe, o meu mais sincero agradecimento.

Ao Helder por estar sempre presente, por toda a força, pela paciência, pelas ausências, pelo carinho, pelo apoio e dedicação incondicional desde sempre, e por ser para mim um verdadeiro porto de abrigo.

À Dani, pela amizade sincera de anos, pelo companheirismo, pelo apoio, pela confiança e por estar sempre inteiramente presente.

À Universidade do Minho, pela qualidade do ensino e por me ter proporcionado, sem dúvida, alguns dos melhores anos da minha vida.

Por último, e não menos importante, a todas as mulheres que participaram no estudo, bem como aos seus companheiros, por terem decidido participar no estudo e por terem partilhado um pouco da sua história. A sua participação foi sem dúvida crucial para que o estudo se concretizasse.

A todos, o meu profundo agradecimento!

Resumo

A infertilidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema grave de saúde pública. Estima-se que entre 60 a 80 milhões de casais em todo o mundo tenham problemas de fertilidade e que a incidência tenda a aumentar. Em paralelo crescem as soluções tecnológicas de tratamento. O acesso à tecnologia é, em geral, no entanto, difícil e desigual, fortemente limitado pela disponibilidade de serviços especializados, pela capacidade financeira e, ainda, por barreiras socioculturais. Somam-se, em alguns países, as barreiras legais ao acesso.

Em Portugal, apesar da evolução favorável nos últimos anos, em particular a inclusão da comparticipação dos medicamentos em regime mais favorável, a oferta do Serviço Nacional de Saúde concentra-se num número reduzido de serviços e é claramente insuficiente. Do mesmo modo, os cuidados privados estão concentrados geograficamente em grandes cidades, seguindo o padrão do Serviço Nacional de Saúde, e são muito dispendiosos.

Neste contexto, o objetivo da presente investigação é o de identificar as principais barreiras no acesso aos tratamentos de infertilidade, nas suas várias dimensões e para o caso específico da população abrangida pelo Centro Hospitalar do Alto Ave.

Foi aplicado, entre os meses de julho e agosto de 2013, um inquérito por questionário, às mulheres inscritas na Unidade de Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar do Alto Ave em Guimarães. A aplicação do inquérito foi presencial. Através da sua aplicação e posterior análise dos dados usando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* foi possível conhecer as principais dificuldades com as quais os casais inférteis se deparam no acesso aos tratamentos de infertilidade, bem como sugerir algumas medidas suscetíveis de resultarem numa melhoria do acesso a esta vertente da saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: infertilidade, acesso aos cuidados de saúde, procriação medicamente assistida.

Abstract

Infertility is considered by the World Health Organization (WHO) as a serious public health problem. It is estimated that 60 to 80 million couples worldwide have fertility problems and this incidence tends to increase. In parallel, the technological treatments available are also increasing. Access to the technologies is, in generally, difficult and uneven, and highly it is limited by the scarce availability of specialized services, as well as by financial capacity, and socio-cultural barriers. Additionally, some countries have legal barriers to access.

Despite the favorable trend in recent years, in particular a more favorable reimbursement of medicines the National Health Service supply it is insufficient and geographical unequal in Portugal. Further, private care is also geographically concentrated in large cities, following the pattern of the National Health Service distribution, and it is very costly.

In this context, the objective of this research is to identify the main barriers to access of infertility treatments in its various dimensions and for the specific case of the population served by the Hospital Center of Alto Ave.

A questionnaire was applied between the months of July and August of 2013, to women enrolled in the Reproductive Medicine Unit of the Hospital Center of Alto Ave in Guimarães. The implementation of the questionnaire was face to face. Through its application and subsequent analysis of the data using the *Statistical Package for the Social Sciences* software, it was possible to identify the main difficulties that infertile couples face in access to infertility treatments, and suggest measures which could result in an improvement to the access to this crucial part of sexual and reproductive health.

Keywords: infertility, access to health care, assisted reproduction treatments.

Índice Geral

Introdução.....	1
-----------------	---

Parte I - Revisão da literatura sobre os conceitos relacionados com a infertilidade, o acesso aos tratamentos e a evolução em Portugal e na Europa

Capítulo I - O conceito de infertilidade, as suas causas, os seus fatores de risco, os diversos tratamentos de infertilidade e a sua expressão na Europa e em Portugal	7
--	---

1.1. Conceito de infertilidade	7
1.2. Causas da infertilidade	8
1.3. Fatores de risco.....	9
1.4. Tratamentos de infertilidade.....	10
1.5. A realidade da infertilidade na Europa e em Portugal.....	12
1.5.1. O Índice Sintético de Fecundidade	12
1.5.2. A prevalência da infertilidade	14
1.6. Notas conclusivas.....	15

Capítulo II - Acesso aos cuidados de saúde e aos tratamentos de infertilidade em Portugal	17
---	----

2.1. Conceito de acesso à saúde.....	17
2.2. Acesso aos cuidados de saúde em Portugal	20
2.3. Acesso aos tratamentos de infertilidade	22
2.3.1. Marcos da Procriação Medicamente Assistida em Portugal.....	22
2.3.2. Critérios de acesso aos tratamentos de infertilidade	24
2.3.3. Critérios de acesso aos tratamentos de infertilidade na Europa: Análise comparativa	25
2.3.4. Financiamento Público.....	28
2.3.5. Custos do SNS com a PMA.....	31
2.3.6. Custos dos utentes com os tratamentos.....	33
2.3.7. Oferta de Serviços em Portugal	34
2.3.8. Acessibilidade física	35
2.3.9. Qualidade dos serviços	36
2.4. Modelo Concetual.....	36

2.5. Notas conclusivas	38
Capítulo III - Análise dos tratamentos de infertilidade na Europa e em Portugal	39
3.1. Análise dos tratamentos de infertilidade na Europa.....	39
3.1.1. Distribuição por idades	43
3.1.2. Número de embriões transferidos	45
3.2. Análise dos tratamentos de infertilidade em Portugal.....	47
3.3. Notas conclusivas.....	49
Parte II - Perceções do acesso aos tratamentos de infertilidade por parte das mulheres em tratamento	
Capítulo IV - Metodologia	53
4.1. Tipo de estudo.....	53
4.2. Procedimento do estudo	54
4.3. Procedimentos formais	55
4.3.1. Autorização do CHAA.....	55
4.3.2. Autorização das inquiridas	55
4.4. Estrutura do questionário.....	56
4.5. Pré-teste.....	59
4.6. População e Amostra.....	59
4.7. Breve descrição do Centro de PMA	60
4.8. Análise dos dados.....	61
4.9. Notas conclusivas	61
Capítulo V - Resultados	63
5.1. Caracterização sociodemográfica das inquiridas.....	63
5.2. Dados clínicos	66
5.3. Acesso físico.....	68
5.3.1. Distância percorrida/tempo despendido até ao Centro de PMA	68
5.3.2. Oferta de estacionamento e de paragens de transportes públicos	69
5.3.3. Grau de satisfação com a localização	71
5.4. Acesso estrutural e funcional	71

5.4.1. Tempo de espera para a primeira consulta.....	71
5.4.2. Tempo de espera para iniciar uma técnica de tratamento.....	73
5.4.3. Tempo de espera na sala de espera	74
5.4.4. Horário de funcionamento das consultas.....	76
5.4.5. Condições das instalações	77
5.4.5.1. Qualidade das instalações	77
5.4.5.2. Conforto da sala de espera	78
5.4.5.3. Espaço onde decorre a consulta	79
5.4.5.4. Limpeza e higiene das instalações	79
5.4.6. Relação utente/profissional de saúde	80
5.4.6.1. Interesse do médico	80
5.4.6.2. Disponibilidade de tempo na consulta	81
5.4.6.3. Relacionamento com o médico	81
5.4.6.4. Aconselhamento sobre o tratamento.....	82
5.5. Acesso económico.....	85
5.5.1. Custos diretos do tratamento	85
5.5.2. Custos indiretos.....	87
5.5.3. Impacto no orçamento.....	88
5.6. Acesso sociocultural	89
5.7. Acesso legal	91
Considerações finais.....	95
Bibliografia	99
Anexo I – Inquérito por questionário.....	109
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética	115
Anexo III – Clínicas de infertilidade.....	117
Anexo IV – Estatística descritiva das variáveis utilizadas na análise	119

Índice de Figuras

Figura 1 - Índice Sintético de Fecundidade na UE-27 e em Portugal, 2002 - 2011	13
Figura 2 - A situação da comparticipação dos tratamentos de FIV e ICSI na Europa	28
Figura 3 - Distribuição dos Serviços de fertilidade do SNS por NUTS III	35
Figura 4 - Modelo Concetual	37
Figura 5 - Evolução do nº de ciclos iniciados no Centro de PMA do CHAA, 2004 - 2012.....	61
Figura 6 - Causa da infertilidade.....	67
Figura 7 - Opinião sobre a estruturação dos horários/preferências em relação ao horário	77
Figura 8 - Fontes de informação procuradas.....	91

Índice de Quadros

Quadro 1 - Idade média de maternidade na UE-27 e em Portugal, 2002 – 2011	13
Quadro 2 - Critérios de elegibilidade no acesso aos tratamentos de PMA nos 27 Estados-Membros.....	27
Quadro 3 - Comparticipação dos tratamentos de FIV/ICSI nos 27 Estados-Membros	30
Quadro 4 - Custo de alguns atos médicos relativos aos tratamentos de infertilidade: comparação Público vs Privado	33
Quadro 5 - Número de ciclos iniciados por tipo de técnica, 2009.....	41
Quadro 6 - Percentagens de gravidez e de parto resultantes da aplicação das técnicas FIV, ICSI e FER, 2009.....	42
Quadro 7 - Distribuição por grupos etários de mulheres por ciclos e percentagem de gravidez que receberam tratamento por FIV e ICSI, 2009	44
Quadro 8 - Número e percentagem de embriões transferidos, 2009	46
Quadro 9 - Resultados globais da atividade realizada em Portugal e em 2011	47
Quadro 10 - Resultados por número de embriões transferidos em Portugal, de todos os ciclos FIV e ICSI, 2011.....	48
Quadro 11 - Ciclo de FIV por idade do elemento feminino em Portugal e em 2011	49
Quadro 12 - Ciclo de ICSI por idade do elemento feminino em Portugal e em 2011.....	49
Quadro 13 - Questões do questionário relativas às dimensões do acesso.....	58
Quadro 14 - Idade das inquiridas	64
Quadro 15 - Idade da mulher quando começou a tentar engravidar	64
Quadro 16 - Características das inquiridas	65
Quadro 17 - Distribuição das inquiridas por concelho de residência	66
Quadro 18 - Distância percorrida (km) entre a residência e o Centro de PMA.....	69
Quadro 19 - Tempo despendido no percurso entre a residência e o Centro de PMA.....	69
Quadro 20 - Satisfação relativa à oferta de estacionamento do Centro de PMA	70
Quadro 21 - Satisfação relativa à localização geográfica do Centro de PMA.....	71
Quadro 22 - Tempo de espera para obtenção da 1ª consulta no Centro de PMA.....	72
Quadro 23 - Opinião sobre o tempo de espera para obtenção da primeira consulta no Centro de PMA.....	72
Quadro 24 - Tempo em lista de espera para iniciar o tratamento	73

Quadro 25 - Opinião sobre o tempo em lista de espera para iniciar o tratamento	74
Quadro 26 - Tempo na sala de espera desde a hora marcada até à chamada pelo médico	75
Quadro 27 - Opinião sobre o tempo de espera até à chamada pelo médico	75
Quadro 28 - Avaliação da qualidade das instalações	77
Quadro 29 - Avaliação do conforto da sala de espera.....	78
Quadro 30 - Avaliação do espaço onde decorrem as consultas	79
Quadro 31 - Avaliação da limpeza e higiene das instalações	79
Quadro 32 - Correlação entre a variável qualidade das instalações e as variáveis conforto na sala de espera, espaço onde decorrem as consultas e limpeza e higiene	80
Quadro 33 - Interesse do médico	81
Quadro 34 - Disponibilidade de tempo na consulta	81
Quadro 35 - Relacionamento com o médico	82
Quadro 36 - Aconselhamento sobre o tratamento.....	82
Quadro 37 - Correlação entre as variáveis interesse do médico, disponibilidade, aconselhamento e relacionamento com o médico	83
Quadro 38 - Relação entre a estruturação dos horários e a necessidade de faltar ao trabalho ..	87
Quadro 39 - Impacto do custo no orçamento.....	88
Quadro 40 - Avaliação do uso dos termos técnicos utilizados.....	90
Quadro 41 - Relação entre a compreensão da informação do médico e a escolaridade da mulher	90
Quadro 42 - Relação entre a procura de outras fontes de informação e a escolaridade da mulher	91
Quadro 43 - Conhecimento da legislação portuguesa sobre a infertilidade	92
Quadro 44 - Concordância com a limitação de três tratamentos comparticipados	92
Quadro 45 - Concordância com o limite de um tratamento por ano	93

Índice de Siglas

APF - Associação Portuguesa de Fertilidade

CHAA - Centro Hospitalar do Alto Ave

CNPMA - Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

ED - Doação de Ovócitos

ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embriology

FIV - Fertilização *in vitro*

FER - Transferência de Embriões Criopreservados

INE - Instituto Nacional de Estatística

ICSI - Injeção intracitoplasmática de espermatozoides

OMS - Organização Mundial de Saúde

PMA - Procriação Medicamente Assistida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMR - Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução

UE - União Europeia

Introdução

As transformações nos padrões demográficos ocorridas nas últimas décadas na maioria dos países europeus colocam os problemas de baixa natalidade, de envelhecimento populacional e consequentemente de falta de renovação de gerações entre os temas mais sensíveis da atualidade (Silva, Carvalho e Cardoso, 2006). De acordo com dados do EUROSTAT (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu> - consultado em 17/11/2012), o atual número médio de filhos que ocorre nos países da União Europeia (UE) não garante a renovação de gerações, o que não sendo totalmente compensado pela entrada de imigrantes, resulta no abrandamento do crescimento populacional. Em alguns países europeus, regista-se já um decréscimo populacional. As alterações demográficas em curso têm manifestado repercussões importantes tanto a nível social, como a nível económico, sendo difícil de as contrariar nos próximos anos.

Para assegurar o nível de renovação das gerações seria necessário que cada mulher tivesse, em média, 2,1 filhos. Na Europa, como em Portugal, o número médio de filhos por mulher está, no entanto, abaixo deste nível necessário à renovação das gerações (Silva, Carvalho e Cardoso, 2006; EUROSTAT, 2012). De acordo com os últimos dados do INE (2011) divulgados pelo PORDATA (<http://www.pordata.pt/Europa/Indice+sintetico+de+fecundidade-1251> - consultado em 17/11/2012) na UE, o número médio de filhos por mulher, também apelidado de índice sintético de fecundidade situava-se, em 2011, em 1,57 filhos por mulher. Em Portugal o valor cingia-se a 1,35 filhos por mulher.

Para esta situação, contribuem inúmeros fatores, estando entre eles o crescente número de casos de infertilidade, cuja incidência está a aumentar, tanto na Europa, como em Portugal. A infertilidade tem sido considerada pela OMS como um problema grave de saúde pública que está a crescer a nível mundial, afetando em particular as sociedades desenvolvidas (WHO, 2002; Zegers *et al.*, 2009). Para muitos, é mesmo um dos principais problemas atuais de saúde (Silva, Carvalho e Cardoso, 2006).

O Parlamento Europeu reconheceu que a infertilidade é uma das causas do declínio demográfico na região, e que poderá ter como consequência um forte impacto no número total de habitantes, bem como na estrutura etária da população, provocando o envelhecimento da mesma, sendo, por isso, uma ameaça aos atuais padrões de vida (Parlamento Europeu, 2008; Santos e Ramos, 2010).

A prevalência da infertilidade é, no entanto, difícil de avaliar, quer pelas diferentes definições utilizadas, quer pelas grandes variações geográficas, quer pelas várias metodologias de mensuração (Figueiredo, 2004). Ainda assim, a OMS (2002) estima que mundialmente entre 10 a 15% dos casais, em idade fértil, sofram do problema. Espera-se que a tendência de aumento da infertilidade se mantenha, o que justifica a necessidade de investimento e de preocupação por parte dos administradores dos sistemas de saúde (Pinto, 1998; Faria, 2001, citados por Delgado, 2007). Se num passado recente, a grande preocupação era o controlo da natalidade através dos métodos anticoncecionais, a realidade mudou e hoje uma das principais preocupações é combater a infertilidade (Remoaldo e Machado, 2008).

A compreensão das causas clínicas de infertilidade, assim como os tratamentos, têm feito enormes progressos durante os últimos anos. Independentemente da origem do problema, os casais inférteis podem atualmente submeter-se a vários tratamentos alternativos. Desde o nascimento, em 1978, de Louise Brown, o primeiro bebé proveta, que a tecnologia de tratamentos de infertilidade teve um desenvolvimento importante em resultado, em particular, da introdução e difusão das técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA).

Apesar destes progressos tecnológicos e da sua difusão, o acesso aos cuidados de infertilidade continuam a depender, de onde se vive (Jones *et al.*, 2011). Reconhecendo as dificuldades generalizadas de acesso aos tratamentos, a OMS estabeleceu como objetivo, para o milénio, melhorar a disponibilidade dos serviços de infertilidade, assim como o acesso aos mesmos, de modo a promover uma melhor prestação de cuidados de infertilidade (Ombelet, 2008).

Em Portugal, persistem fortes limitações e iniquidades no acesso aos tratamentos de infertilidade, dificultando o cumprimento do objetivo estabelecido pela OMS (Silva e Machado, 2010; Silva e Barros, 2012). Neste contexto, desde o ano de 2006 que em Portugal se tem vindo a acelerar alterações legislativas com a finalidade de regular a prática das técnicas de PMA e melhorar o acesso e a equidade na utilização dos cuidados. O acesso continua, porém, a estar fortemente dependente do local de residência e da capacidade financeira dos casais. Existe restrição no número de tratamentos por casal, os tempos médios de espera são elevados, os Centros de Procriação Medicamente Assistida, para além de serem predominantemente privados, encontram-se geograficamente distribuídos de forma assimétrica (Silva e Machado, 2010).

Assim, apesar dos esforços e medidas que têm vindo a ser implementados, verifica-se que a gestão dos tratamentos de infertilidade em Portugal pode ser um caso de estudo,

nomeadamente no que diz respeito às desigualdades no acesso a esta vertente da saúde sexual e reprodutiva (Silva e Barros, 2012).

Até ao momento não existem, porém, em Portugal, muitos estudos sobre a problemática da infertilidade e, sobretudo, sobre esta questão do acesso aos tratamentos. A escolha do tema surgiu da vontade de estudar algo tão importante e sensível para as mulheres, que perturba gravemente o seu bem-estar individual e familiar, bem como conhecer a realidade do acesso dos indivíduos inférteis aos tratamentos de infertilidade e as barreiras com as quais os mesmos se deparam, num contexto em que são evidentes as restrições no acesso a esta vertente da saúde sexual e reprodutiva. Numa altura em que se verificam quedas nas taxas de natalidade e um aumento da população idosa, dar a possibilidade aos casais inférteis de poderem ter um filho, é dar um contributo, ainda que pequeno, para o crescimento e rejuvenescimento da população.

Com base nestes pressupostos equacionou-se a seguinte questão de partida: Quais são as barreiras com as quais os casais inférteis se deparam no acesso aos tratamentos de infertilidade em Portugal e mais especificamente no Centro de PMA do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) com base na perceção mulheres inférteis?

Para responder a esta questão foram equacionados os seguintes objetivos:

- diagnosticar os problemas de acesso físico, em termos de distância percorrida/tempo despendido até ao Centro de PMA, o meio de transporte utilizado na deslocação, a oferta de parques de estacionamento e de paragens de transportes públicos;
- aferir os tempos de espera (para a primeira consulta, para iniciar o tratamento e o tempo de espera nos dias das consultas) e a estruturação dos horários de funcionamento das consultas;
- identificar os problemas de acesso económico das inquiridas, nomeadamente, gastos com os tratamentos, impacto dos gastos no orçamento familiar, bem como a necessidade de faltar ao trabalho;
- perceber as dificuldades de acesso à informação, nomeadamente, compreender a relação e a comunicação estabelecida entre o médico e as inquiridas;
- analisar a opinião das inquiridas relativamente à limitação dos tratamentos de infertilidade e o conhecimento das inquiridas sobre a legislação portuguesa sobre infertilidade.

O principal objetivo da presente investigação é, assim, conhecer a perceção do acesso a cuidados de saúde. Assume-se o conceito de acesso como um conceito multidimensional, que encerra as componentes física e funcional, económica e sociocultural.

Para atingirmos os objetivos propostos, optamos por adotar uma metodologia quantitativa, sendo a técnica privilegiada o inquérito por questionário. Dadas as restrições de tempo e de financiamento, a amostra recolhida foi restringida às mulheres atualmente em tratamento nos Serviços de Medicina Reprodutiva do Centro Hospitalar do Alto Ave (Guimarães). A ideia inicial pretendia basear o estudo junto de mulheres que frequentam os serviços no âmbito da medicina reprodutiva mas, tratando-se de uma dissertação de mestrado que limita o tempo de realização de inquéritos, a amostra foi restringida ao Centro Hospitalar do Alto Ave.

A presente dissertação é composta por duas partes. A primeira parte intitulada “Revisão da literatura sobre os conceitos relacionados com a infertilidade, o acesso aos tratamentos e a evolução em Portugal e na Europa” é composta pela componente mais teórica e está relacionada com o “estado da arte”, estruturando-se em três capítulos: no primeiro capítulo é exposto o conceito de infertilidade, as causas, os fatores de risco, os diversos tratamentos de infertilidade existentes, bem como a realidade da infertilidade na Europa e em Portugal; no segundo capítulo é descrito o conceito de acesso aos cuidados de saúde, o acesso à saúde em Portugal e o acesso aos tratamentos de infertilidade em Portugal e, finalmente, no terceiro e último capítulo é apresentada a análise dos tratamentos de infertilidade na Europa e em Portugal.

Na segunda parte da dissertação, de natureza mais empírica, intitulada “Perceções do acesso aos tratamentos de infertilidade por parte das mulheres inférteis”, que corresponde aos capítulos IV e V, são expostas as questões metodológicas, o instrumento utilizado no estudo, o procedimento utilizado, bem como a interpretação dos resultados.

Esperamos que a presente investigação contribua para o debate sobre as políticas de acesso aos tratamentos de infertilidade e chame a atenção dos administradores dos sistemas de saúde para as grandes dificuldades que os casais inférteis sentem no acesso aos cuidados de infertilidade. Estamos cientes de que se trata de um estudo ainda exploratório e que a longo prazo poderá ganhar uma maior dimensão, caso seja trabalhado de forma mais abrangente.

Parte I

Revisão da literatura sobre os conceitos relacionados com a infertilidade, o acesso aos tratamentos e a evolução em Portugal e na Europa

Capítulo I - O conceito de infertilidade, as suas causas, os seus fatores de risco, os diversos tratamentos de infertilidade e a sua expressão na Europa e em Portugal

Neste primeiro capítulo tentaremos esclarecer o conceito de infertilidade, apesar de não existir consenso na definição do conceito. Tentaremos, também, explicar as causas que estão na origem do problema, bem como os fatores de risco que estão relacionados com o fenómeno da infertilidade. Terminaremos, mostrando o desenvolvimento das diversas técnicas de apoio à infertilidade e a expressão desta na Europa e em Portugal.

1.1. Conceito de infertilidade

Clinicamente, a infertilidade é definida como uma doença do sistema reprodutivo e é a consequência de uma falência orgânica que resulta da disfunção dos órgãos reprodutores, dos gametas ou do conceito (Associação Portuguesa de Fertilidade - www.apfertilidade.org – consultado em 12/12/2012). Não existe, no entanto, consenso em relação ao período que se deve considerar para concluir que o casal é infértil. Segundo o *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology* e a OMS, a infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo definida pela ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e desprotegidas (Zegers *et al.*, 2009). No entanto, para a *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE), a infertilidade é entendida como a diminuição da capacidade de conceber em relação à população geral e entende-se que corresponde à incapacidade de um casal conceber após um ano de relações sexuais desprotegidas. A Associação Portuguesa de Fertilidade (APF) e diversos autores (*e.g.*, Hull *et al.*, 1985; Zegers-Hochschild *et al.*, 2009) seguem esta última definição, considerada a definição clássica.

A infertilidade pode ser distinguida como primária, ou seja, é a condição na qual a mulher nunca engravidou, ou secundária, isto é, quando a mulher não consegue engravidar, depois de já ter tido um filho (Remoaldo e Machado, 2008).

Os estudos epidemiológicos, por sua vez, distinguem a infertilidade como atual ou ao longo da vida. A infertilidade atual está relacionada com o estado atual de infertilidade, ou seja, a existência de infertilidade num determinado momento, enquanto a infertilidade ao longo da vida inclui todos os casais que alguma vez estiveram a tentar engravidar durante pelo menos um ano sem conseguirem (Soares, 2008). Importa, ainda, distinguir infertilidade de esterilidade, que

embora sejam termos diferentes, são muitas vezes confundidos. A esterilidade é definida como a incapacidade absoluta de procriar, ou seja, uma situação considerada definitiva e irreversível (Remoaldo e Machado, 2008). Por outro lado, a infertilidade é definida como uma incapacidade de conceber por tempo indeterminado, isto é, implica uma situação que não é definitiva e que tem probabilidade de ser resolvida por meio de tratamento médico (Wentz, 1990, citado por Delgado, 2007).

1.2. Causas da infertilidade

O problema de infertilidade pode estar relacionado com anomalias do sistema reprodutor feminino ou masculino. A Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR) e a Associação Portuguesa de Fertilidade (<http://www.spmr.pt> – consultado em 12/11/2012) apontam que, em aproximadamente 30 a 40% dos casos, o problema é da mulher, de 20 a 30% das situações o problema é do homem, em 30% dos casos o problema poderá estar relacionado com ambos e em 5 a 10% das situações não é possível detetar a origem do problema de infertilidade.

No caso da origem do problema ser a mulher, são várias as causas apontadas pela SPMR e pela APF:

- perturbação da ovulação - relacionada com as disfunções e condições patológicas que prejudicam a produção e expulsão do óvulo, bem como mudanças na produção dos hormônios femininos;
- obstrução das trompas - esta situação acontece quando o muco que é produzido pelo útero antes da ovulação é bastante espesso e não do tipo “clara de ovo”, como verificado numa situação normal, impedindo que os espermatozoides entrem no útero;
- endometriose: corresponde à situação em que o tecido que cobre o interior do útero se desenvolve igualmente externamente e implanta-se na cavidade abdominal; conseqüentemente podem ocorrer menstruações dolorosas e, caso o processo cicatricial seja extenso, poderá ocorrer um problema de infertilidade;
- muco cervical desfavorável: o muco cervical é responsável pela limpeza e seleção dos espermatozoides; assim, é importante que este muco seja suficiente, caso contrário, os espermatozoides não conseguem penetrar a cavidade uterina.

No caso da origem do problema estar relacionada com a saúde do homem, os problemas mais comuns estão relacionados com a diminuição do número de espermatozoides (oligospermia),

espermatozoides com mobilidade reduzida (astenospermia ou astenozoospermia) ou com configuração anormal (teratospermia ou teratozoospermia) e ausência de espermatozoides (azoospermia) [Remoaldo e Machado, 2008].

A quantidade normal de espermatozoides que um homem produz é de mais de 100 milhões de espermatozoides em cada ejaculação. Porém, uma parte desses espermatozoides perde-se durante o caminho até à fecundação. Quando há menos de 20 milhões a fertilidade fica comprometida, a probabilidade de um espermatozoide fecundar o óvulo é menor e, conseqüentemente, bastante menor será a probabilidade de ocorrer uma gravidez (oligospermia) [<http://www.spmr.pt> – consultado em 12/03/2013].

Em condições normais, 50% dos espermatozoides movem-se de forma adequada. Abaixo dos 50% dos níveis normais, o homem apresenta mobilidade reduzida de espermatozoides associada, muitas vezes, à diminuição da concentração dos líquidos que os envolvem e diz-se que tem astenozoospermia, também designada como astenospermia (www.apfertilidade.org – consultado em 12/03/2012).

A teratospermia ou teratozoospermia é caracterizada pela presença de espermatozoides com morfologia anormal que afeta a fertilidade dos homens. Numa situação normal o esperma tem mais de 15% de espermatozoides morfologicamente normais. Abaixo desse valor a probabilidade de fertilizarem um óvulo é muito reduzida (<http://www.spmr.pt> – consultado em 12/03/2013).

A azoospermia é entendida como a total ausência de espermatozoides no sémen do homem e pode ser de dois tipos: azoospermia obstrutiva que significa a existência de um impedimento na passagem dos espermatozoides para o sémen e azoospermia não obstrutiva, que significa que os espermatozoides não chegam a ser produzidos, em consequência, por exemplo de um traumatismo nos testículos (<http://www.vidafertil.com.br> – consultado em 12/03/2013).

1.3. Fatores de risco

Os problemas de infertilidade têm vindo a aumentar significativamente nos últimos anos como consequência de diversos fatores físicos, psíquicos, sociológicos, ambientais e comportamentais. A complexidade e interligação dos fatores de risco tornam o fenómeno difícil de abordar.

O principal fator de risco associado ao aumento da infertilidade parece ser o adiamento da conceção, por parte das mulheres. O «progressivo adiamento do início da carreira reprodutiva fez com que a mulher passasse a ter o primeiro filho em idades em que a sua capacidade biológica para conceber começa a estar comprometida» (Remoaldo e Machado, 2008: 65). Esta

tendência de adiamento da maternidade, em virtude da crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, das transformações na conjugalidade e na vivência da parentalidade bem como razões de crise económica, leva a que muitos casais tentem obter uma gravidez após os anos considerados mais férteis para a mulher (dos vinte aos vinte e nove anos) [Remoaldo e Machado, 2005]. Segundo Gonçalves (2005), a idade condiciona não só a gravidez espontânea, como também é fundamental para o sucesso das técnicas de infertilidade. Quanto mais avançada é a idade da mulher, menor é a probabilidade de sucesso dos tratamentos de infertilidade.

Outros fatores independentes da idade da concepção afetam igualmente a fertilidade. O problema de infertilidade pode estar associado a comportamentos e estilos de vida, nomeadamente, ao início prematuro da vida sexual e à existência de múltiplos parceiros sexuais que contribui para uma maior exposição às infeções sexualmente transmissíveis, bem como ao aumento do consumo de tabaco, de álcool e de estupefacientes (Brugo *et al.*, 2001; Delgado, 2007).

De acordo com Delgado (2007) a grande exposição a tóxicos presentes tanto no ambiente como na atividade laboral pode ter consequências prejudiciais nos mecanismos de reprodução. Adicionalmente, o problema de infertilidade pode estar associado ao aumento do *stress* que constitui, segundo Delgado (2007), um fator fulcral no declínio da fertilidade, pois reflete-se na ovulação e na espermatogénese.

Finalmente, e de acordo com Remoaldo e Machado (2008), o exercício de algumas profissões, sobretudo no caso do homem, podem igualmente conduzir aos inúmeros casos de infertilidade, uma vez que a formação de espermatozoides ocorre a temperaturas abaixo da temperatura corporal. Deste modo, atividades que obriguem a ficar sentados muitas horas, usar roupas apertadas, o manuseio de colas e solventes ou trabalhar junto de fontes de muito calor, apresentam riscos para a fertilidade masculina.

1.4. Tratamentos de infertilidade

Independentemente das razões de infertilidade, os casais inférteis podem submeter-se a diversos tratamentos. Os tratamentos de apoio à infertilidade tiveram um desenvolvimento significativo nos últimos anos em resultado da introdução das técnicas de Procriação Medicamente Assistida, que levaram à resolução dos problemas de infertilidade de diversos casais (Remoaldo e Machado, 2005).

Uma vez diagnosticada a causa da infertilidade, os casais são encaminhados para o tratamento mais adequado ao seu caso. Em geral, a primeira abordagem médica ao tratamento inclui a medicação e/ou os chamados tratamentos de primeira linha: indução de ovulação ou outras intervenções cirúrgicas disponíveis. No entanto, quando não é possível por esses meios, a solução passa pelo recurso às várias técnicas de PMA, designadas por tratamentos de segunda linha.

Segundo a Lei nº 32/2006, de 26 de julho, que regula a utilização das técnicas de procriação medicamente assistida, são consideradas técnicas de PMA: a inseminação artificial (que entretanto deixou de ser considerada uma técnica de 2ª linha), a fertilização *in vitro*, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides, a transferência de embriões, zigotos ou gâmetas, o diagnóstico genético de pré-implantação e outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias. Uma vez que ao longo da presente investigação é feita, por várias vezes, referência aos vários tratamentos de infertilidade, reconhecemos ser importante explicar, ainda que de forma sucinta, cada um deles.

Na fertilização *in vitro* (FIV) os ovócitos¹ são recolhidos dos ovários da mulher e de seguida fecundados com espermatozoides do homem em laboratório. Os embriões conseguidos são depois transferidos para o útero da mulher. Esta técnica está associada à conhecida designação do “bebé proveta”, e foi responsável pelo grande progresso dos tratamentos de infertilidade.

A inseminação artificial consiste na transferência de espermatozoides anteriormente recolhidos, tratados e selecionados para o interior do útero da mulher, na altura da ovulação.

Na injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) o espermatozoide é injetado diretamente no interior do óvulo² de modo a permitir a fertilização. Posteriormente, o embrião é transferido para o útero da mulher. Esta técnica é conhecida por ser a mais recente e a mais complexa e foi introduzida em Portugal, pela primeira vez, em 1994.

Na transferência de zigotos³, depois da recolha e seleção dos ovócitos e dos espermatozoides, os gâmetas são colocados em contacto *in vitro* entre 18 a 24 horas. Após a fecundação, realiza-se também uma laparoscopia (pequena intervenção cirúrgica) e são transferidos os óvulos fertilizados antes de se dar a divisão celular que leva o embrião às trompas de Falópio.

¹ Ovócitos - Célula germinativa feminina ou célula sexual produzida nos ovários.

² Óvulo - O ovócito recebe o nome de óvulo quando é fecundado por um espermatozoide.

³ Zigoto - Óvulo fertilizado antes de começar a divisão celular (embrião).

e) A transferência de gâmetas⁴ consiste na fertilização do óvulo da mulher com o espermatozoide do homem no interior da trompa através de laparoscopia (pequena intervenção cirúrgica), onde ocorrerá a fecundação.

Estas técnicas revolucionaram os cuidados de saúde na área da medicina reprodutiva ao representarem um passo significativo na resolução dos problemas de infertilidade de uma população que antes tinha poucas ou mesmo nenhuma hipóteses de conseguir uma gravidez (Figueiredo, 2004).

1.5. A realidade da infertilidade na Europa e em Portugal

1.5.1. O Índice Sintético de Fecundidade

Segundo dados do INE, divulgados pelo PORDATA (<http://www.pordata.pt> – consultado em 13/04/2013) e pelo EUROSTAT (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu> – consultado em 17/11/2012), nas últimas décadas, os europeus não têm assegurado a renovação geracional, o que tem contribuído para o abrandamento do crescimento populacional na União Europeia (UE-27). O Índice Sintético de Fecundidade (número médio de filhos por mulher) foi de 1,46 filhos por mulher no ano de 2002, e embora sofrendo um ligeiro crescimento, na maioria dos Estados-Membros, situou-se em apenas 1,57 filhos por mulher no ano de 2011 (Figura 1). Ao contrário da Europa, em Portugal, o Índice Sintético de Fecundidade diminuiu entre 2002 e 2011. Em 2002 o índice era igual ao da média europeia, mas em 2011 era apenas de 1,35 (Figura 1).

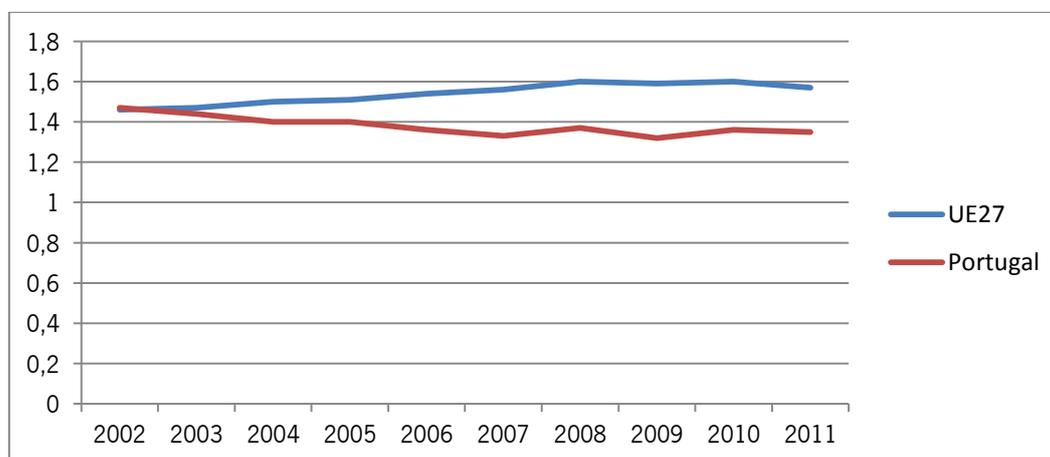
A situação não parece inverter-se nos próximos anos, podendo mesmo agravar-se. De acordo com dados do Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011 (<http://www.un.cv/files/PT-SWOP11-WEB.pdf> - consultado em 02/02/2013), Portugal vai ter nos próximos anos o segundo mais baixo Índice Sintético de Fecundidade do mundo, com apenas 1,3 filhos por mulher, sendo apenas ultrapassado pela Bósnia-Herzegovina com cerca de 1,1 filhos por mulher.

Observou-se, igualmente, uma diminuição do Índice Sintético de Fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos (25-29 anos) em contraste com um aumento nos grupos etários mais elevados (30-34 e dos 35-39 anos), o que ilustra o cenário traçado anteriormente de adiamento da maternidade (INE, 2013). Dados do INE mostram ainda que a idade da mulher ao nascimento do primeiro filho situava-se em 2002 nos 28,9 anos aumentando para 30,1 anos de

⁴ Gâmetas - Célula reprodutiva. O espermatozoide nos homens, o óvulo nas mulheres.

idade no ano de 2011. Estes valores são, no entanto, relativamente próximos da média europeia (Quadro 1).

Figura 1 - Índice Sintético de Fecundidade na UE-27 e em Portugal, 2002 - 2011



Fonte: PORDATA, a partir de dados do INE, 2013.

De acordo com Oliveira (2008) o adiamento da maternidade é uma característica presente em toda a Europa e responsável pelos baixos níveis verificados atualmente no Índice Sintético de Fecundidade.

Quadro 1 - Idade média de maternidade na UE-27 e em Portugal, 2002 - 2011

Anos	Idade média de maternidade	
	UE27	Portugal
2002	29,2	28,9
2003	29,3	29,0
2004	29,4	29,2
2005	29,5	29,3
2006	29,6	29,4
2007	29,7	29,5
2008	29,7	29,6
2009	29,8	29,7
2010	30,0	29,9
2011	30,0	30,1

Fonte: PORDATA, a partir de dados do INE, 2013.

A evolução demográfica em Portugal reflete estes fenómenos. Em 2012, a população residente foi estimada em cerca de 10.487.289 pessoas (menos 55.109 habitantes relativamente a 2011), o que representou uma taxa de crescimento efetivo de -0,52% (-0,29% em 2011). Para

este decréscimo populacional, contribuíram uma taxa de crescimento natural negativa de -0,17% (-0,06% em 2011) e um crescimento migratório de -0,36% (-0,23% em 2011). O crescimento da infertilidade surge como um fator de agravamento desta situação (Silva; Carvalho e Cardoso, 2006).

1.5.2. A prevalência da infertilidade

A prevalência da infertilidade não é fácil de determinar devido, sobretudo às diferentes definições utilizadas na literatura, às grandes variações regionais e às distintas metodologias de mensuração utilizadas. Além disso, acresce o facto de que apenas os casais que procuram apoio médico são eventualmente contabilizados (Figueiredo, 2004; Delgado, 2007).

Numa revisão de estudos sobre a prevalência da infertilidade (1977-2005), Boivin *et al.* (2007) traçam um cenário de elevada incidência da infertilidade, mas igualmente elevada variação entre os países. De acordo com os autores a prevalência da infertilidade atual variava, no período em análise, entre 3,5% e 16,7% e a prevalência da infertilidade ao longo da vida variava entre 6,6% e 26,4%. As percentagens variam entre os países. Por exemplo, no Reino Unido, a prevalência da infertilidade ao longo da vida era de 17,3%, em França de 12,2%, na Dinamarca de 15,7%, enquanto, a prevalência na Europa era de 11,3%. De acordo com os autores, apesar da elevada prevalência da infertilidade, a proporção de casais inférteis que procuram cuidados médicos de infertilidade é provavelmente inferior a 50% nos países mais desenvolvidos.

Em Portugal, a informação sobre esta vertente da saúde reprodutiva é relativamente escassa. Em 2009, o primeiro estudo epidemiológico sobre infertilidade realizado em Portugal que usou uma amostra significativa e por regiões (AFRODITE), baseado numa amostra de 2.239 portugueses (1.638 mulheres e 601 homens) com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos de idade estimou que entre 9% a 10% dos casais portugueses sofrem de infertilidade ao longo da vida. A incidência pode chegar a 15%, se se considerar as prevalências encontradas em outros países, com o argumento de que não há razão para assumir que esses valores sejam diferentes em Portugal (Remoaldo e Machado, 2005; Ramos, 2011).

Embora não se tenham encontrado diferenças significativas na prevalência da infertilidade por regiões, de acordo com dados recolhidos no estudo AFRODITE, é perceptível um maior número de indivíduos inférteis no Norte e em Lisboa/Vale do Tejo, consequência das diferenças de densidade populacional entre as regiões. A maior percentagem de infertilidade encontrada na região Norte pode também ser explicada, segundo Remoaldo e Machado (2005) pela maior

concentração de profissões de risco associadas à indústria têxtil, de vestuário e de calçado, que podem contribuir para a existência de um número mais elevado de casos de infertilidade. Existem indícios de que a fertilidade pode diminuir em pessoas que trabalham, por exemplo, com pesticidas, herbicidas, colas, solventes ou benzeno (Remoaldo e Machado, 2008). Também, trabalhos que envolvam cheiros fortes, tintas, como as profissões de tintureiro ou de trabalhador de artes gráficas podem afetar a espermatogénese. De referir, igualmente, o calor intenso a que estão sujeitas profissões como a de padeiro ou ceramista, bem como situações de calor intenso ao nível dos testículos, como é o caso da profissão de motorista, que podem, do mesmo modo, interferir na espermatogénese. Importa referir que muitas são as profissões existentes, pelo que se torna difícil tratar cada uma caso a caso e perceber em que medida podem afetar a fertilidade.

O estudo AFRODITE identifica, ainda, problemas de informação sobre as questões relacionadas com a infertilidade: a maioria (84%) dos inquiridos tem pouca informação sobre o período em que se inicia o declínio da fecundidade e cerca de 31% das mulheres inquiridas desconhece as razões da sua infertilidade. Mais de metade dos inquiridos (62%) acredita que a infertilidade é uma doença que pode ser resolvida com recurso a tratamentos médicos, mostrando uma elevada disponibilidade para pagar pelos mesmos. As causas de infertilidade apontadas pelos inquiridos são diversas, destacando-se, problemas hormonais, alteração da ovulação e fatores relacionados com a saúde do homem. O aumento da infertilidade é atribuído principalmente ao adiamento da maternidade por motivos económicos.

1.6. Notas conclusivas

Neste primeiro capítulo foram tecidas algumas considerações sobre a problemática da infertilidade, nomeadamente o conceito, as causas e os fatores de risco, bem como a oferta de tratamentos existentes atualmente.

O conceito de infertilidade está, ainda, longe de um consenso à escala internacional. No entanto, no que concerne às causas, ficou claro que as mesmas podem estar relacionadas tanto com anomalias do sistema reprodutor feminino ou masculino, ou mesmo com ambos, não esquecendo a percentagem de casos que não têm explicação. O enorme progresso na compreensão das causas clínicas da infertilidade, nos últimos anos, revelou-se, assim, muito importante, na medida em que a mulher, que num passado distante foi sempre responsabilizada pelo problema, deixou de suportar o peso da infertilidade.

Embora os crescentes problemas de infertilidade possam estar relacionados com inúmeros fatores, o adiamento da maternidade para idades cada vez mais tardias, parece ser um dos principais fatores.

Em paralelo com o crescimento dos casos de infertilidade, têm crescido as soluções tecnológicas que têm permitido a resolução de muitos dos casos de infertilidade e o nascimento de milhares de bebés em todo o mundo. No entanto, importa referir que estes tratamentos nem sempre são a solução para todos os casos, implicam elevados custos, oportunamente descritos no decorrer do trabalho, que não estão acessíveis à maioria dos casais inférteis e que podem comportar riscos médicos, tanto para a saúde do feto como para a saúde da mãe, sendo o mais conhecido, a gestação múltipla.

O capítulo I serviu ainda para compreendermos que o crescimento da população na Europa tem sofrido um abrandamento, consequência do baixo Índice Sintético de Fecundidade. Portugal segue esta tendência e, nem mesmo o contributo da população imigrante, parece ser suficiente para reverter este cenário nos próximos anos. O crescimento dos numerosos casos de infertilidade agrava esta situação. Os dados apontam para uma prevalência da infertilidade na Europa de 11,3% e em Portugal de 9% a 10%.

Este capítulo mostrou, também, que parece ser no Norte e em Lisboa e Vale do Tejo que se encontra a maior proporção de casos de infertilidade. Entre as diversas causas de infertilidade, destaca-se o adiamento da conceção para idades mais avançadas.

Capítulo II - Acesso aos cuidados de saúde e aos tratamentos de infertilidade em Portugal

No presente capítulo vamos descrever o conceito de acesso à saúde na ótica de diversos autores, identificando as principais barreiras que podem afetar o acesso, sendo também exposta a evolução do acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

Intentaremos descrever a evolução da Procriação Medicamente Assistida em Portugal, destacando os despachos legislativos mais importantes. Tentaremos, ainda, mostrar os diversos critérios de acesso aos tratamentos de infertilidade, bem como o modo como é feito o financiamento dos tratamentos, tanto em Portugal como na Europa.

2.1. Conceito de acesso à saúde

O conceito de acesso à saúde é complexo. Existem várias propostas na literatura e o conceito tem variado ao longo do tempo e conforme o contexto (Travassos e Martins, 2004; Sanchez e Ciconelli, 2012).

De uma forma geral, o acesso é entendido como a capacidade de obter um bem ou um serviço no tempo pretendido. O «bom acesso» não é, porém, fácil de definir e pode variar conforme o contexto (Chapman *et al.*, 2004).

Aday e Anderson (1974) analisaram o conceito de acesso aos cuidados de saúde com base nas características dos indivíduos, nas características da oferta de cuidados, ou em ambas as características ou seja, na relação entre os indivíduos e os serviços. Existem também diferenças quanto ao enfoque e à terminologia empregue, com alguns autores a utilizar o termo acessibilidade, enquanto outros usam o termo acesso ou ambos os termos (Travassos e Martins, 2004).

O acesso aos cuidados de saúde requer que exista uma oferta adequada de serviços. Nesta perspetiva, o acesso aos cuidados de saúde refere-se à oportunidade do(s) indivíduo(s) receber(em) cuidados de saúde. Neste sentido, Donabedian (1973), citado por Travassos e Martins (2004) utilizou o termo acessibilidade em vez de acesso. De acordo com Donabedian (1973) a acessibilidade não se limita apenas à utilização ou não dos serviços de saúde, mas envolve a adequação dos recursos humanos e tecnológicos às necessidades de saúde dos pacientes. Frenk (1985), à semelhança de Donabedian (1973), utilizou o conceito de acessibilidade, mas estende o conceito para além dos recursos utilizados considerando todas as

barreiras encontradas na obtenção de cuidados de saúde e a efetiva capacidade da população para superar essas barreiras e utilizar os serviços.

Penchansky e Thomas (1981) definiram o conceito de acesso aos cuidados de saúde como o grau de interação entre os utentes e o sistema de saúde, acrescentando que o acesso poderia ser avaliado mediante a percepção dos indivíduos em relação ao serviço prestado (satisfação do utente).

Existem diversos indicadores para medir a disponibilidade e recursos de saúde. Mooney (1983) sugere que na perspetiva da economia da saúde, a disponibilidade de serviços possa ser mensurada em termos de custos económicos para os obter, incluindo os custos de transporte e os custos de oportunidade, em particular os rendimentos perdidos no acesso aos cuidados. Segundo a OMS o acesso aos cuidados de saúde dever ser medido em termos físicos (distância, tempo de percurso), económicos (custo da viagem, preço dos serviços) ou socioculturais (barreiras linguísticas) (OMS, 1981, citado em Remoaldo e Costa, 2002).

O acesso físico e a utilização dos cuidados de saúde representam, no entanto, apenas uma parte das questões do acesso. O objetivo último é o de manter ou melhorar a saúde (Rogers, Flowers e Pencheon, 1999). De acordo com Chapman *et al.* (2004) um bom acesso significa que os doentes conseguem obter o serviço certo, na hora certa e no lugar certo. O acesso efetivo também dependerá da existência de possíveis barreiras à utilização dos cuidados, tanto económicas, como legais, culturais, sociais ou organizacionais (Furtado e Pereira, 2010). Nesta dimensão o acesso pode ser melhor mensurado pelos indicadores de estado de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde depende também da própria organização e das políticas de saúde, sendo que cada um dos fatores referidos tem a sua própria influência no acesso, dependendo do tipo de serviço e da proposta assistencial (Travassos e Martins, 2004).

De acordo com Aday e Andersen (1974) as diferentes características do sistema de saúde e da população podem determinar ou não a possibilidade de entrada no serviço de saúde. Todavia, a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e dos recursos, mas no facto dos serviços serem utilizados por quem deles necessita.

Com base nos modelos conceptuais existentes, citados em Furtado e Pereira (2010), segundo Chapman *et al.* (2004), Penchansky e Thomas (1981) e Gulliford *et al.* (2002), identificam-se algumas barreiras que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde: a disponibilidade, a proximidade, os custos, a qualidade e a aceitação.

Começamos pela disponibilidade. Esta dimensão está relacionada com a existência de uma oferta adequada às necessidades dos utilizadores dos cuidados de saúde e pode ser comprometida com a existência de longas listas de espera, carência de infra-estruturas e falta de serviços no local ou no tempo pretendido. Listas de espera longas e tempos de espera elevados são em geral sintomas de dificuldades organizacionais.

No que diz respeito à proximidade, a concentração dos serviços de saúde nos grandes centros urbanos e o aumento da distância física aos mesmos, diminui a procura e gera iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. De acordo com Remoaldo (2002) a componente territorial desempenha um papel fundamental no acesso aos cuidados de saúde. Rodrigues (1993) citada por Remoaldo (2002) menciona que a acessibilidade geográfica ou física aos cuidados de saúde consiste na distância-tempo ao serviço de saúde mais próximo da residência. A mesma autora (Rodrigues, 1993), no seu estudo sobre os municípios de Coimbra e de Góis, usou um limiar de deslocação de 30 minutos a partir do qual o tempo de deslocação foi corrigido por fatores de ponderação (Ribeiro, 2012). Wachs e Kumagai (1973) citados por Remoaldo (2002) consideram os 15 minutos em viatura própria e os 30 minutos em transporte público como patamar de boa acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

Mais recentemente, a Entidade Reguladora da Saúde preocupou-se com a questão da acessibilidade aos serviços de saúde tendo em conta quer a localização da oferta, quer a localização dos utentes. No seu estudo sobre o acesso aos cuidados de saúde primários em 2009, analisou-se, entre outros aspetos, a acessibilidade geográfica à rede de serviços que prestam cuidados de saúde. Para avaliar a proximidade à rede considerou-se a população residente que se encontra a uma distância-tempo de trinta minutos (distância em estrada) a cada ponto da rede. A opção pelos 30 minutos justifica-se por ser o padrão de distância-tempo recomendado pelo *Graduate Medical Education National Advisory Committee* (ERS, 2009).

Quanto aos custos, esta característica refere-se aos custos que decorrem da utilização dos serviços de saúde, que incluem não só os encargos diretos de aquisição dos cuidados de saúde, bem como, a parte da medicação que não é comparticipada e os custos com transporte ou com alojamento. O pagamento total ou parcial dos cuidados de saúde pode constituir uma forte barreira para os utentes com menos recursos financeiros. Os custos estão também fortemente associados à iniquidade no acesso.

A dimensão da qualidade refere-se não só à qualidade dos cuidados prestados, bem como, à organização dos mesmos. Estes devem estar organizados de forma proporcional, necessária e suficiente às necessidades de saúde do cidadão.

Por último temos que considerar a aceitação, que corresponde ao reconhecimento dos pacientes das suas necessidades de cuidados de saúde e é normalmente o ponto de partida de procura dos cuidados de saúde. A probabilidade dos indivíduos usarem os cuidados de saúde depende da sua perceção de necessidade, das suas convicções e de experiências passadas. Decorre daqui que nem sempre a prestação de cuidados de saúde corresponde às expectativas dos utilizadores dos cuidados (Guillorf *et al.*, 2002).

Um aspeto central do debate sobre o acesso aos cuidados de saúde é a equidade. O conceito é complexo, em particular, quando é aplicado ao setor da saúde. Equidade em saúde está fortemente associada ao conceito de necessidade. Neste sentido, um dos conceitos de equidade mais aceites é a equidade no acesso aos cuidados de saúde. A equidade pode ser definida, de acordo com Furtado e Pereira (2010), como “a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente”. O conceito de equidade no acesso aos cuidados de saúde é um dos atributos mais importantes e um dos principais pressupostos dos sistemas de saúde públicos modernos (Simões, Paquete e Araújo, 2006).

Importa, ainda, distinguir, neste contexto de acesso aos cuidados de saúde, “equidade horizontal” que se refere a uma utilização igual dos cuidados de saúde perante necessidades iguais e “equidade vertical” que significa um tratamento diferente para necessidades de saúde diferenciadas. O acesso aos cuidados de saúde deve, assim, ser igual para todos os indivíduos, independentemente do tipo de necessidade, do género, da idade, do estatuto socioeconómico, do nível de instrução, etc. (Furtado e Pereira, 2010; Nunes, 2012).

2.2. Acesso aos cuidados de saúde em Portugal

A partir do ano de 1974, começaram a surgir em Portugal importantes mudanças na área da saúde que permitiram, em 1976, e através da nova Constituição, que todos os cidadãos tivessem o «direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover» (artigo 64.º). Este direito concretizou-se através da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), considerado o marco mais relevante da prestação de cuidados de saúde em Portugal (<http://www.portaldasaude.pt> – consultado no dia 14/09/2013). De acordo com a Constituição

Portuguesa o SNS português rege-se pelos princípios da universalidade, generalidade, equidade e é tendencialmente gratuito [artigo 64º nº2 a) da Constituição da República Portuguesa]. O Estatuto do SNS (1993) define o SNS como «um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde» cujo objetivo é «a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva» (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro).

Desde a sua criação, o SNS tem sido sucessivamente regulado e sofreu diversas mudanças. No entanto, o objetivo do acesso universal aos cuidados de saúde continua a ser o pilar das políticas de saúde (Furtado e Pereira, 2010).

Em cada região, a prestação de cuidados de saúde é assegurada pelos Hospitais e pelos Centros de Saúde, com vista a ultrapassar a dicotomia entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados (Baganha *et al.*, 2002).

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90), faz referência ao acesso aos cuidados de saúde, prevendo na Base I, Princípio 1, que (...) “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde” e que o Serviço Nacional de Saúde deve “(...) garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Base XXIV).

Guichard (2004) no seu estudo sobre a Reforma do Sistema de Saúde em Portugal, concluiu que, apesar do SNS ter como base o princípio da cobertura universal e como objetivo político principal o acesso equitativo aos cuidados de saúde, existem algumas deficiências no que concerne ao acesso. A distribuição geográfica dos serviços de saúde é desigual, concentrando-se as instalações médicas, os hospitais e os equipamentos de alta tecnologia, principalmente, nas grandes áreas urbanas (Lisboa, Porto e Coimbra), ficando as restantes áreas pouco servidas em relação a estes recursos e as listas de espera são cada vez mais longas.

A OMS (2010) refere, igualmente, que Portugal apresenta algumas desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente regionais, sendo um país que apresenta desigualdades no acesso a cuidados médicos especializados. A mesma entidade menciona que é imperioso corrigir a lacuna da falta de médicos especialistas e de enfermeiros nas áreas mais distantes dos grandes centros urbanos (WHO, 2010).

Apesar dos notados progressos no sistema de saúde em Portugal, a OMS sugere que sejam tomadas medidas nas atuais políticas de saúde, sobretudo quanto às desigualdades no acesso

aos cuidados de saúde, especificamente, deve-se ter em conta a sustentabilidade do sistema de saúde, a garantia da qualidade dos cuidados de saúde e a equidade no financiamento (WHO, 2010).

De acordo com o Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde no SNS (2012) o acesso aos cuidados de saúde de qualidade é o ponto essencial do sistema de saúde, pelo que deverá ganhar cada vez mais importância e visibilidade nos seus objetivos de alto nível.

2.3. Acesso aos tratamentos de infertilidade

2.3.1. Marcos da Procriação Medicamente Assistida em Portugal

O ano de 2006 representou um avanço significativo no acesso aos cuidados de saúde reprodutivos, com a aprovação da Lei nº 32/2006 de 26 de Julho. Esta lei, ao estabelecer a regulação das técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e o seu modo de utilização, pôs termo ao vazio legal que existia até então.

Esta Lei determina as condições de acesso às técnicas de PMA. Estas técnicas, de acordo com a mesma lei, «são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação» e só podem ser utilizadas «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» (artigo 4º).

Reconhecendo a complexidade das questões referentes à PMA, a Lei nº 32/2006 estabeleceu a constituição do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), responsável pelas questões éticas, legais e sociais da PMA.

Em 2008, e através do Despacho nº 14788/2008, de 6 de Maio, o Governo criou o Projeto de Incentivos à Procriação Medicamente Assistida, com o intuito de aumentar a responsabilidade do Estado no financiamento dos tratamentos de infertilidade. Este despacho salienta que o número de tratamentos realizados em Portugal situa-se em níveis bastante baixos relativamente ao que é recomendado internacionalmente e que é clara a existência de iniquidades no acesso aos tratamentos de PMA, sobretudo por parte de doentes com menores rendimentos, uma vez que não têm a possibilidade de recorrer à medicina privada. Em linhas gerais, os objetivos do Projeto passam por favorecer a equidade no acesso ao financiamento da PMA, gerar de forma organizada uma maior capacidade no setor público, aproximar Portugal do número médio de tratamentos realizados a nível europeu, reduzir listas de espera, estabelecer uma tabela de

preços homogénea e tornar a acessibilidade aos tratamentos menos dependente da capacidade financeira dos casais (Despacho n° 14788/2008).

No seguimento do mesmo despacho, foi ainda proposto um programa que estabeleça o enquadramento da contratualização de atividades na área da infertilidade com os centros públicos do SNS. Este programa entrou em vigor em 2009 e foi designado por Programa para a Melhoria do Acesso aos Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade.

Ainda em 2008 e, no seguimento do Despacho n° 14788/2008, foi aprovada, através do Despacho n° 24855/2008, de 26 de Setembro, a Rede de Referência de Cuidados de Infertilidade, atualizada em Outubro de 2010. A aprovação desta Rede representou um passo importante ao estabelecer a articulação entre as diferentes instituições prestadoras de cuidados, permitindo a referência dos utentes em lista de espera no SNS para os centros privados de PMA devidamente autorizados, a melhoria do acesso e a organização da oferta de tratamentos de PMA (Despacho n° 24855/2008).

Normalmente, o primeiro contacto dos casais com dificuldades em conceber são os médicos de medicina geral e familiar. Estes, posteriormente, reencaminham os casais para tratamento, sendo fulcral esta articulação entre a medicina familiar e a equipa que presta os tratamentos. Assim, à semelhança do que acontece com outros cuidados de saúde, a referência dos casais com diagnóstico de infertilidade é feita no âmbito da Rede de Referência de Infertilidade: cuidados de saúde primários; cuidados hospitalares de 1ª linha (tratamentos médicos e cirúrgicos) e cuidados hospitalares de 2ª linha (tratamentos de PMA) [DGS, 2010].

Em 2009, e com a finalidade de cumprir um dos objetivos do Projeto de Incentivos à PMA, foi estabelecida, através da Portaria n° 154/2009, de 9 de Fevereiro, revogada mais tarde pela Portaria n° 67/2011, de 4 de Fevereiro, uma tabela de preços respeitante aos atos praticados pela medicina de reprodução, englobando todos os exames e tratamentos fundamentais à realização da PMA.

Face à necessidade de qualificar os serviços públicos foi incluído no orçamento do SNS para 2009 um programa vertical de financiamento no valor de 12 milhões de euros para apoio à PMA e outras respostas aos problemas de infertilidade dos casais. O uso dos fundos foi regulado pelo Despacho n° 8986/2009.

No mesmo ano, foi ainda programado um Sistema de Informação com o intuito de apoiar a PMA, designado FERTIS. Este instrumento foi pensado com o objetivo de assegurar o acesso equitativo dos casais à PMA, de permitir um melhor conhecimento da realidade epidemiológica

em termos de infertilidade para monitorizar o processo de acesso às técnicas de PMA, para reduzir as listas de espera e assegurar uma correta referenciação na relação entre o SNS e o setor privado (Despacho nº 10789/2009, de 20 de Abril).

Ainda no seguimento das medidas de apoio à PMA foi modificado, através do Despacho nº 10910/2009, o regime de comparticipação dos medicamentos, em especial os da PMA, passando a ser comparticipados em 69%, com o objetivo de tornar “o acesso menos dependente do estatuto socioeconómico dos casais” (Despacho nº 10910/2009).

Em 2011, o Ministério da Saúde fixou, através da Circular Normativa nº 18/2011, de 22 de julho, os critérios de elegibilidade de acesso a técnicas de PMA, fundamentados em razões de ordem clínica e de custo-benefício em saúde materna e infantil que acrescem aos já mencionados na Lei nº 32/2006 (artigos 4º e 6º).

Em 2012, com a atualização dos custos dos atos médicos em relação aos tratamentos de PMA foi revogada a Portaria nº 67/2011, de 4 de Fevereiro, e aprovada uma nova tabela de preços para os tratamentos de procriação medicamente assistida, através da Portaria nº 273/2012, de 5 de setembro. Com esta nova Portaria, verificou-se uma diminuição do preço dos exames e dos tratamentos necessários à realização de procriação medicamente assistida.

2.3.2. Critérios de acesso aos tratamentos de infertilidade

De acordo com o artigo nº6 da Lei nº 32/2006 são beneficiários das técnicas de PMA:

- “Só as pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos podem recorrer a técnicas de PMA” (nº1 do artigo 6º);
- “As técnicas só podem ser utilizadas em benefício de quem tenha, pelo menos, 18 anos de idade e não se encontre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica” (nº2 do artigo 6º).

Como foi mencionado antes, em 2011, o Ministério da Saúde, através da Circular Normativa nº 18/2011, de 22 de Julho, fixou os critérios de elegibilidade a técnicas de PMA, fundamentados em razões de ordem clínica e de custo-benefício em saúde materna e infantil. Assim, no que concerne à idade:

- Não há limite de idade da mulher para acesso às consultas de apoio à fertilidade, desde que referenciadas pelo médico de família;

- Todas as mulheres cuja idade não ultrapasse os 42 anos no momento de realização da técnica (41 anos e 365 dias) podem aceder às técnicas de 1ª linha (indução de ovulação e inseminação intra-uterina);

- Todas as mulheres que não ultrapassem os 40 anos de idade (39 anos e 365 dias) e com indicação clínica podem ter acesso a técnicas de 2ª linha (FIV e ICSI).

Ainda de acordo com a mesma circular, todos os casais, à exceção dos casais que tenham mais do que um filho em comum, podem aceder a técnicas de PMA, assim como casais sem filhos em comum, mas com filhos de anteriores relacionamentos, com um filho em comum e com critérios atuais de infertilidade e casais com um filho anterior resultante de técnicas de PMA e que tenham embriões criopreservados.

Em Portugal, a lei estabelece uma idade mínima de 18 anos para acesso aos tratamentos de PMA, mas não faz referência à idade máxima. Porém, alguns Centros limitam o acesso aos tratamentos em função da idade da mulher. Não existe um critério único, mesmo em Centros públicos. De acordo com os médicos entrevistados no estudo de Silva e Machado (2010), os limites de idade variam entre os 38 e os 40 anos nos serviços públicos de saúde e entre os 42 e os 45 anos nos serviços de medicina privada. Procura-se conjugar uma heterogeneidade de argumentos técnicos, médicos, económicos, biológicos, éticos, sociais e organizacionais para determinar os limites em que é aceitável uma mulher submeter-se a um tratamento de PMA. De acordo com Figueiredo (2004), muitos serviços públicos mostram-se resistentes em aplicar as técnicas em mulheres acima dos 40 anos de idade, pois defendem que a aplicação em mulheres mais jovens tem maior probabilidade de sucesso.

2.3.3. Critérios de acesso aos tratamentos de infertilidade na Europa: Análise comparativa

Na Europa existe uma grande diversidade de leis e regulamentos para a infertilidade, refletindo as diferentes tradições históricas, culturais, sociais, políticas, económicas e religiosas. Enquanto alguns países proíbem determinadas técnicas de infertilidade, como por exemplo a doação de ovócitos, outros permitem uma grande variedade de tratamentos previamente autorizados por lei. Também existem alguns países que deixam todas as decisões sobre a infertilidade ao critério do médico e do paciente, mas com a mínima supervisão governamental (Sorenson e Mladovsky, 2006).

À semelhança do que acontece em Portugal, na União Europeia existem regulamentos que fixam os critérios de elegibilidade que são usados em cada país para o acesso aos tratamentos de PMA. De um modo geral, os critérios de elegibilidade verificados são o estado civil (casado ou vivendo em união de facto), limite máximo de idade da mulher, idade máxima do homem, número de ciclos e número de embriões transferidos.

O Quadro 2, mostra os vários critérios de elegibilidade utilizados em cada um dos 27 Estados-Membros e em que medida esses critérios diferem entre as instituições privadas e públicas em países onde os dois tipos de instituições oferecem os tratamentos. Vinte dos 27 Estados-Membros reportam a existência de limitações no acesso aos tratamentos de PMA. Em sete dos 27 Estados-Membros (Chipre, Letónia, Lituânia, Malta, Polónia, Roménia, Eslováquia) o acesso aos tratamentos de PMA é aberto a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de restrição em relação ao estado civil, idade da mulher/homem, número de ciclos e número de embriões a transferir. O principal critério de elegibilidade verificado no Quadro 2 é a idade da mulher, seguido do estado civil.

Em dez dos 27 Estados-Membros a idade máxima da mulher é definida por lei, em sete países há restrição quanto à idade, mas esta não é determinada. Nestes casos, a lei define que o limite máximo de idade deve ser a idade reprodutiva natural da mulher. Nos dez países restantes o limite de idade não é definido por lei. Apenas em França e na Suécia a idade do homem é considerado um critério que limita o acesso aos tratamentos.

Em suma, em quase todos os países a idade é um dos mais importantes critérios de elegibilidade no uso de técnicas de PMA.

Quadro 2 - Critérios de elegibilidade no acesso aos tratamentos de PMA nos 27 Estados-Membros

País	Existe limitação nas instituições públicas?	Critérios					Os mesmos critérios aplicam-se nas instituições privadas?
		Estado Civil	Idade máx. da mulher	Idade máx. do homem	Nº de ciclos	Nº de embriões transferidos	
Áustria	Sim	+	-	-	-	-	Sim
Bélgica	Sim	-	+	-	-	-	Não(*)
Bulgária	Sim	-	+	-	-	-	Sim
Chipre	Não	NA	NA	NA	NA	NA	
República Checa	Sim	+	+	-	-	-	Sim
Dinamarca	Sim	-	+	-	+	+	Não(*)
Estónia	Sim	-	+	-	-	-	Sim
Finlândia	Sim	+	+	-	+	-	Não(*)
França	Sim	+	+	+	-	-	Sim
Alemanha	Sim	-	+	-	-	-	Sim
Grécia	Sim	+	+	-	-	-	Sim
Hungria	Sim	+	-	-	-	-	Sim
Irlanda	Só no privado	-	+	-	-	-	
Itália	Sim	+	-	-	-	-	Não(*)
Letónia	Não	NA	NA	NA	NA	NA	
Lituânia	Só no privado	NA	NA	NA	NA	NA	
Luxemburgo	Sim	-	+	-	-	-	
Malta	Não	NA	NA	NA	NA	NA	
Holanda	Sim	-	+	-	-	-	
Polónia	Não	NA	NA	NA	NA	NA	
Portugal	Sim	+	+	-	+	+	Não(*)
Roménia	Não	NA	NA	NA	NA	NA	
Eslováquia	Não	NA	NA	NA	NA	NA	
Eslovénia	Sim	+	+	-	-	-	Só existe no público
Espanha	Sim	-	+	-	+	-	Não(*)
Suécia	Sim	+	+	+	-	-	Não(*)
Reino Unido	Sim	-	+	-	+	-	Não(*)

Fonte: Ferraretti *et al.*, 2013, Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009, ESHRE.

Legenda:

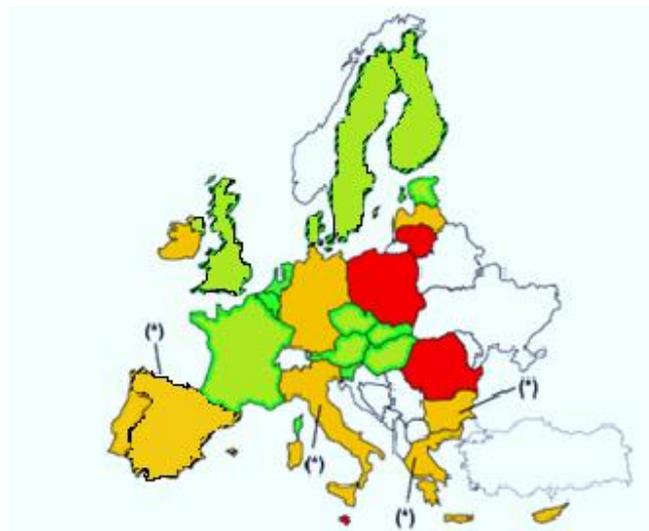
(+): significa que o critério se verifica (-): significa que o critério não se verifica NA: Não aplicável (*): Nas clínicas privadas, os critérios são em geral menos restritivos do que nas clínicas públicas. Detalhes específicos sobre os critérios dos centros privados foram mantidos fora do estudo.

2.3.4. Financiamento Público

O financiamento dos tratamentos representa um critério fundamental no acesso aos tratamentos de infertilidade. As políticas de financiamento têm um impacto na utilização dos cuidados de infertilidade, sendo que a insuficiência ou ausência constitui uma barreira efetiva no acesso dos casais inférteis aos tratamentos (Silva; Carvalho, 2008). A maioria dos Estados-Membros da UE tem incluído nas suas políticas nacionais o financiamento total ou parcial do tratamento de infertilidade. Mas, existe uma diferença significativa entre os países em relação à extensão do financiamento público dos tratamentos de PMA, com países a adotarem diferentes políticas de comparticipação pública dos tratamentos (Sorenson e Mladovsky, 2006). Em alguns países o tratamento é totalmente comparticipado, mas o número de ciclos financiados varia (Fertility Europe, 2012). Na França, por exemplo, a FIV é totalmente comparticipada pelo sistema de saúde público (Ledger e Crânio, 2000; Redmayne e Klein, 1993, citados por Garceau *et al.*, 2002) e em Espanha oferecem cobertura ilimitada (apenas para serviços em unidades públicas) [Sorenson e Mladovsky, 2006]. Por outro lado, no Reino Unido, apenas um em cada quatro ciclos de FIV são financiados pelo sistema público de saúde.

Embora a ICSI e a FIV sejam permitidas em todos os Estados-Membros, o financiamento pode variar entre os diferentes Estados como pode ser visto na Figura 2.

Figura 2 - A situação da comparticipação dos tratamentos de FIV e ICSI na Europa



Fonte: European Society of Human Reproduction and Embryology, Final Report, 2008.

Legenda:

- Comparticipação Total para FIV/ICSI (> 80% de comparticipação para as fases clínicas/laboratoriais)
- Comparticipação parcial para FIV/ICSI (não são comparticipadas ambas as fases ou a comparticipação total é <81%)
- Não existe comparticipação para FIV/ICSI
- (*)** % de comparticipação não especificada

Constata-se que treze dos 27 Estados-Membros (Finlândia, Suécia, Dinamarca, Estónia, Holanda, Bélgica, França, Reino Unido, República Checa, Eslováquia, Hungria, Áustria, Eslovénia) participam tanto as fases clínicas como as fases de laboratório dos tratamentos de FIV/ICSI em mais de 80%. Os detalhes exatos do montante de participação podem ser vistos no Quadro 3.

Em 9 dos 27 Estados-Membros (Letónia, Alemanha, Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Bulgária, Grécia, Chipre) está prevista participação, mas apenas parcial.

Em 4 dos 27 Estados-Membros (Lituânia, Polónia, Roménia, Malta) não são participados os tratamentos de FIV e de ICSI.

A Irlanda apenas participa via benefícios fiscais. Estas taxas de redução estão relacionadas com o custo dos medicamentos e não com o custo dos ciclos.

Como se pode comprovar pelo Quadro 3, alguns países participam os tratamentos de FIV e ICSI e outros não. Em alguns, certas partes dos tratamentos estão excluídos da cobertura. De forma geral, os tratamentos de FIV e de ICSI são mais participados do que os tratamentos de Inseminação Artificial.

No que diz respeito à FIV e à ICSI:

- 20 dos 27 Estados-Membros participam o tratamento de FIV e de ICSI, embora nem sempre para o custo total (ou seja 100%);
- 4 dos 27 Estados-Membros (Lituânia, Malta, Polónia, Roménia) não participam os tratamentos de FIV e de ICSI;
- 3 dos 27 Estados membros (Chipre, Irlanda, Letónia) participam os tratamentos de FIV e de ICSI, porém algumas partes dos tratamentos estão excluídos da cobertura; mais concretamente, nestes países, algumas partes das fases clínicas estão excluídas do financiamento.

Quadro 3 - Comparticipação dos tratamentos de FIV/ICSI nos 27 Estados-Membros

País	ICSI/FIV				
	Fase de laboratório	Fases clínicas			
		Medicamentos agonistas/antagonistas	Medicamentos Ganodotrofinas	Consultas	Ecografias
Áustria	70%	70%	70%	100%	100%
Bélgica	100%	95%	95%	95%	95%
Bulgária	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Chipre	(*)		(*)		
República Checa	100%	100%	100%	100%	100%
Dinamarca (**)	100%	75%	75%	100%	100%
Estónia	100%	90%	90%	100%	100%
Finlândia (**)	75%	42-100%	42-100% (***)	60%	75%
França	100%	100%	100%	100%	100%
Alemanha (*)	(*)	50%	50%	50%	50%
Grécia (*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Hungria	100%	(*)	70%	100%	100%
Irlanda		Redução de impostos para medicamentos (%)			
Itália (*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Letónia (*)	(*)				
Lituânia					
Malta					
Holanda	100%	100%	100%	100%	100%
Polónia					
Portugal (****)	(*)	69%	69%	(*)	(*)
Roménia					
Eslováquia	75%	75%	75%	100%	100%
Eslovénia	100%	100%	100%	100%	100%
Espanha (**)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Suécia (**)	100%	100%	100%	100%	100%
Reino Unido (**)	100%	100%	100%	100%	100%
Luxemburgo	100%	100%	80%	100%	100%

Fonte: European Society of Human Reproduction and Embryology, Final Report, 2008.

Legenda:

 Nenhuma comparticipação

 Comparticipação disponível

(*) % (valores) não especificado

(**) Comparticipação total somente prevista para centros públicos de PMA

(***) Se as despesas num ano ultrapassarem os 672.70 € a parte excedente é comparticipada na totalidade.

(****) FIV/ICSI: Comparticipação aplica-se aos centros públicos e alguns casais que depois de um longo tempo de espera nas instituições públicas recebem o mesmo tipo de apoio governamental em centros privados.

No caso específico de Portugal, o apoio financeiro do Estado português é francamente deficitário, no que respeita aos tratamentos. Além disso, as próprias seguradoras recusam cobrir qualquer tratamento, exames ou medicação relacionado com a infertilidade (<http://www.apfertilidade.org/web/noticias-e-destaques/224-e-preciso-acabar-com-o-silencio-da-infertilidade> - consultado em 03/05/2013). Os serviços públicos de saúde oferecem financiamento para os tratamentos de indução de ovulação (IO) e inseminação intra-uterina (IIU). No caso da IIU financiam até ao limite de 3 ciclos por cada casal e um ciclo de tratamento de 2ª linha, fertilização *in vitro* ou injeção intra-citoplasmática de espermatozoides por ano a cada caso/casal, não podendo exceder, no total, três ciclos por casal. Porém, a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução criticou esta limitação dos tratamentos, considerando que pode comprometer o sucesso do apoio médico à reprodução. A limitação de um tratamento por ano "não tem nenhuma vantagem económica", pode impedir que as mulheres perto dos 40 anos de idade tenham a oportunidade de ter filhos e pode contribuir "para não aumentar a natalidade" em Portugal (http://sol.sapo.pt/inicio/Vida/Interior.aspx?content_id=74182 - consultado em 03/05/2013). O SNS financia, também, 69% do custo da medicação, de acordo com o Despacho nº 10910/2009, antes descrito.

De acordo com Silva (2008), as tecnologias de reprodução assistida representam um dos casos que melhor ilustram a limitação da universalidade e parcial gratuidade do SNS, pela relativa escassez de financiamento público, pela não cobertura dos tratamentos por parte das seguradoras e pela tendência de privatização deste tipo de cuidados de saúde.

Em alternativa ao baixo financiamento e aos custos dos tratamentos muitas vezes inacessíveis para muitos casais, está a tornar-se cada vez mais comum as pessoas viajarem para outros países (dentro da Europa), para obterem tratamentos mais baratos, o chamado turismo médico reprodutivo (Blyth e Farrand, 2005 citados por Sorenson e Mladovsky, 2006). A Bélgica, a Suíça e a Espanha estão entre os destinos mais procurados para o turismo médico reprodutivo, tendo também sido verificado na Hungria e na Eslovénia um aumento da procura devido ao baixo custo dos tratamentos (ESHRE, 2005 citado por Sorenson e Mladovsky, 2006).

2.3.5. Custos do SNS com a PMA

Num contexto de crise financeira e de insuficiência de recursos, inúmeros desafios têm sido colocados à sociedade, nomeadamente um uso adequado dos recursos disponíveis, gastando menos e melhor. A escassez de recursos tem como consequência a necessidade de as

sociedades efectuarem escolhas que devem ser cuidadosamente pensadas (Zucchi *et al.*, 2000). No caso do setor da saúde, em que as decisões políticas e económicas estão cada vez mais condicionadas pela escassez de recursos, esta questão da escolha é particularmente delicada (Figueiredo, 2004; Silva, 2012).

O problema da escassez de recursos afeta, inevitavelmente, a área dos cuidados de infertilidade. A infertilidade, como problema de saúde pública e se os tratamentos deverão ou não constituir um pacote do SNS, são assuntos bastante sensíveis. Mesmo que a procriação seja um direito fundamental, muitos não concordarão que sejam canalizados recursos ilimitados para os que não conseguem ter filhos (Figueiredo, 2004). Além disso, também alguns bioeticistas têm questionado se o investimento na PMA deve ou não constituir uma prioridade e quem deve ou não suportar esta despesa (Silva, 2012). De acordo com Silva (2012), num contexto de estabelecimento das prioridades em saúde, e na generalidade dos países, a canalização de recursos para a área da infertilidade sempre originou muitas dúvidas, com o argumento de que a reivindicação dos casais inférteis de terem filhos por meio de tratamentos de PMA, não justifica a solidariedade compulsiva da sociedade. Por outro lado, alguns questionam, num contexto de envelhecimento populacional, se é eticamente aceitável que se canalizem fundos para financiar a Interrupção Voluntária da Gravidez e se limite o financiamento dos tratamentos dos casais que desejam ter filhos, podendo estes contribuir para o rejuvenescimento da população (Silva, 2012).

As técnicas utilizadas na resolução do problema de infertilidade são dispendiosas. Com o Programa para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade, que teve início em 2009, estima-se que o Estado tenha gasto cerca de 6 milhões de euros, no ano de 2010 e aproximadamente 5.5 milhões de euros em medicação (entre dezembro de 2010 e novembro de 2011) [Silva, 2012]. O Estado paga a cada Centro de PMA um montante que varia entre 2.300 e 2.800 euros por cada tratamento (<http://www.ionline.pt/artigos/portugal/sociedade-medicina-reproducao-defende-fim-limite-aos-tratamentos-fertilidade> - consultado em 07/08/2013), e comparticipa até 3 tratamentos de 2ª linha aos casais inférteis. Além disso, comparticipa a medicação em 69%, como foi anteriormente mencionado.

2.3.6. Custos dos utentes com os tratamentos

O custo dos tratamentos constitui uma importante barreira no acesso aos cuidados de infertilidade em Portugal. Não dispomos de dados para as restantes realidades europeias.

Em Portugal, um ciclo de tratamento usando a técnica de ICSI custa, em média, 2.400€ euros no setor público. Embora até ao terceiro ciclo de tratamento de 2ª linha, os tratamentos sejam totalmente comparticipados, o elevado peso para o setor público, contribui para a reduzida oferta de serviços. No setor privado o custo de uma ICSI ronda, em algumas clínicas, os 4.200 euros (Quadro 4).

Quadro 4 - Custos de alguns atos médicos relativos aos tratamentos de infertilidade: comparação Público vs Privado

	Serviço Público	Serviço Privado (Ex: Ferticentro)
Consulta de apoio à fertilidade (estudo inicial)	92 €	90.00 €
Inseminação intra-uterina	349 €	590€
Fertilização <i>in vitro</i>	2.185 €	3.400€
Injeção intracitoplasmática de espermatozoides	2.404 €	4.200€

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Portaria n.º 273/2012 de 5 de setembro e do site da Clínica Ferticentro.

Acrescem, ainda, os custos com a medicação que, apesar da comparticipação pública, são bastante elevados. O custo das hormonas necessárias para a estimulação ovárica (gonadotrofinas), por exemplo, ronda aproximadamente mil euros (<http://www.ionline.pt/artigos/portugal/fertilidade-casais-adiam-tratamentos-devido-ao-custo-da-medicacao> - consultado em 05/02/2013). Este valor, muitas vezes, tem que ser gasto pelos casais inférteis no curto espaço de duas semanas.

Segundo Augusto (2004), para além destes custos, é necessário, também, ter em conta as despesas dos casais inférteis com deslocação, alimentação, alojamento, tendo em conta a concentração geográfica dos serviços. Os valores apresentados são referentes a apenas um ciclo, sendo muito poucos os casais que têm sucesso no primeiro tratamento (Augusto, 2004).

Estes valores são claramente elevados quando comparados com o rendimento médio das famílias portuguesas (<http://www.pordata.pt> - consultado em 25/07/2013). De acordo com a Associação Portuguesa de Fertilidade (<http://apfertilidade.org/web/noticias-e-destaques/224-preciso-acabar-com-o-silencio-da-infertilidade> - consultado em 05/02/2013) existem muitos casais que não conseguem ter filhos por não terem capacidade financeira para suportar todas as

despesas do tratamento no setor público ou para recorrerem a clínicas privadas. De acordo com Connolly *et al.* (2010) estas barreiras financeiras impedem muitos casais inférteis de terem acesso aos tratamentos.

2.3.7. Oferta de Serviços em Portugal

De acordo com Penchansky e Thomas (1981), a disponibilidade está diretamente relacionada com a existência de uma oferta de cuidados ajustados às necessidades dos utentes. Pode, também, depender do tipo de serviços disponibilizados pela rede pública de cuidados de saúde. Desde 2009 «as unidades de saúde que prestam serviços no domínio da PMA expandiram-se rapidamente, principalmente no setor privado» (Remoaldo e Machado, 2008). Este esforço de ampliação da oferta resultou principalmente do investimento do setor privado (Silva, 2008). Assistiu-se, igualmente, ao aumento do investimento em novos centros de PMA públicos. Segundo dados do CNPMA (2012) [<http://www.cnpma.or.pt> – consultado em 20/01/2013] existem, atualmente, 29 centros que concluíram o processo de autorização para ministrar técnicas de PMA (10 públicos e 19 privados), na sua maioria privados, situados nos distritos de Braga, Porto, Viseu, Coimbra, Castelo Branco, Lisboa, Faro e nos arquipélagos da Madeira e Açores (consultar Anexo III).

Apesar da rápida expansão dos Centros de PMA, este crescimento não acompanha o crescimento das necessidades e da procura. De acordo com dados da SPMR (<http://www.spmr.pt> – consultado em 12/11/2013), todos os anos surgem 10 mil novos casais a procurar soluções para os problemas de fertilidade, verificando-se, assim, um elevado diferencial entre a procura e a oferta de cuidados, o que pode afetar outras dimensões do acesso, como o aumento das listas de espera, dos custos, das distâncias geográficas aos cuidados bem como a diminuição da qualidade dos serviços de infertilidade (Furtado e Pereira, 2010).

A oferta existente também não assegura a equidade geográfica no acesso. Pelo contrário, existe uma forte concentração dos Centros nas grandes áreas urbanas, que prejudica os doentes que residem em locais mais afastados, quer em termos económicos, quer em termos de distância/tempo (Remoaldo e Machado, 2008), constituindo um obstáculo efetivo no acesso aos tratamentos de PMA. O reduzido número de médicos da especialidade tem ainda como consequência a forte concentração de oferta privada próxima da oferta pública, contribuindo para largas áreas do território sem cuidados da área da infertilidade.

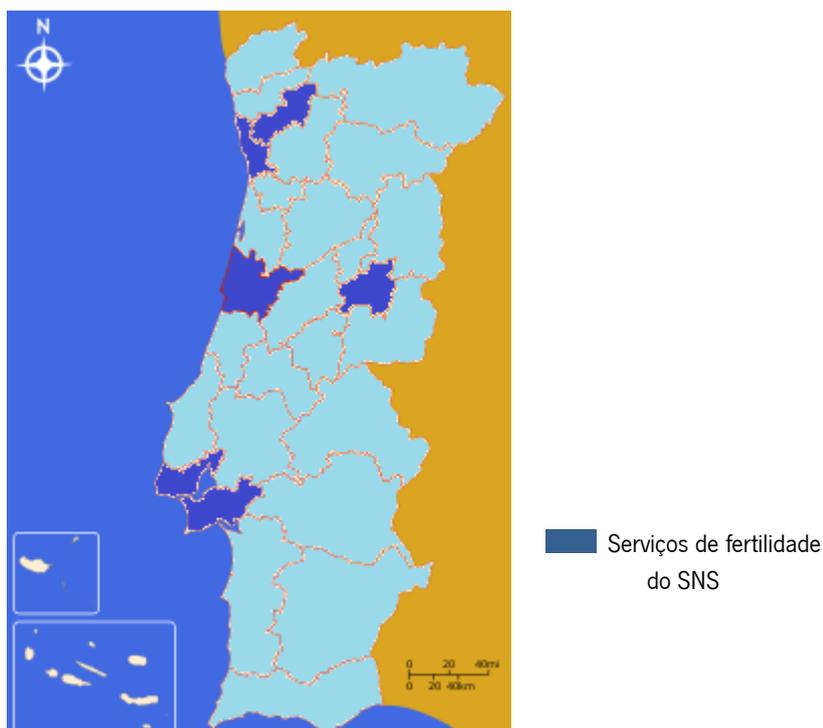
2.3.8. Acessibilidade física

A má acessibilidade aos serviços pode fazer com que muitos dos casais inférteis se privem de iniciar os tratamentos. Como referem Remoaldo e Machado (2008), há muito que se constata que a procura por cuidados de saúde diminui com o aumento da distância física aos mesmos e que, no caso dos tratamentos de infertilidade, dolorosos e cansativos, esta procura poderá complicar-se.

Apesar do crescimento desde o ano de 2009 do número de Centros, equipamentos e recursos humanos especializados no âmbito da PMA, estes estão fortemente concentrados geograficamente, penalizando os utentes que residem em áreas mais distantes, quer em termos económicos, quer em termos de distância/tempo (Remoaldo e Machado, 2008).

Como já foi referido e de acordo com a Figura 3 verifica-se uma forte disparidade na distribuição dos Centros de Procriação Medicamente Assistida. Analisando a Figura 3, verifica-se uma maior densidade de Centros públicos no Norte, Centro e Lisboa (nomeadamente, no Porto, Lisboa e Coimbra). Além de que, são sobretudo as populações que vivem no litoral que parecem beneficiar mais, devido à forte concentração de Centros. A maior dificuldade de acesso é verificada no Algarve e nas ilhas, onde não existem Centros de fertilidade públicos (existe apenas uma clínica privada no Algarve, uma na ilha Madeira e outra nos Açores).

Figura 3 - Distribuição de Serviços de fertilidade do SNS por NUTS III



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2013.

A situação agrava-se se a rede de transportes públicos e a rede viária não forem suficientes para permitir uma boa ligação entre a área de residência dos doentes e os locais dos tratamentos, sobretudo por parte de doentes com rendimentos mais baixos pois são estes grupos que têm uma maior dificuldade em ter viatura própria e em suportar os custos com a deslocação (Silva e Machado, 2010; Furtado e Pereira, 2010).

2.3.9. Qualidade dos serviços

Esta característica do acesso compreende a qualidade dos serviços de saúde como também a organização na prestação dos cuidados (ERS, 2009). Nos cuidados de saúde de infertilidade as barreiras organizacionais que mais se destacam são as (extensas) listas de espera do setor público. Os serviços especializados em medicina da reprodução pertencentes ao SNS têm listas de espera que rondam os 2/3 anos (Augusto, 2004). Sendo a idade fundamental neste tipo de tratamentos, estes anos de espera são cruciais para mulheres que já ultrapassaram a faixa etária dos 30 anos (Remoaldo e Machado, 2008).

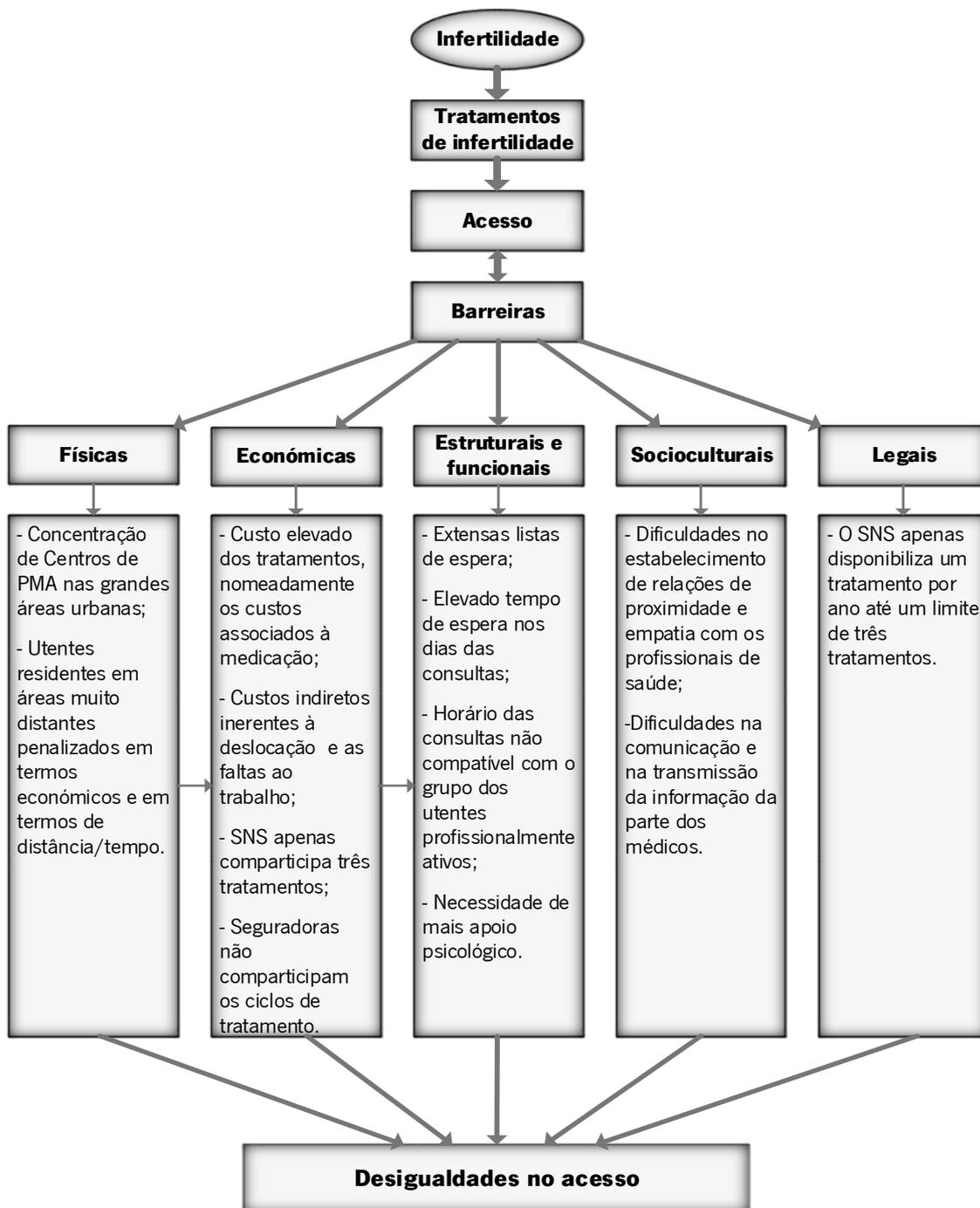
As listas de espera dos serviços públicos de infertilidade não são consideradas prioridade, pois existem sempre doentes mais graves e setores mais importantes para atender e resolver do que os casais que não conseguem ter filhos (Moutinho, 2003). Estes casais esperam para conseguir uma primeira consulta, aguardam pela marcação dos exames e esperam ainda mais para conseguir iniciar o tratamento propriamente dito. A solução poderia passar pelo recurso ao setor privado onde as listas de espera são geralmente inferiores às existentes no setor público. No entanto, e como foi antes mencionado, sendo os custos dos tratamentos extremamente elevados, apenas os casais de estatuto socioeconómico mais elevado podem optar pela solução do setor privado.

2.4. Modelo Concetual

Com base em todos os pressupostos avançados optou-se por elaborar a Figura 4, que apresenta o modelo concetual sobre o acesso aos cuidados de infertilidade. O modelo apresentado pretende clarificar os fatores que influenciam o acesso aos cuidados de infertilidade. De acordo com o modelo proposto, o acesso aos tratamentos de infertilidade está dificultado por diversas barreiras que afetam o acesso (físicas, económicas, estruturais e funcionais, socioculturais e legais), que conseqüentemente geram desigualdades em saúde. A diminuição destas desigualdades obtém-se atuando nas barreiras que as determinam, entre as quais a pouca

oferta de Centros de PMA, distribuídos de forma desigual no território nacional (barreira física), que por conseguinte obriga a elevados gastos a serem suportados pelos casais inférteis (barreira económica), pois os que residem em territórios mais distantes dos Centros têm que se deslocar para poderem aceder aos serviços e a elevados tempos de espera para início dos tratamentos (barreira estrutural e funcional).

Figura 4 - Modelo Concetual



Fonte: Elaboração própria.

2.5. Notas conclusivas

O capítulo II mostrou que apesar das diversas alterações legislativas e dos avanços significativos, o contexto português atual é, ainda, fortemente caracterizado por limitações no acesso de tratamentos de infertilidade. Os Centros de PMA concentram-se geograficamente nas grandes cidades, existindo uma considerável proporção de indivíduos de áreas distantes que têm que se deslocar para beneficiarem dos tratamentos. Ainda que os medicamentos tenham sofrido um acréscimo na sua comparticipação, o seu custo continua a ser elevado. Acrescem as extensas listas de espera que, no caso da infertilidade, nunca parecem ser uma prioridade. A solução do setor privado, que dispõe de uma maior rapidez de acesso, pelos preços elevados que pratica, não está à disposição da maioria dos casais inférteis. Como consequência, surgem claras desigualdades no acesso aos tratamentos de infertilidade, sobretudo por parte daqueles que não possuem capacidade financeira para suportar os gastos com os tratamentos.

Num contexto de recessão demográfica, a promoção do acesso aos tratamentos de infertilidade assume particular relevância, devendo constituir prioridade de decisão dos políticos e da administração dos sistemas de saúde.

Capítulo III - Análise dos tratamentos de infertilidade na Europa e em Portugal

Cientes de que a informação sobre a prática clínica da PMA é uma questão fundamental para a compreensão da problemática da infertilidade, no presente capítulo tentamos compreender alguns indicadores estatísticos importantes (*e.g.*, nº de ciclos iniciados por tipo de técnica, nº de punções ováricas, nº de embriões transferidos) neste domínio para Portugal e para a Europa.

3.1. Análise dos tratamentos de infertilidade na Europa

Anualmente, a *European Society of Human Reproduction and Embryology*, uma das principais fontes de informação sobre a situação da infertilidade na Europa, produz um relatório sobre as técnicas de Procriação Medicamente Assistida na Europa, com dados disponibilizados pelos países participantes. O último relatório sobre o panorama da infertilidade na Europa referente ao ano de 2009 (Ferraretti *et al.*, 2013) recebeu informação de 34 países que no total realizaram mais de 537 mil ciclos (Quadro 5).

O relatório inclui os tratamentos iniciados em 1 de janeiro de 2009 até 31 de dezembro de 2009. Em comparação com o ano de 2008, quatro países não enviaram dados: a Albânia, a Bósnia, a Estónia (que em 2008 todos juntos contribuíram com cerca de 2.603 ciclos) e a Turquia (um dos principais contribuintes em 2008, com cerca de 43.928 ciclos). Por outro lado, a Croácia e o Chipre aderiram com informação de 100% das clínicas.

No total, e como já foi referido, foram realizados 537.463 ciclos (FIV, ICSI, IVM, PGD, PGS, FORs), 5.203 a mais do que em 2008, mesmo sem o contributo do principal país (Turquia). Entre os 401.705 ciclos a fresco que foram relatados, 135.621 foram de FIV (34%) e 266.084 de ICSI (66%), concluindo-se que, à semelhança do ano anterior, foram as técnicas de PMA mais usadas na Europa, tal como evidenciado no Quadro 5. No entanto, existem diferenças significativas entre os países em termos de técnicas usadas com mais frequência. Por exemplo, em Espanha, verificou-se 28.734 ciclos de ICSI *versus* 4.494 de FIV. Por outro lado, em muitos países nórdicos, os tratamentos de FIV predominam. Ainda assim, à semelhança do ano anterior, mantém-se a mesma tendência de predominio da técnica ICSI na maioria dos países analisados. Este predominio, de acordo com Nyboe Anderson *et al.* (2007), não pode, porém, ser explicado por um aumento da infertilidade masculina, mas sim por uma utilização mais frequente desta técnica em casos de infertilidade de causa mista, infertilidade inexplicada e

infertilidade masculina. Assim, esta tendência crescente do uso da ICSI pode ser parcialmente explicada por diferenças nas estratégias dos profissionais e nas tomadas de decisão clínica. No entanto, importa referir que, pela primeira vez desde 1997, a proporção de ICSI não aumentou em comparação com os anos anteriores (69% em 2008 e 68% em 2007), consequência, provavelmente, da ausência de dados turcos, onde geralmente a ICSI representa mais de 95% dos ciclos.

Entre as punções ováricas, 19 países informaram 9.510 de 263.391 ciclos realizados com sêmen de dadores (3,6%) e 22 países informaram 9.442 de 269.699 ciclos realizados com sêmen do parceiro obtido cirurgicamente (3,5%).

A transferência de embriões criopreservados (FER) foi realizada em 32 países, com 104.153 ciclos realizados (+ 7.033 em comparação com 2008). O número de ciclos com Doação de Ovócitos (ED) foi relatado por 22 países, com 21.604 ciclos (+ 7.995 em comparação com 2008) [Quadro 5].

O Quadro 6 mostra as percentagens de gravidez e de parto por punção ovárica para FIV e para ICSI e as percentagens de gravidez e de parto para FER. Quatro países (República Checa, Hungria, Letónia e Polónia) não forneceram dados relativos aos partos.

Em média, as percentagens de gravidez foram de 28,9% para FIV (+ 0,4% em relação a 2008), 28,7% (-0,2%) para ICSI e 20,9% para FER (+1,6%). Em relação à percentagem de parto, a média foi de 20,6%, 19,3% e 13,3% para FIV, ICSI e FER, respetivamente.

No total, 109.239 crianças foram registadas como tendo nascido, em consequência das técnicas de FIV, ICSI, FER e ED, nos 30 países onde a informação incluía dados sobre recém-nascidos. Das 109.239 crianças concebidas por meio de técnicas de PMA referidas, 86.769 (79,4%) foram resultado da aplicação das técnicas FIV e ICSI, 15.126 (13,9%) da técnica FER e 7.344 (6,7%) em resultado da técnica ED.

Quadro 5 - Número de ciclos iniciados por tipo de técnica, 2009

País	FIV	ICSI	FER	ED	IVM	PGD	FOR	Total
Áustria	1.128	4.638	511	-	-	-	-	6.277
Bélgica	4.377	13.425	8.409	1.463	-	-	-	27.674
Bulgária	431	1.190	124	52	0	-	0	1.797
Croácia	1.495	2.367	218	-	0	-	216	4.296
Chipre	303	976	142	-	-	-	-	1.421
República Checa	2.990	9.640	4.443	1.883	-	475	0	19.431
Dinamarca	6.371	5.167	3.116	230	0	108	-	14.992
Finlândia	2.990	1.970	3.245	404	2	19	376	8.637
França	21.123	35.111	17.153	641	54	393	-	74.475
Alemanha	11.664	37.772	17.913	-	-	-	-	67.349
Grécia	335	1.658	210	103	0	4	0	2.310
Hungria	1.230	5.088	664	61	-	25	-	7.068
Islândia	275	188	217	126	0	-	0	806
Irlanda	1.987	1.328	744	6	0	0	0	4.065
Itália	8.407	39.504	1.019	-	-	-	3.102	52.032
Cazaquistão	691	250	295	214	-	20	4	1.474
Letónia	208	287	199	68	-	-	-	762
Lituânia	61	54	16	-	-	-	-	131
Macedónia	647	1.325	66	27	-	-	-	2.065
Moldávia	255	370	0	0	0	0	0	625
Montenegro	51	397	34	-	-	-	-	482
Noruega	3.139	3.314	2.076	-	15	-	-	8.544
Polónia	285	7.566	3.534	272	96	280	35	12.068
Portugal	1.475	3.405	804	274	11	107	1	6.077
Roménia	606	323	110	13	-	-	-	1.052
Rússia	19.005	13.755	5.456	2.190	1088	555	61	42.110
Sérvia	291	941	-	-	-	-	-	1.232
Eslovénia	937	2.001	719	14	2	6	1	3.680
Espanha	4.494	28.734	7.901	10.982	10	1.706	439	54.266
Suécia	5.797	5.767	4.893	140	0	117	-	16.714
Suíça	996	4.201	3.902	-	-	-	-	9.099
Holanda	8.621	8.148	5.292	-	-	-	-	22.061
Ucrânia	2.858	3.057	1.323	704	-	135	-	8.077
Reino Unido	20.467	22.167	9.405	1.737	56	439	43	54.314
Total	135.621	266.084	104.153	21.604	1.334	4.389	4.278	537.463

Fonte: Ferraretti *et al.*, 2013, Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009, ESHRE.

Notas: FER significa «Frozen Embryo Transfer» (Transferência de Embriões Congelados, ED significa «Egg Donation» (Doação de Óvulos), IVM refere-se a «In vitro maturation» (Maturação in vitro), PGD refere-se a «Pooled Data on Preimplantation Genetic Diagnosis» (Diagnóstico Genético de Pré-Implantação) e FOR que significa «Frozen Oocyte Replacements».

Quadro 6 - Percentagens de gravidez e de parto resultantes da aplicação das técnicas FIV, ICSI e FER, 2009

País	FIV		ICSI		FER	
	Percentagem de gravidez por punção ovárica (%)	Percentagem de parto por punção ovárica (%)	Percentagem de gravidez por punção ovárica (%)	Percentagem de parto por punção ovárica (%)	Gravidez por descongelamento (%)	Parto por descongelamento (%)
Áustria	29.1		32.5		26.4	
Bélgica	27.1	19.6	25.8	18.0	17.1	12.1
Bulgária	34.6	30.4	28.5	24.9	18.5	11.3
Croácia	21.0	14.5	23.8	22.6	31.7	
Chipre	31.9	47.9	39.3	30.0		
República Checa	23.1		27.6		19.2	
Dinamarca	26.0	17.7	27.1	19.4	16.8	10.7
Finlândia	29.0	21.7	30.1	23.6		18.1
França	23.9	18.9	26.4	20.8		13.3
Alemanha	26.6	13.4	26.8	13.6	18.2	9.2
Grécia	31.7	14.5	25.1	10.9	33.3	11.0
Hungria	30.5		30.3			
Islândia	18.9	14.5	29.3	26.1	24.4	19.8
Irlanda	27.6	22.8	28.9	23.1	18.8	15.3
Itália	24.0	15.6	22.8	14.7	17.4	11.1
Cazaquistão	35.3	26.5	30.8	21.2	25.1	18.3
Letónia	33.7		37.5		30.2	
Lituânia	37.7	24.6	40.7	27.8	12.5	12.5
Macedónia	41.8	31.2	42.5	31.5	25.8	19.7
Moldávia	39.4	34.9	40.8	34.9		
Montenegro	45.8	45.8	33.8	30.1	17.6	17.6
Noruega	28.9	24.1	27.1	22.9	20.7	17.2
Polónia	35.2		36.9		23.2	13.7
Portugal	35.7	24.5	28.6	22.0	21.6	15.4
Roménia	26.4	4.3	29.9	6.4	23.6	0.9
Rússia	34.4	20.4	33.4	19.3	24.9	12.0
Sérvia	34.7	28.4	34.7	27.7		
Eslovénia	33.3	26.3	33.0	26.1	20.4	13.9
Espanha	35.0	20.0	33.9	19.2	25.8	13.1
Suécia	31.4	24.6	29.1	23.1	26.0	19.7
Suíça	22.9	17.8	25.4	18.8	19.8	13.6
Holanda	27.8	20.5	32.9	24.6		
Ucrânia	39.3	30.0	33.0	27.8	27.7	21.0
Reino Unido	30.4	26.5	31.6	27.4	21.0	18.1
Total	28.9	20.6	28.7	19.3	20.9	13.3

Fonte: Ferraretti *et al.*, 2013, Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009, ESHRE.

3.1.1. Distribuição por idades

Sendo a idade fundamental para o sucesso das técnicas de reprodução assistida e, conseqüentemente, para o número de crianças nascidas, é importante considerar a distribuição etária das mulheres que receberam tratamentos, concretamente por FIV e por ICSI (Quadro 7).

A distribuição por idades das mulheres tratadas com as técnicas de PMA variou entre os países analisados. Como esperado, as percentagens de gravidez associadas às técnicas FIV e ICSI diminuíram com o avançar da idade. A mesma tendência foi observada para as percentagens de parto. As percentagens mais elevadas de mulheres tratadas com 40 ou mais anos foram encontradas na Grécia e na Itália, e as maiores percentagens de mulheres com 34 anos de idade ou menos foram encontrados na Ucrânia, no Cazaquistão, na Lituânia, na Polónia e na República Checa.

No que respeita à técnica de FIV, verifica-se que a maior percentagem de ciclos ocorre no grupo etário abaixo dos 34 anos (47,3%) e no grupo etário entre os 35 e os 39 anos de idade (37,0%). Em oito dos países, mais de 20% das mulheres submetidas a esta técnica tinha entre 40 ou mais anos de idade (Dinamarca, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Letónia, Montenegro e Suíça). Uma vez que a idade é fulcral para o sucesso das taxas médias de gravidez, constata-se que as percentagens de gravidez diminuíram com a idade, ou seja, 34,4%, 26,4% e 14,0% para as mulheres com idade ≤ 34 anos, 35-39 anos e ≥ 40 anos, respetivamente. Dados semelhantes foram verificados para a técnica de ICSI.

Quadro 7 - Distribuição por grupos etários de mulheres, por ciclos e percentagem de gravidez que receberam tratamento por FIV e ICSI, 2009

País	FIV						ICSI					
	Ciclos			% de gravidez			Ciclos			% de gravidez		
	≤ 34	35-39	≥40	≤ 34	35-39	≥40	≤ 34	35-39	≥ 40	≤ 34	35-39	≥ 40
Áustria	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bélgica	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bulgária	75.2	23.7	1.1	39.4	30.7	75.0	57.4	29.6	12.9	36.2	20.4	13.2
Croácia	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Chipre	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
República Checa	NA	NA	NA	NA	NA	NA	63.0	29.1	7.9	28.8	21.1	8.0
Dinamarca	45.1	31.9	23.0	NA	NA	NA	57.4	29.8	12.8	NA	NA	NA
Finlândia	52.9	32.0	15.1	34.2	27.0	15.1	57.7	31.0	11.3	36.0	24.3	15.7
França	47.9	37.0	15.1	NA	NA	NA	56.2	32.5	11.3	NA	NA	NA
Alemanha	42.0	42.6	15.4	33.1	24.7	14.0	46.6	39.2	14.2	3.3	24.6	13.0
Grécia	31.0	37.6	31.3	38.5	34.9	18.1	35.5	32.4	32.0	35.3	27.9	7.3
Hungria	60.0	27.4	12.6	35.2	24.3	12.9	55.4	30.7	13.9	35.6	27.6	12.5
Islândia	50.2	27.4	22.4	28.6	26.2	8.0	57.8	26.5	15.7	42.7	22.7	15.4
Irlanda	26.4	48.3	25.3	29.8	23.4	12.1	37.5	45.5	17.0	27.7	25.7	15.9
Itália	30.6	41.1	28.3	27.3	23.1	10.8	31.4	40.4	28.2	28.2	21.6	11.0
Cazaquistão	52.7	32.5	14.8	41.1	35.1	17.3	68.3	23.9	7.7	29.4	29.0	15.0
Letónia	51.9	25.0	23.1	38.9	38.5	16.7	55.4	30.7	13.9	39.6	36.4	27.5
Lituânia	60.7	21.3	18.0	32.4	53.8	36.4	70.4	13.0	16.7	50.0	28.6	11.1
Macedónia	51.0	32.5	16.5	48.5	36.2	19.6	54.5	30.5	15.0	49.4	31.0	22.2
Moldávia	58.4	31.0	10.6	43.6	30.4	22.2	58.9	31.4	9.7	43.1	36.2	25.0
Montenegro	47.1	27.5	25.5	58.3	42.9	15.4	45.3	26.7	28.0	43.9	34.0	12.6
Noruega	48.9	38.4	12.8	30.2	26.8	17.7	52.9	36.1	11.0	30.8	23.5	13.7
Polónia	65.4	29.3	5.3	37.3	32.5	0.0	62.1	27.9	10.0	41.1	33.2	17.6
Portugal	48.3	39.8	11.9	34.6	30.8	14.9	49.4	38.6	12.0	33.6	22.0	11.8
Roménia	42.9	37.5	19.6	34.2	23.3	13.4	53.3	26.0	20.7	37.8	29.8	6.0
Rússia	57.3	31.6	11.1	39.0	31.2	17.8	55.9	29.7	14.4	40.3	31.5	16.3
Sérvia	41.9	47.1	11.0	44.3	23.4	25.0	46.0	53.2	0.7	27.5	38.1	71.4
Eslovénia	49.5	34.4	16.1	36.9	32.9	14.6	53.0	32.0	15.0	37.1	30.9	13.0
Espanha	37.5	48.9	13.6	41.2	30.8	18.8	41.5	45.5	13.1	39.6	29.6	17.6
Suécia	45.9	40.7	13.5	33.9	26.6	20.2	52.2	37.4	10.4	31.7	25.2	15.6
Suiça	36.6	39.2	24.1	29.1	22.3	7.1	36.6	43.7	19.7	32.3	21.5	13.2
Holanda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ucrânia	71.5	21.9	6.6	41.7	33.0	14.8	63.6	26.6	9.8	35.5	30.6	17.1
Reino Unido	37.7	42.7	19.5	34.0	25.7	13.1	45.8	39.2	15.0	37.7	30.2	16.2
Total	47.3	37.0	15.7	34.4	26.4	14.0	46.7	37.4	16.0	35.1	26.4	13.5

Fonte: Ferraretti *et al.*, 2013 Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009, ESHRE.

3.1.2. Número de embriões transferidos

Um outro indicador importante do relatório diz respeito ao número de embriões transferidos. O Quadro 8 resume o número de embriões transferidos com FIV e ICSI, onde se destaca o predomínio da transferência de apenas dois embriões (57,7%) na maior parte dos países analisados. Uma vez que o número de embriões transferidos está diretamente relacionado com a ocorrência de gestações múltiplas, considerada uma complicação dos tratamentos de infertilidade, a nível europeu é recomendado que sejam transferidos apenas dois embriões. Estudos demonstraram mesmo que a transferência de dois embriões resulta numa melhor saúde para as mulheres e para os recém-nascidos, aliado a uma diminuição de custos para o Serviço Público de Saúde, embora se verifique uma ligeira diminuição das percentagens de nascimentos (Royal College de Obstetras e Ginecologistas, 2001; Fertilização Humana e Embriologia, 2002 citados por Garceau *et al.*, 2002). No Reino Unido, foi mesmo recomendado que fossem transferidos apenas dois embriões a não ser em circunstâncias excecionais (Royal College de Obstetras e Ginecologistas, 2001; Fertilização Humana e Embriologia, 2002 citados por Garceau *et al.*, 2002).

Em termos globais, a percentagem total de transferência de apenas um embrião foi de 24,2% (22,4% em 2008 e 21,4% em 2007), a transferência de dois embriões de 57,7% (53,2% em 2008 e 53,4% em 2007), a de três embriões de 16,9% (22,3% em 2008 e 22,7% em 2007) e a transferência de quatro ou mais embriões foi verificada em 1,2% (2,1% em 2008 e 2,5% em 2007) dos casos. No Quadro 8 é possível, ainda, observar que três países possuem uma percentagem de transferência única de embrião de mais de 50% (70,7% na Suécia, 65,7% na Finlândia e 53,4% na Noruega) e três países na casa dos 40% (48,9% na Bélgica, 43,2% na Islândia e 42,0% na Dinamarca).

A proporção de transferência de três embriões variou de 0 na Suécia e na Islândia para mais de 40% na Bulgária, Grécia, Itália, Macedónia, Moldávia, Montenegro e Sérvia. A transferência de quatro ou mais embriões variou de 0 em 12 países para 41,2% na Lituânia.

Quadro 8 - Número e percentagem de embriões transferidos, 2009

País	Nº Total	1 embrião (%)	2 embriões (%)	3 embriões (%)	4/+ embriões (%)
Áustria	5.875	22.5	68.2	8.6	0.7
Bélgica	16.089	48.9	40.7	8.6	1.8
Bulgária	1.443	9.1	32.3	47.5	10.9
Croácia	2.774				
Chipre					
República Checa	10.146	19.9	72.8	7.2	0.1
Dinamarca	9.664	42.0	52.1	6.0	0.0
Finlândia	3.981	65.7	34.1	0.2	0.0
França	47.822	27.1	61.8	10.3	0.8
Alemanha	45.476	13.3	68.1	18.7	
Grécia	1.481	21.7	31.0	40.9	6.4
Hungria	5.693	14.5	55.7	27.2	2.6
Islândia	389	43.2	56.8	0.0	0.0
Irlanda	2.487	25.7	65.9	8.3	0.0
Itália	37.301	19.0	33.6	44.8	2.6
Cazaquistão	886	13.9	43.5	39.1	3.6
Letónia	440	23.0	63.9	13.2	0.0
Lituânia	114	9.6	13.2	36.0	41.2
Macedónia	1.703	14.9	29.5	55.6	0.0
Moldávia	554	8.7	25.1	54.5	11.7
Montenegro	398	16.3	29.1	49.5	5.0
Noruega	5.451	53.4	45.7	0.9	0.0
Polónia	6.884	20.7	67.4	11.3	0.6
Portugal	3.877	20.6	71.2	7.9	0.3
Roménia	875	14.1	39.9	34.3	11.8
Rússia	29.208	16.4	60.5	19.4	3.6
Sérvia	1.092	15.7	20.7	42.4	21.2
Eslovénia	2.513	30.4	66.9	2.6	0.0
Espanha	26.583	15.6	68.2	16.1	0.0
Suécia	9.614	70.7	29.3	0.0	0.0
Suíça	4.170	16.9	64.9	18.2	0.0
Holanda	13.888				
Ucrânia	5.334	10.6	50.4	35.2	3.7
Reino Unido	36.594	22.7	72.1	5.3	0.0
Total	340.799	24.2	57.7	16.9	1.2

Fonte: Ferraretti *et al.*, 2013 Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009, ESHRE.

3.2. Análise dos tratamentos de infertilidade em Portugal

De acordo com os dados do último relatório do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida referentes ao ano de 2011 sobre Procriação Medicamente Assistida verificou-se, relativamente a 2010, um aumento do número de Centros em atividade, mas uma diminuição do número de ciclos de tratamentos de infertilidade: em 2011 a maioria dos Centros realizou menos 200 ciclos de FIV e ICSI, enquanto, em 2010, a maioria dos Centros realizou mais de 200 ciclos de FIV e ICSI. Apesar desta redução, no total foram iniciados cerca de 6.041 ciclos de tratamentos (dos quais 1.830 FIV e 3.873 ICSI). A técnica mais usada em Portugal, à semelhança da utilizada na Europa, foi a ICSI, em detrimento da FIV.

Constatou-se, também, que a percentagem total de gravidez clínica por ciclo iniciado de FIV foi de 29,7% e de 23,6% de ICSI, ao passo que a percentagem de parto por ciclo iniciado de FIV foi de 24,0% e 18,1% de ICSI (Quadro 9).

Quadro 9 - Resultados globais da atividade realizada em Portugal e em 2011

	FIV	ICSI	TEC	DO a fresco	DO TEC	DGPI
Nº de ciclos iniciados	1.830	3.873	-	267	-	69
Nº de punções ováricas	1.632	3.563	1.057	252	136	53
Nº de transferência de embriões	1.414	2.991	918	246	121	37
Nº de gestações clínicas	543	913	199	121	37	13
Gravidez clínica/ciclo iniciado (%)	29,7	23,6	-	45,3	-	18,8
Gravidez clínica/punção ovárica (%)	33,3	25,6	18,8	48,0	27,2	24,5
Gravidez clínica/ transferência (%)	38,4	30,5	21,7	49,2	30,6	35,1
Nº de partos	440	700	148	99	33	12
Parto / ciclo iniciado (%)	24,0	18,1	-	37,1	-	17,4
Parto / punção ovárica (%)	27,0	19,6	14,0	39,3	24,3	22,6
Parto / transferência (%)	31,1	23,4	16,1	40,2	27,3	32,4

Fonte: Registo Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2013, SPMR.

Comparativamente com o ano de 2010 foi verificado um ligeiro aumento do número de partos gemelares (de 20,9% para 23,9%), e o registo de apenas um caso de parto triplo. O maior número de partos registados em Portugal foi resultado da transferência de apenas dois embriões (Quadro 10). No entanto, a proporção de transferência de três ou mais embriões, embora com um ligeiro decréscimo de 7% para 6% ainda se verificou excessiva, do ponto de vista das boas práticas médicas. O ideal, segundo Augusto (2004), é transferir um reduzido número de

embriões de modo a evitar riscos para a mãe e para o feto, bem como a existência de gravidez múltipla. Todavia, esta redução não agrada aos Centros de PMA públicos e privados, uma vez que diminui consideravelmente as probabilidades de sucesso de alcançar uma gravidez. No caso do setor público, uma vez que há uma restrição no número de ciclos, existe uma forte pressão para que sejam conseguidas percentagens de gravidez elevadas dentro do limite do número de ciclos suficientes para justificar a manutenção do serviço. No que concerne ao setor privado, convém apresentar taxas de sucesso elevadas para atrair um maior número de potenciais pacientes (Augusto, 2004).

No total, de acordo com o CNPMA, foram transferidos em 2011 cerca de 4.405 embriões, dos quais a maior proporção foi verificada, como já foi referido, na transferência de dois embriões tal como recomendado a nível europeu (Quadro 10).

Quadro 10 - Resultados por número de embriões transferidos em Portugal, de todos os ciclos FIV e ICSI, 2011

Nº de embriões	1	2	3	4	>= 5	Total
Transferências	956	3.183	264	2	0	4.405
Gestações clínicas	202	1.191	62	1	0	1.456
Perdas obstétricas	49	228	20	0	0	297
Partos						
Total	152	945	42	1	0	1.140
Simplex	149	692	34	1	0	876
Gemelares	3	252	8	0	0	263
Triplos ou +	0	1	0	0	0	1
Perdidos para <i>follow-up</i>	2	17	0	0	0	19

Fonte: Registo Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2013, SPMR.

Ainda de acordo com dados do CNPMA, o grupo etário das mulheres em que são realizados mais ciclos de tratamento FIV e ICSI situa-se abaixo dos 34 anos de idade (um total de 2.467 ciclos), logo seguido do grupo dos 35 aos 39 anos de idade (num total de 2.140), semelhante aos restantes países europeus. Com o avançar da idade diminui a percentagem de partos por ciclo. No caso da técnica de FIV a percentagem de partos foi de 31,8% nas mulheres com menos de 34 anos, 25% nas mulheres do grupo etário entre os 35 e os 39 anos e de 10,6% nas mulheres com 40 e mais anos (Quadro 11). No caso da técnica de ICSI, também a percentagem

de partos diminuiu com a idade, verificando-se 25,3% nas mulheres com menos de 34 anos, 16,7% nas mulheres com idades entre os 35 e os 39 anos e de cerca de 7,9% nas mulheres com mais de 40 anos (Quadro 12).

Quadro 11 - Ciclo de FIV por idade do elemento feminino em Portugal e em 2011

Idade	Ciclos	Gestações	Partos	Partos/Ciclo
<= 34	801	299	255	31,8%
35 – 39	671	217	168	25,0%
>= 40	160	27	17	10,6%

Fonte: Registo Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2013, SPMR.

Quadro 12 - Ciclo de ICSI por idade do elemento feminino em Portugal e em 2011

Idade	Ciclos	Gestações	Partos	Partos/Ciclo
<= 34	1.666	516	421	25,3%
35 - 39	1.469	340	245	16,7%
>= 40	428	57	34	7,9%

Fonte: Registo Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2013, SPMR.

3.3. Notas conclusivas

Existe uma marcada variação nas proporções relativas às técnicas FIV e ICSI, bem como uma diferença na distribuição geográfica. Em vários países do norte e leste da Europa (Dinamarca, Finlândia, Islândia, Irlanda, Cazaquistão, Lituânia, Roménia, Rússia, Suíça e Holanda) a FIV parece ser a técnica mais dominante. Em contraste, na maioria dos países da Europa ocidental e central (Alemanha, Itália, Áustria, Espanha e Suíça) a ICSI foi utilizada em 75% dos casos.

De uma forma geral, em 2009, o número de transferências com 3 ou mais embriões (18,1%) foi significativamente menor, em comparação com o ano de 2008 (24,4%), enquanto a percentagem de transferência de um embrião aumentou de 22,4 para 24,2% e a percentagem de dois embriões de 53,2 para 57,7%. Apesar das diferenças em relação à política de transferências nos países em análise, a tendência parece ser a diminuição do número de embriões a transferir, comprovada pela maior percentagem de transferência de apenas dois embriões, tal como recomendado a nível europeu.

As percentagens de gravidez por punção ovárica mantiveram-se relativamente estáveis em relação ao ano anterior: 28,9% para FIV e 28,7% para ICSI contra 28,5% e 28,7% em 2008. Finalmente, as percentagens de parto por punção ovárica e por transferência (20,6% e 23,0%

para FIV e 19,3% e 21,5% para ICSI, respetivamente) mostraram um declínio marginal, em comparação com os números de 2008 (21,2% e 24,3% para FIV e 20,4% e 22,7% para ICSI, respetivamente).

O maior número de ciclos de PMA foi encontrado em França (74.475), na Rússia (42.110), em Espanha (54.266), no Reino Unido (54.314), na Alemanha (67.349) e em Itália (52.032).

Em relação ao uso das técnicas de infertilidade, é visível o crescimento da técnica de ICSI.

O relatório da ESHRE (2013) mostra uma expansão contínua do número de ciclos de tratamentos de PMA na Europa, com mais de meio milhão de ciclos realizados em 2009.

No que concerne a Portugal, em 2011, dos 1.830 ciclos de FIV iniciados, 1.414 resultaram em transferências de embriões, as quais proporcionaram 543 gestações clínicas, sendo que destas ocorreram 440 partos. No caso da ICSI, dos 3.873 ciclos iniciados, 2.991 resultaram em transferências de embriões, 913 gestações clínicas, das quais 700 resultaram em partos. A técnica predominante em Portugal é a ICSI. São principalmente as mulheres na faixa etária abaixo dos 34 anos e entre os 35 e os 39 anos de idade que são alvo de tratamentos de PMA e predomina a transferência de dois embriões, resultados semelhantes aos obtidos a nível europeu.

Concluindo, verificou-se, para Portugal, e relativamente a 2010, uma diminuição de cerca de 9,1% no número de crianças nascidas em resultado da aplicação de técnicas de PMA. Esta redução poderá ser, de acordo com o relatório do CNPMA (2013), uma consequência da diminuição da atividade realizada pelos Centros.

Em 2011 nasceram cerca de 1.757 crianças em resultado das técnicas de FIV, ICSI, Transferência de embriões criopreservados, Doação de ovócitos e Diagnóstico Genético Pré-Implantação. Acresce, ainda, as 261 crianças que resultaram da aplicação de Inseminação Intra-uterina. Assim, no total, e embora com menos ciclos iniciados, 2,1% das crianças que nasceram em Portugal no ano de 2011, foram consequência da aplicação de tratamentos de PMA.

Sendo a infertilidade um problema que impossibilita centenas de casais portugueses de concretizarem o sonho de serem pais, um maior investimento no tratamento da infertilidade, em particular na área dos tratamentos de PMA, poderá ser uma solução, ainda que limitada, para inverter a situação da baixa fecundidade em Portugal.

Parte II

Percepções do acesso aos tratamentos de infertilidade por parte das mulheres em tratamento

Capítulo IV - Metodologia

Neste capítulo descreve-se a metodologia utilizada na parte empírica desta investigação, centrando-se nas características do questionário aplicado em julho e agosto de 2013 a mulheres que usaram o Centro Hospitalar do Alto Ave. Como já foi referido, o principal objetivo desta dissertação, é o de contribuir para o conhecimento das dificuldades de acesso aos cuidados de saúde na área da infertilidade. Dadas as características específicas deste tipo de cuidados de saúde, entendemos que a melhor informação seria dada pelos casais inférteis, mais especificamente, pelo elemento feminino. Assim sendo, decidimos procurar compreender as questões relacionadas com o acesso aos cuidados junto das mulheres que frequentam as consultas de infertilidade. Uma vez que é à mulher que está vinculada a procriação e dado que socialmente as mulheres que não conseguem ter filhos tendem a sentir-se desvalorizadas, e como refere Moutinho (2003) e Augusto (2004), são igualmente as mulheres o principal alvo das intervenções médicas (mesmo que a causa da infertilidade seja masculina), e alvo dos exames mais evasivos e dolorosos, optamos por inquirir apenas mulheres.

O estudo orientou-se assim no sentido de analisar a experiência e a perceção de acesso aos cuidados das mulheres em tratamento.

Como foi anteriormente referido, no estudo empírico procura-se identificar as barreiras físicas, estruturais e funcionais, económicas, socioculturais e legais que os casais inférteis enfrentam no acesso aos tratamentos de infertilidade.

4.1. Tipo de estudo

Para a realização do presente estudo, optamos por adotar um enfoque quantitativo, sendo a técnica privilegiada o inquérito por questionário. A secção 6.5. apresenta detalhes do questionário usado.

Ainda que o recurso ao inquérito por questionário tenha sido a técnica principal da presente investigação, a análise quantitativa foi complementada com a análise qualitativa, procurando colmatar as limitações do inquérito, enquanto instrumento de recolha de dados quantitativos sobre perceções de acesso. Neste sentido, foi recolhida informação de natureza qualitativa, junto das inquiridas e dos seus companheiros/cônjuges aquando do preenchimento do inquérito. Os dados qualitativos, embora complementares na nossa análise, forneceram informações

importantes para a compreensão das questões relacionadas com o acesso aos cuidados de infertilidade.

4.2. Procedimento do estudo

O inquérito por questionário foi aplicado a 60 mulheres. Participaram no estudo mulheres em várias fases de tratamento: as que se encontravam a realizar exames, as que estavam a tomar medicação/injeções para produzir óvulos e/ou cujo companheiro estivesse a melhorar o esperma, as que se encontravam a realizar alguma técnica de infertilidade (Inseminação artificial/FIV/ICSI/Outra) e as que se encontravam em lista de espera para serem submetidas a uma técnica de PMA. Dado que não poderiam referir-se a todas as dimensões do acesso incluídas no questionário, optou-se pela não inclusão, na amostra, das mulheres que se encontravam a realizar a primeira consulta no Centro de PMA.

O contacto com as mulheres ocorreu individual e pessoalmente, sempre após um primeiro contacto encetado por algum dos médicos ou pelas enfermeiras. Embora se tenham verificado casos de algum desconforto, sobretudo, por parte dos companheiros/cônjuges das inquiridas, nenhuma mulher se mostrou indisponível para participar no estudo, obtendo-se assim uma nula taxa de recusas.

O questionário foi entregue a cada mulher, enquanto aguardava a chamada do médico ou no final da consulta e foi sempre preenchido em gabinetes médicos ou numa sala de reuniões disponibilizada para o efeito. O preenchimento dos questionários ocorreu sempre na presença da investigadora, para que cada inquirida pudesse esclarecer alguma eventual dúvida. Além disso, o questionário foi entregue a uma mulher de cada vez, o que permitiu recolher informação adicional, uma vez que, algumas delas, à medida que iam preenchendo o mesmo foram partilhando um pouco das suas experiências, das suas dificuldades e do seu percurso como inférteis. Na quase totalidade dos casos, a mulher estava acompanhada pelo companheiro/cônjuge o que tornou a informação mais rica, pois o mesmo foi, em alguns casos, partilhando também a sua opinião. Toda essa informação foi registada e analisada, ajudando na interpretação dos resultados. Das anotações realizadas aquando da partilha de informação, destacamos o facto de algumas participantes terem realçado a importância deste tipo de estudo, que lhes permitia contar e partilhar as dificuldades com que se deparam no percurso do tratamento.

Embora o questionário tivesse sido de resposta direta, foi colocada uma última questão aberta com eventuais comentários ou sugestões que não tivessem sido considerados no questionário e que as inquiridas assumiam como importantes para a melhoria do acesso aos cuidados de infertilidade.

Cada questionário, assim como toda a informação e as experiências que iam sendo contadas e partilhadas foram tratadas com recurso ao programa informático SPSS.

4.3. Procedimentos formais

4.3.1. Autorização do CHAA

Para aplicar os questionários, foi efetuado, por escrito, um pedido formal de autorização dirigido ao Núcleo de Ensino Pré e Pós Graduado do Centro Hospitalar do Alto Ave. Nesse sentido, foi enviado um ofício, onde explicamos o carácter do estudo, os objetivos e a metodologia utilizada, salvaguardando a identidade das participantes. Obtido parecer positivo, através de ofício (consultar Anexo II), procedeu-se à aplicação dos questionários, durante os meses de julho e agosto de 2013, de segunda a sexta-feira de cada semana, da parte da manhã. No primeiro dia de aplicação dos inquéritos a responsável pelo Centro de PMA apresentou a investigadora a toda a equipa da medicina reprodutiva, explicando a razão da sua presença e solicitando que a equipa facilitasse o contacto com as mulheres para que participassem no preenchimento dos questionários.

4.3.2. Autorização das inquiridas

Todas as inquiridas foram previamente informadas dos objetivos e da pertinência do estudo, assim como, esclarecidas de quaisquer outras questões manifestadas. Além disso, foram informadas que a participação no estudo era voluntária e anónima, ressalvando-se que tinham o direito de desistir em qualquer fase do preenchimento do questionário.

As participantes foram ainda informadas que os dados que forneciam durante o preenchimento acompanhado do inquérito seriam usados para análise qualitativa. Foram igualmente informadas que o estudo não traria nenhum prejuízo pessoal ou profissional.

Foi, ainda, assegurado que os dados não seriam usados para outros fins que não os da presente investigação.

4.4. Estrutura do questionário

O inquérito por questionário é caracterizado por ser uma técnica de investigação que abrange um determinado número de questões, apresentadas por escrito ou *online*, a um grupo representativo de uma população, com a finalidade de conhecer a sua situação social, profissional ou familiar, as suas opiniões, a sua atitude em relação a opções ou questões sociais e humanas, as suas expectativas ou a sua opinião sobre qualquer tema de interesse para os investigadores (Quivy e Campenhout, 2008). Permite recolher um elevado número de respostas de forma rápida, com baixo custo, garante o anonimato e proporciona uma maior facilidade em sistematizar e analisar os dados recolhidos. A linguagem deve ser acessível e adequada à população em estudo.

Procurou-se no questionário usado na presente investigação recolher informação sociodemográfica e explorar a perceção das utentes relativamente às diferentes dimensões do acesso reconhecidas na literatura (ver capítulo II). Embora com modificações, o inquérito por questionário usado seguiu o modelo de inquérito utilizado no estudo de Remoaldo e Machado (2008). O questionário foi dividido em oito secções.

A primeira secção era composta por perguntas que permitiram a caracterização sociodemográfica das participantes e incluiu questões sobre a idade, residência, estado civil, nível de instrução e situação profissional das mulheres e do respetivo companheiro/cônjuge. Na segunda secção pretendeu-se compreender o percurso de tratamento da mulher até ao momento. Neste sentido questionou-se sobre as fases do tratamento em que se encontravam as inquiridas, qual foi a primeira ajuda médica que procuraram bem como a causa do problema de infertilidade. Na terceira secção o objetivo era recolher dados que permitissem compreender aspetos relacionados com o acesso físico, nomeadamente o local de residência e o acesso em termos de tempo e distância entre as suas residências e o Centro de PMA, bem como outras dificuldades sentidas no acesso físico ao Centro. Na quarta secção procurou-se perceber, entre outros aspetos, a perceção das inquiridas no que respeita às diferentes perceções do acesso estrutural e funcional, nomeadamente tempos de espera, horários das consultas e satisfação com a organização do Centro de PMA. A quinta secção estava relacionada com o acesso financeiro, designadamente a capacidade ou disposição das inquiridas para suportar os custos com o tratamento da infertilidade, o montante gasto com os tratamentos e as faltas ao trabalho. Na sexta secção pretendeu-se obter informação sobre eventuais barreiras socioculturais no acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido inquiriu-se as mulheres sobre a compreensão da

informação transmitida pelos médicos e sobre a procura de outras fontes de informação. Na sétima secção procurou-se recolher informação sobre o acesso à informação e o conhecimento da legislação portuguesa sobre infertilidade.

Finalmente, na última secção pretendeu-se obter informação sobre o rendimento total líquido do conjunto da família das participantes.

No questionário, foram ainda colocadas duas questões de resposta opcional sobre eventuais dificuldades sentidas e que não tivessem sido objeto de questão, bem como sugestões de melhoria da situação dos indivíduos inférteis em Portugal.

A maior parte das questões incluídas no questionário foram de resposta fechada, de modo a permitir uma maior rapidez, facilidade e uniformidade das respostas, bem como para facilitar a categorização das respostas para posterior análise.

O Quadro 13 apresenta as diferentes dimensões do acesso consideradas no inquérito por questionário e identifica as questões que procuram compreender as perceções das inquiridas relativamente a cada dimensão.

Quadro 13 - Questões do questionário relativas às dimensões do acesso

Dimensões	Questões
Acesso físico	<ul style="list-style-type: none"> -Qual é a distância em quilómetros da sua residência ao Hospital onde realiza as consultas/tratamento de infertilidade? -Quanto tempo gasta na deslocação? -Que tipo de transporte utiliza para se deslocar? -Qual a sua opinião sobre a localização das paragens dos transportes públicos? -Qual a sua opinião sobre a oferta de estacionamento do centro? -Quão satisfeita está com a localização do centro de PMA em relação à sua residência?
Acesso funcional e estrutural	<ul style="list-style-type: none"> -Quanto tempo esperou até conseguir a primeira consulta neste serviço? -Quanto tempo esteve em lista de espera para iniciar o tratamento desde que terminou o estudo da infertilidade? -Quanto tempo espera, em média, na sala de espera até ser chamada pelo médico para a consulta? -Qual é sua opinião sobre esses tempos de espera? -Os horários das consultas estão estruturados em função da sua vida pessoal e profissional? -As suas preferências em relação ao horário/dia da consulta são tidas em conta? -Qual a sua opinião sobre a organização do Centro (Espaço onde decorre a consulta, conforto na sala de espera, qualidade das instalações, limpeza e higiene)? -Qual a sua opinião sobre a relação com o profissional de saúde (interesse do médico, disponibilidade, relacionamento e aconselhamento)?
Acesso económico	<ul style="list-style-type: none"> -Caso já tenha terminado algum tratamento de infertilidade (inseminação artificial, FIV ou ICSI), qual o montante total que gastou, aproximadamente, com todo esse processo? -Os medicamentos são compartilhados em 69%. Considera que essa participação é suficiente para suportar os custos com a medicação? -Qual é o nível de impacto que o custo com os tratamentos tem no seu orçamento familiar? -Alguma vez teve necessidade de recorrer a alguma ajuda para suportar os custos? -Alguma vez teve necessidade de faltar ao trabalho? -Essa falta foi-lhe descontada no vencimento?
Acesso sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> -Nas consultas, compreende tudo que o médico(a) lhe diz? -Como avalia o uso dos termos técnicos que o médico utiliza? -Durante todo o processo pelo qual já passou foi sendo bem informado de tudo que se passava? -Teve outras fontes de informação sobre os tratamentos de infertilidade?
Acesso legal	<ul style="list-style-type: none"> -Conhece a legislação portuguesa sobre a infertilidade? -Na sua opinião, o Estado deveria compartilhar mais do que três tratamentos a cada casal? -Concorda com o limite de um tratamento por ano a cada casal?

Fonte: elaboração própria com base no questionário aplicado em julho e agosto de 2013.

4.5. Pré-teste

Um questionário que versa sobre questões sensíveis, como as do estudo realizado, merece particular cuidado na forma como as questões são apresentadas e redigidas.

Com o intuito de detetar eventuais falhas, erros na escrita e dificuldades em interpretar as questões apresentadas, assim como, estimar o tempo médio de preenchimento, o questionário foi sujeito um pré-teste em junho de 2013. Assim, o questionário foi aplicado a 4 utentes do Centro de PMA selecionadas de forma aleatória. Foi-lhes pedido que preenchessem o questionário e depois apresentassem as dúvidas e dificuldades surgidas no preenchimento.

A aplicação do pré-teste foi útil, uma vez que permitiu detetar que havia dificuldades por parte das inquiridas em interpretar algumas questões. Nesse sentido, procedeu-se à reformulação/eliminação das questões que suscitaram dúvidas de interpretação, de modo a tornar o questionário mais claro e de fácil resposta.

4.6. População e Amostra

A população do estudo é composta pelas mulheres inscritas no Centro de PMA do Centro Hospitalar do Alto Ave.

De acordo com a conveniência dos serviços e da investigadora, os questionários foram entregues e preenchidos nos meses de julho e agosto de 2013. Assim, foi selecionada uma amostra de conveniência, que incluiu as mulheres que estiveram presentes nas consultas, exceto primeiras consultas, durante os meses de julho e agosto de 2013 e que se voluntariaram a participar. Segundo Carmo e Ferreira (1998 citados por Barbosa, 2009 pp. 62) “numa amostra de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível, ou voluntários. (...) O estudo pode não ser generalizável, mas podem-se obter informações preciosas”.

A amostra recolhida inclui 60 mulheres. Os 60 questionários foram todos validados e incluídos no tratamento estatístico.

Não nos foi possível averiguar a representatividade da amostra. Apesar de solicitado, não nos foi dado a conhecer dados sobre o universo (população) de mulheres que frequentam as consultas de infertilidade. A extrapolação dos dados deve assim ser cautelosa. Os resultados obtidos não devem também ser extrapolados para a realidade nacional.

A definição da população e da amostra apresenta uma limitação importante, quando a preocupação é a compreensão do problema de acesso, dado que as mulheres incluídas na amostra já ultrapassam a potencial principal barreira ao acesso, que é a entrada num Centro de

PMA público. Uma vez que algumas questões incluídas no questionário se reportam a uma análise retrospectiva, o estudo está sujeito a maiores erros de reporte.

Dadas estas limitações, a comparação com outros estudos deve ser cuidadosa.

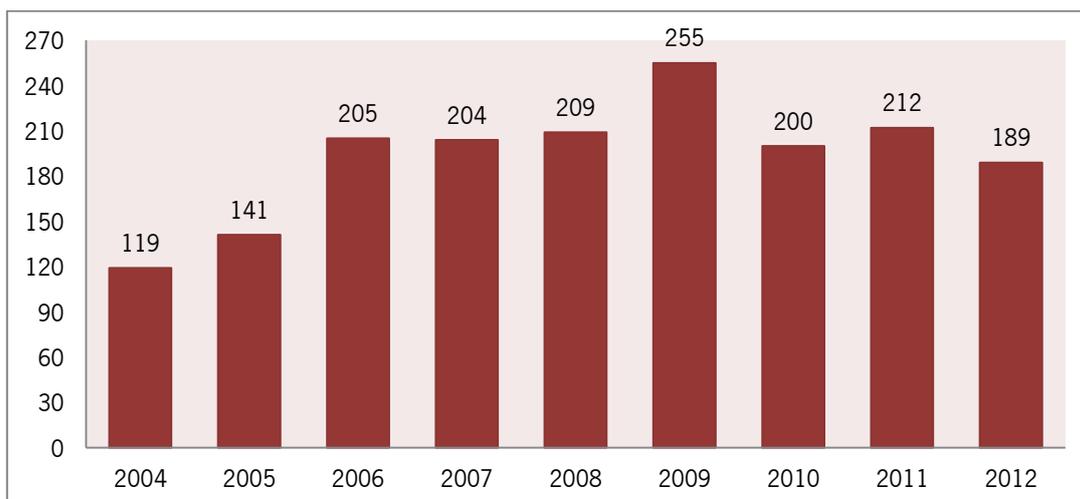
4.7. Breve descrição do Centro de PMA

O Centro Hospitalar do Alto Ave, localizado no município de Guimarães, possui uma área de influência de cerca de 400 mil habitantes. Em 2001 tornou-se um hospital de referência, em termos de diagnóstico e tratamento da infertilidade. O aumento considerável da procura levou a que em 2004 fosse criado um Centro de Procriação Medicamente Assistida (Remoaldo, Machado e Reis, 2006). Em 2011 foi-lhe atribuída a certificação, de acordo com os requisitos da Norma ISO 9001:2008 pela AENOR (Associação Espanhola de Normalização e Certificação), em função da implementação e do cumprimento das boas práticas (In gmrtv - http://www.gmrtv.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=5258:guimaraes-centro-de-procriacao-medicamente-assistida-com-qualidade-certificada&catid=3:flash - consultado em 03/09/2013).

Atualmente, o Centro de PMA é o único Centro de referência na região do Minho, servindo os concelhos de Guimarães, Fafe, Vizela, Celorico de Basto, Braga, Barcelos, Trofa, São Tirso e Vila Nova de Famalicão. Em termos de recursos humanos o Centro conta com nove colaboradores: três médicos, duas embriologistas, dois internos da especialidade e duas enfermeiras.

A Figura 5 apresenta a evolução do número de ciclos iniciados no Centro. Constatase que no período entre 2004, ano em que o Centro iniciou atividade, e o ano de 2009, o número de ciclos teve uma tendência crescente. Em 2009 o número de ciclos iniciados mais do que duplicou relativamente a 2004, tendo atingido o número de 240 ciclos iniciados (Figura 5). Em 2010 registou-se uma queda na produção do Centro (em termos de ciclos iniciados) de cerca de 22%. Em 2012 o número de ciclos iniciados desceu para 189. Ressalva-se que não houve quaisquer alterações às políticas de apoio à PMA por parte do Estado que possam ajudar a explicar o decréscimo registado no número de ciclos iniciados no Centro de PMA.

Figura 5 - Evolução do nº de ciclos iniciados no Centro de PMA do CHAA, 2004 - 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Centro de PMA do Alto Ave, 2013.

4.8. Análise dos dados

Para o tratamento dos dados foram utilizadas análises univariada e bivariada. Na análise univariada usamos estatísticas descritivas (frequências, média, moda, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo). Na análise bivariada fizemos uma análise simultânea de duas (ou mais) variáveis, em particular investigamos as suas associações. Foram aplicados testes estatísticos não paramétricos, de acordo com a natureza das variáveis em causa, nomeadamente o teste de Spearman e o teste de Qui-Quadrado. O coeficiente de Spearman, normalmente representado pela letra grega ρ (rho), é uma medida de correlação não-paramétrica usada para estudar a associação entre duas variáveis ordinais. A hipótese nula do teste é de que as variáveis não estão correlacionadas. O teste de Qui-Quadrado, representado pela letra χ^2 , é um teste não-paramétrico que avalia a associação existente entre duas variáveis nominais ou discretas e em que medida os valores observados se desviam do valor esperado, caso as variáveis não estejam correlacionadas.

Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao programa *Microsoft Office Excel* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15.0.

4.9. Notas conclusivas

No capítulo IV, debruçamo-nos sobre os pressupostos metodológicos utilizados na presente investigação. Descrevemos o tipo de estudo utilizado, nomeadamente o inquérito por questionário, o procedimento do estudo, bem como os procedimentos formais seguidos.

Abordámos, também, a estrutura do questionário, bem como realizámos uma breve descrição da amostra e do Centro de PMA alvo de estudo. Fizemos ainda referência ao modo de recolha e análise dos dados.

Capítulo V - Resultados

No presente capítulo são analisados os dados recolhidos através da aplicação do questionário e discutidos os resultados. O capítulo está organizado em sete secções. No primeiro *item* descrevemos as características sociodemográficas das inquiridas, com informação sobre a idade, o nível de instrução, o estado civil, a situação profissional e o rendimento líquido mensal. No segundo *item* apresentamos a informação obtida sobre o percurso clínico das inquiridas, compreendendo a fase do tratamento em que as mesmas se encontram e o conhecimento sobre a causa da sua situação de infertilidade. No terceiro *item* analisamos os dados relativos à dimensão de acesso físico, incluindo a proximidade ao Centro de PMA, o meio de transporte utilizado pelas inquiridas na deslocação ao Centro e a opinião sobre a oferta de estacionamento do Centro. No *item* seguinte analisamos os dados relativos aos tempos de espera (para primeira consulta, para o início do tratamento e o tempo de espera no dia da consulta), a satisfação relativa à razoabilidade desses tempos de espera e o horário de funcionamento das consultas. No quinto *item* são descritos os gastos reportados pelas inquiridas com a medicação, bem como a sua opinião relativa à comparticipação da medicação e o impacto dos custos no seu orçamento. No sexto *item* abordamos o acesso sociocultural, incluindo a perceção das inquiridas sobre a informação transmitida pelos médicos. No sétimo e último *item*, analisamos os dados relativos às barreiras no acesso legal, nomeadamente, o conhecimento das inquiridas sobre a legislação portuguesa sobre a infertilidade. Seleccionamos, ainda, alguns discursos produzidos pelas inquiridas, no decorrer do preenchimento dos questionários, para ilustrar os aspetos referidos.

5.1. Caracterização sociodemográfica das inquiridas

O Quadro 14 sumaria os dados relativos à idade das inquiridas. A idade média é de aproximadamente 34 anos de idade com um desvio padrão de 3,64; a moda da idade é de 33 anos. Regista-se um elevado número de mulheres (86,6%) com idade acima dos 30 anos (idade em que, de acordo com a literatura, começa o declínio reprodutivo) a frequentar as consultas.

Quadro 14 - Idade das inquiridas

	N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Mulher	60	33,9	34	33	3,64	25	40

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

As mulheres foram questionadas sobre o período de tempo que tentavam engravidar. De acordo com os dados, as inquiridas começaram, em média, a tentar engravidar perto dos 30 anos. A idade máxima registada foi de 38 anos (Quadro 15).

Quadro 15 - Idade da inquirida quando começou a tentar engravidar

	N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
60	29,6	29	28	4,37	19	38	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Analisando, em conjunto, as respostas dos Quadros 14 e 15, os resultados sugerem que à decisão tardia de engravidar, soma-se a demora no início do tratamento. Em resultado, a procura de cuidados de saúde reprodutiva tende a ocorrer em idade tardia, o que obviamente condiciona a taxa de sucesso dos mesmos.

O Quadro 16 apresenta outras características demográficas das inquiridas. A maioria possui o nível secundário (43,3%) ou o nível superior (38,3%) de escolaridade. Em 17% dos casos a inquirida tem apenas o 2º Ciclo do Ensino Básico (até 6 anos de escolaridade).

Relativamente ao estado civil, a maioria das inquiridas são casadas (86,7%), enquanto 13% vivem em união de facto.

No que diz respeito às profissões exercidas pelas inquiridas (classificadas segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional) constata-se que o grupo mais representativo, com 27% dos casos, são as especialistas das profissões intelectuais e científicas, seguindo-se o grupo das operárias, artífices e trabalhadoras similares com 23% de inquiridas.

No questionário foi ainda colocada uma questão relativa ao nível de rendimento familiar líquido mensal. O rendimento foi apresentado por classes para facilitar o reporte. O rendimento familiar das inquiridas concentra-se em duas classes: a dos 510 aos 1000 euros (40%) e a dos 1001 aos

2500 euros (58,3%). Menos de 2% das inquiridas tinham rendimentos familiares superiores a 2500 euros.

Quadro 16 - Características das inquiridas

	N	%
Nível de instrução		
Sem estudos que confirmam grau de ensino	0	0
1º Ciclo do Ensino Básico (até 4 anos)	1	1,7
2º Ciclo do Ensino Básico (até 6 anos)	10	16,7
Secundário	26	43,3
Universitário	23	38,3
Estado Civil		
Casada	52	86,7
União de facto	8	13,3
Situação Profissional		
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	2	3,3
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	16	26,7
Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio	7	11,7
Pessoal Administrativo e Similares	7	11,7
Pessoal dos Serviços e Vendedores	10	16,7
Agricultoras e Trabalhadoras Qualificadas da Agricultura e Pescas	-	-
Operárias, Artífices e Trabalhadoras Similares	14	23,3
Operadoras de Instalações e Máquinas e Trabalhadoras de Montagem	-	-
Trabalhadoras não qualificadas	2	3,3
Desempregada	2	3,3
Rendimento		
510 até 1000 €	24	40,0
1001 até 2500 €	35	58,3
2501 até 3000 €	1	1,7
3001 até 4500 €	0	0

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

A maioria das inquiridas reside nos municípios de Braga e de Guimarães (26,7% e 23,3%, respetivamente), municípios da área de referência do Centro de PMA mais populosos e com maior taxa de urbanização (Quadro 17).

Quadro 17 - Distribuição das inquiridas por concelho de residência

	Frequência	Percentagem
Guimarães	14	23,3%
Cabeceiras de Basto	2	3,3%
Vila Nova de Famalicão	7	11,7%
Barcelos	3	5,0%
Vizela	4	6,7%
Braga	16	26,7%
Vila Verde	1	1,7%
Esposende	4	6,7%
Fafe	4	6,7%
Terras de Bouro	1	1,7%
Póvoa de Lanhoso	1	1,7%
Felgueiras	1	1,7%
Santo Tirso	2	3,3%
Total	60	100,0%

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Como já foi mencionado anteriormente e segundo Remoaldo e Machado (2008), há indícios de que o exercício de algumas profissões possa estar relacionado com casos de infertilidade, sobretudo no que respeita à profissão do homem. As profissões com risco acrescido são as que obrigam o indivíduo a permanecer bastante tempo sentado, as que envolvem o manuseio de colas, solventes e benzeno e aquelas em que o indivíduo está exposto a intensas fontes de calor. De acordo com os dados, verificou-se que em 30% dos casos a profissão do companheiro/cônjuge da inquirida enquadra-se no grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares, seguido do grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas (13,3%) e do grupo dos técnicos e profissionais de nível intermédio (13,3%). Especificamente, encontramos operadores químicos (dois homens), pasteleiros (dois homens), motoristas (três homens), operários da indústria têxtil (seis homens) e técnicos de máquinas elétricas (um homem). Os resultados sugerem que oito dos companheiros/cônjuges que exercem estas profissões, correspondem a casos de infertilidade masculina.

5.2. Dados clínicos

De acordo com a organização dos cuidados de saúde no SNS, quando as mulheres se deparam com dificuldades em conceber, o primeiro contacto são os cuidados de saúde primários, em particular os médicos de medicina geral e familiar. De acordo com os nossos resultados, a primeira ajuda procurada pelo maior número de mulheres inquiridas foi, de facto, o seu médico

de família no SNS (48,3%), logo seguido do médico particular (36,7%). Este resultado converge com o que foi descrito na secção 2.3, ilustrando a importância de garantir que os médicos de clínica geral e familiar estejam atentos às questões de reprodução e referenciem os utentes de forma adequada.

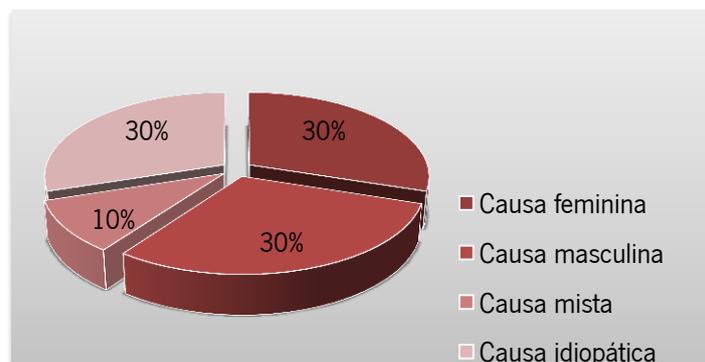
Quando recorrem ao Centro Hospitalar do Alto Ave, nomeadamente ao seu Centro de PMA, a maioria das mulheres vêm reencaminhadas de outras instituições de saúde, pelo que, normalmente, chegam já com o historial clínico traçado. No entanto, quando efetuam a primeira consulta no Centro, tanto a mulher, como o seu companheiro/cônjuge, são encaminhados para a realização de mais exames no sentido de se concluir o diagnóstico.

Como já foi referido, as mulheres que estavam a realizar uma consulta pela primeira vez, não foram contempladas no estudo. Das que foram incluídas 13,3% encontravam-se, juntamente com o companheiro/cônjuge, a realizar exames, 41,7% estavam a tomar medicação/injeções para produzir óvulos e/ou o companheiro/cônjuge estava a tentar melhorar a qualidade do esperma, 13,3% encontravam-se a realizar alguma técnica de infertilidade (Inseminação artificial/FIV/ICSI/Outra), 20% já tinham concluído todos os exames e encontravam-se em lista de espera para iniciar alguma técnica de infertilidade e 11,7% estavam noutra situação (como por exemplo: algumas já estavam grávidas).

Das 60 mulheres inquiridas, 6 já possuíam filhos biológicos, tratando-se, portanto, de casos de infertilidade secundária.

Questionadas sobre a compreensão da causa da sua infertilidade, todas as mulheres conseguiram responder. A causa masculina foi apontada por 30% das inquiridas, 30% referiram a causa feminina como origem da infertilidade, 10% mencionaram a causa mista e a infertilidade idiopática (desconhecida) foi apontada por 30% das mulheres (Figura 6).

Figura 6 - Causa da infertilidade



Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

As percentagens encontradas de infertilidade feminina e masculina vão ao encontro dos valores referenciados pela Sociedade de Medicina de Reprodução e pela Associação Portuguesa de Fertilidade.

A informação relativa à causa da infertilidade poderia ser enviesada pois, foi influenciada pela percepção das próprias mulheres, pelo que, foi complementada com a ajuda da equipa da medicina reprodutiva. Apraz-nos reconhecer que as respostas das inquiridas coincidiram com as respostas dos profissionais de saúde.

5.3. Acesso físico

5.3.1. Distância percorrida/tempo despendido até ao Centro de PMA

A abrangência geográfica da população servida pelo Centro potencia problemas de acesso físico ao mesmo. De facto, 7% das inquiridas têm de viajar mais do que 40 km para se deslocarem às consultas e/ou para realizarem os tratamentos. A maioria viaja, no entanto, menos de 20 km: 36,7% percorrem entre 11 a 20 km e 28,3% percorrem entre 1 a 10 km (Quadro 18).

Os resultados sugerem que o Centro recebe sobretudo pessoas do município de Braga e de freguesias/municípios contíguos à freguesia de Creixomil, que é aquela onde se localiza o Centro de PMA. A análise deste resultado merece algum cuidado. Os municípios situados a menos de 20 km são os que têm maior número de habitantes, o que pode justificar esta concentração de utentes. Por outro lado, o facto de a amostra incluir apenas mulheres em tratamento, tende a desvalorizar os problemas de acesso físico, dado que as mulheres inférteis de freguesias/municípios mais remotos podem nem sequer tentar aceder.

Mais de metade das mulheres (53,3%) afirmaram despendir entre 10 e 29 minutos para chegar ao Centro de PMA (Quadro 19). Ao todo, mais de 73% das inquiridas reportaram um tempo de viagem inferior a 30 minutos. De acordo com o que foi descrito na secção 2.1., podemos afirmar que esta percentagem de inquiridas apresenta uma acessibilidade adequada ao Centro de PMA. Cerca de 26,7% das inquiridas confirmaram, porém, despendir entre 30 a 59 minutos. Não se verificaram tempos de percurso superiores a 60 minutos (Quadro 19).

Questionadas sobre o meio de transporte utilizado na deslocação ao Centro de PMA, todas as participantes responderam que se deslocavam por meio de viatura própria. Destas, apenas três mulheres afirmaram utilizar também, esporadicamente, o autocarro, sobretudo nos dias em que

se deslocavam sozinhas às consultas, visto que, na maioria das situações, eram acompanhadas pelo companheiro/cônjuge.

Quadro 18 - Distância percorrida (km) entre a residência e o Centro de PMA

Quilómetros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 – 10	17	28,3	28,3
11 – 20	22	36,7	36,7
21 – 30	10	16,7	16,7
31 – 40	7	11,7	11,7
41 – 50	2	3,3	3,3
51 – 60	1	1,7	1,7
61 – 70	1	1,7	1,7
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Quadro 19 - Tempo despendido no percurso entre a residência e o Centro de PMA

Minutos	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
< 10 minutos	12	20,0	20,0
10 - 29 minutos	32	53,3	73,3
30 - 59 minutos	16	26,7	100,0
60 – 90 minutos	-	-	-
> 90 minutos	-	-	-
Total	60	100,0	-

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.3.2. Oferta de estacionamento e de paragens de transportes públicos

De acordo com Remoaldo (2008) as paragens dos transportes públicos devem localizar-se o mais próximo possível dos Hospitais e Centros de Saúde, assim como, os mesmos devem ser dotados de uma oferta de estacionamento adequada não só para os profissionais de saúde, como para os utentes.

Relativamente à oferta de estacionamento junto ao Centro de PMA, o equivalente a 60% das inquiridas consideraram a oferta de estacionamento «Razoável» e 25% consideraram a oferta «Boa». Mas, para 15% a opinião é negativa, ou seja, 10% e 5%, respetivamente consideraram «Má» e «Pouco adequada» (Quadro 20). Nenhuma das inquiridas atribuiu a categoria de «Muito boa».

Os maiores problemas parecem ser os custos do estacionamento e a pouca oferta de lugares.

De acordo com as narrativas das participantes:

«Não quer dizer que a oferta seja má, mas paga-se. Se a consulta demorasse 15 a 30 minutos não era por aí, mas muitas vezes estamos aqui uma hora e tal, duas e estamos a pagar no parque» (Q2, mulher de 37 anos, nível preparatório, costureira).

«Eu considero boa não tanto pelo parque do hospital, mas porque temos o centro comercial aqui ao lado, com muitos lugares e não é assim tanto tempo a pé quanto isso» (Q20, mulher de 35 anos, nível preparatório, empregada de restaurante).

Quadro 20 - Satisfação relativa à oferta de estacionamento do Centro de PMA

Satisfação	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Má	6	10,0	10,0
Pouco adequada	3	5,0	15,0
Razoável	36	60,0	75,0
Boa	15	25,0	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Podemos afirmar que, embora o Centro de PMA possua um parque de estacionamento para as viaturas dos utentes, e tenha tido uma apreciação globalmente positiva por parte das inquiridas, esta oferta, é considerada por algumas como diminuta. O parque, para além de ser pago, está quase sempre preenchido. No entanto, como existe um Centro Comercial perto do Centro Hospitalar, cujo percurso pedonal ronda os 8 minutos, consideramos que este inconveniente do parque acaba por ser ultrapassado, pois uma grande parte das inquiridas referiu que, na maioria das deslocações ao Centro, estaciona a viatura no Centro Comercial.

No que concerne à oferta de paragens dos transportes públicos, embora seja exígua a percentagem de casos em que as inquiridas responderam deslocar-se de transporte público, podemos afirmar que é curta a distância entre o Centro e as paragens dos transportes públicos e que o percurso pedonal não ultrapassa os 10 minutos, o que de acordo com Remoaldo (2008) é considerada uma acessibilidade média.

5.3.3. Grau de satisfação com a localização

No que diz respeito à satisfação em relação à localização geográfica do Centro de PMA, a opinião das mulheres é, em grande parte, positiva, variando entre satisfeitas (60%) e muito satisfeitas (30%). Porém, 10% das inquiridas fizeram uma apreciação negativa, encontrando-se insatisfeitas com a localização do Centro (Quadro 21).

Quadro 21 - Satisfação relativa à localização geográfica do Centro de PMA

Satisfação	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Insatisfeita	6	10,0	10,0
Satisfeita	36	60,0	70,0
Muito satisfeita	18	30,0	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Tal como esperado, a satisfação com a localização tende a diminuir à medida que aumenta a distância a percorrer até ao Centro. O coeficiente de correlação de Spearman estimado (-0,642) indica uma forte correlação (negativa) entre o nível de satisfação e a distância percorrida. A associação é estatisticamente significativa a níveis convencionais de significância ($p \approx 0.000$). Por outras palavras, as inquiridas de localidades mais distantes tendem, em média, a considerar a localização como menos satisfatória.

5.4. Acesso estrutural e funcional

5.4.1. Tempo de espera para a primeira consulta

O Quadro 22 reporta as respostas acerca do tempo de espera para obtenção da primeira consulta no Centro de PMA. O intervalo de tempo de espera mais frequente (41,7%) para a obtenção de uma primeira consulta no Centro de PMA foi de 4 a 6 meses. Apenas 26,7% das inquiridas apontaram um tempo de espera até 3 meses. De salientar que 5% das inquiridas esperaram cerca de 13 a 18 meses por uma primeira consulta.

Quadro 22 - Tempo de espera para obtenção da 1ª consulta no Centro de PMA

Tempo de espera	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
0 - 3 meses	16	26,7	26,7
4 - 6 meses	25	41,7	68,3
7 - 12 meses	14	23,3	91,7
13 - 18 meses	3	5,0	96,7
Não me recordo	2	3,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

O Quadro 23 apresenta as opiniões das inquiridas relativamente ao tempo de espera. Para a maior parte das participantes a opinião sobre o tempo de espera para obtenção de uma primeira consulta no Centro de PMA foi «Razoável» (63,3%). Para 16,7% das inquiridas o tempo de espera foi de «Bom» e para 3,3% foi «Muito bom». Pelo contrário, 13,3% das mulheres consideraram o tempo de espera «Mau».

Quadro 23 - Opinião sobre o tempo de espera para obtenção da primeira consulta no Centro de PMA

Opinião sobre o tempo de espera	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
-	2	3,3	3,3
Mau	8	13,3	16,7
Razoável	38	63,3	80,0
Bom	10	16,7	96,7
Muito bom	2	3,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Tal como esperado, à medida que aumenta o tempo de espera para a primeira consulta, a opinião sobre esse tempo de espera tende a ser menos satisfatória. O coeficiente de correlação de Spearman estimado ($\rho = -0,564$) indica uma correlação (negativa) entre o tempo de espera para a primeira consulta e a opinião sobre esse tempo de espera. A correlação estimada é estatisticamente significativa para níveis convencionais de significância ($p \approx 0,000$).

No sentido de perceber se existe alguma relação estatística entre o tempo de espera para obtenção de uma primeira consulta no Centro de PMA e a idade da mulher, o que indicaria uma priorização dos cuidados de acordo com a idade, estimou-se o coeficiente de correlação de

Spearman. O coeficiente indica uma correlação positiva mas moderada ($\rho=0,282$). A associação encontrada é, no entanto, estatisticamente significativa, a um nível de significância de 5%. Isto é, na nossa amostra, as mulheres mais velhas, tendem a reportar um maior tempo de espera para a primeira consulta no Centro de PMA. Podemos estar aqui perante uma perspetiva de eficiência dos serviços, uma vez que as técnicas de tratamento da infertilidade têm maior probabilidade de sucesso em mulheres mais jovens.

5.4.2. Tempo de espera para iniciar uma técnica de tratamento

Do total de participantes, 55% já tinham realizado algum tipo de técnica de infertilidade. Os tratamentos realizados distribuíram-se entre inseminações artificiais, fertilizações *in vitro*, injeções intracitoplasmáticas de espermatozoides e estimulações ovárias.

Relativamente ao tempo em lista de espera para iniciar esse tratamento, 27,3% esperaram até 3 meses, 36,4% apontaram um tempo de espera entre 4 a 6 meses e cerca de 33,3% confirmaram um tempo em lista de espera entre 7 a 12 meses. Apenas uma mulher afirmou ter esperado mais de um ano para iniciar o tratamento (Quadro 24).

Quadro 24 - Tempo em lista de espera para iniciar o tratamento

Tempo em lista de espera	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
0 - 3 meses	9	27,3	27,3
4 - 6 meses	12	36,4	63,7
7 - 12 meses	11	33,3	97,0
13 - 18 meses	1	3,03	100,0
Total	33	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Em geral, verificou-se que as mulheres que realizaram algum tratamento consideraram o tempo em lista de espera «Razoável» (66,7%), chegando algumas inquiridas a atribuir uma apreciação de «Bom» (18,2%) e de «Muito bom» (6,1%). No entanto, e ainda que com uma percentagem menos significativa, 9,1% das mulheres consideraram «Mau» o tempo que estiveram em espera até darem início ao tratamento (Quadro 25).

Quadro 25 - Opinião sobre o tempo em lista de espera para iniciar o tratamento

Opinião sobre o tempo em lista de espera	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Mau	3	9,1	9,1
Razoável	22	66,7	75,8
Bom	6	18,2	94,0
Muito bom	2	6,1	100,0
Total	33	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

O valor da estimativa do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho=0,325$) sugere que as mulheres mais velhas tendem a esperar mais tempo para iniciarem o tratamento. No entanto, a evidência estatística da correlação é fraca ($p=0,065$).

Alguns dos casais que foram partilhando as suas experiências com a investigadora afirmaram já terem recorrido a Centros de PMA privados, o que nos permitiu tecer algumas considerações. As narrativas produzidas mostram que as unidades de medicina privada diferem das unidades públicas em termos de tempos de espera.

«Não sentimos que no privado seja melhor que no público. A única vantagem que vemos é o facto de ser extremamente rápido. No privado não existem as listas de espera» (Q1, mulher de 40 anos, nível secundário, Formadora).

«Decidimos recorrer a uma clínica privada apenas devido ao tempo de espera no serviço de saúde público» (Q49, mulher de 36 anos, nível secundário, Empregada de loja).

5.4.3. Tempo de espera na sala de espera

Em relação ao tempo de espera no dia das consultas, a maioria das inquiridas referiu que, em média, aguarda na sala de espera, entre 15 a 30 minutos (53,3%). Uma percentagem considerável de casos reportou que aguarda, entre 30 a 60 minutos (33,3%) desde a hora em que as consultas estão marcadas até serem atendidas pelo médico. Em alguns casos, as inquiridas reportaram uma média de mais de uma hora de espera (13,3%) [Quadro 26]. Importa aqui ressaltar, que não temos informação suficiente que nos permita indicar se o elevado tempo

de espera resulta de atrasos no atendimento ou se as utentes tendem a chegar mais cedo ao Centro. Inquéritos futuros devem ter em conta esta diferença.

Quadro 26 - Tempo na sala de espera desde a hora marcada até à chamada pelo médico

Tempo de espera	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
15 a 30 minutos	32	53,3	53,3
30 a 60 minutos	20	33,3	86,7
Mais de 1 hora	8	13,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Como seria expectável, à medida que aumenta o tempo de espera até à chamada pelo médico, menor é a satisfação das inquiridas. No entanto, apesar de mais de metade das mulheres avaliar o tempo de espera no dia das consultas como «Razoável» (65%), cerca de 21,6% das inquiridas atribuem uma avaliação negativa (18,3% Mau e 3,3% Muito mau) [Quadro 27]. Todas as inquiridas que consideraram o tempo de espera no dia das consultas como «Muito mau» e «Mau» tinham tempos de espera mais elevados.

Quadro 27 - Opinião sobre o tempo de espera até à chamada pelo médico

	Opinião sobre o tempo na sala de espera				Total
	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	
	0	0	25	7	32
15 a 30 minutos	0,0%	0,0%	78,1%	21,9%	100,0%
	0	7	12	1	20
30 a 60 minutos	0,0%	35,0%	60,0%	5,0%	100,0%
	2	4	2	0	8
Mais de 1 hora	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	2	11	39	8	60
Total	3,3%	18,3%	65,0%	13,3%	100,0%

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

O coeficiente de correlação de Spearman estimado ($\rho=0,610$) indica que existe uma associação estatística (negativa) entre o tempo de espera reportado e a opinião sobre a

razoabilidade do tempo de espera. A correlação é estatisticamente significativa a níveis de significância convencionais ($p \approx 0.000$).

De acordo com Remoaldo e Costa (2002), o tempo despendido no dia das consultas é uma variável importante na avaliação da eficácia de um serviço de saúde. Estes resultados sugerem que o Centro de PMA deve ter em consideração a redução dos elevados tempos de espera verificados para a melhoria do serviço.

5.4.4. Horário de funcionamento das consultas

No que concerne aos horários de funcionamento das consultas, a maioria das mulheres, cerca de 51,7%, é da opinião de que o horário das consultas estabelecido está estruturado em função da sua vida pessoal e profissional. Acresce-se que a maioria das inquiridas referiu que as suas preferências em relação ao horário das consultas são, na maior parte dos casos, tidas em conta (58,3%) [Figura 7]. As suas narrativas revelam, no entanto, que as inquiridas preferiam um horário de consultas mais flexível e alargado, que tivesse mais em conta a sua situação profissional.

«O horário devia ser mais flexível, não é fácil para quem trabalha» (Q12, mulher de 33 anos, nível universitário, Administrativa).

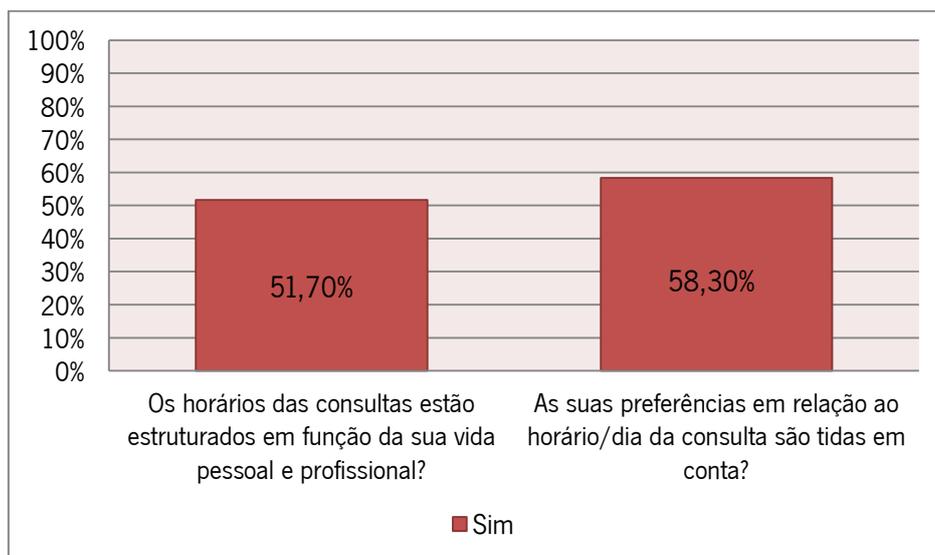
«As consultas podiam ter o horário que nos permitisse vir cá depois do trabalho» (Q24, mulher de 33 anos, secundário, Assistente de Ação Familiar).

«O tratamento exige muito da nossa vida pessoal e profissional» (Q33, mulher de 37 anos, nível secundário, Administrativa).

«As vindas cá exigem faltar muitas vezes ao trabalho. Os horários deviam ser estruturados em função da nossa vida profissional» (Q35, mulher de 31 anos, nível secundário, Escriturária).

Ressalta-se a necessidade de o Centro de PMA possibilitar um horário mais flexível para os utentes, de modo a evitar a necessidade recorrente de faltarem ao trabalho.

Figura 7 - Opinião sobre a estruturação dos horários/preferências em relação ao horário



Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.4.5. Condições das instalações

As condições das instalações dos serviços de saúde refletem-se no bem-estar/mau estar dos utentes que frequentam os mesmos. Assim, aspetos como a qualidade das instalações, o conforto na sala de espera, os espaços onde decorrem as consultas e as condições de higiene e limpeza são condições essenciais para o bem-estar dos doentes.

5.4.5.1. Qualidade das instalações

Para a maior parte das inquiridas a opinião relativa à qualidade das instalações é de «Boa» ou de «Muito boa» (66,7%). No entanto, para 31,7% a apreciação é «Razoável» e 1,7% classificou a qualidade das instalações como «Frac» (Quadro 28).

Quadro 28 - Avaliação da qualidade das instalações

Avaliação da qualidade das instalações	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Frac	1	1,7	1,7
Razoável	19	31,7	33,3
Boa	34	56,7	90,0
Muito boa	6	10,0	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.4.5.2. Conforto da sala de espera

Quanto ao conforto da sala de espera, a larga maioria das inquiridas consideraram o conforto da sala de espera como «Razoável» (60,0%) ou «Bom» (38,3%) [Quadro 29]. No entanto, e apesar de se ter verificado apenas uma opinião de «Fraco», algumas mulheres lamentaram o facto de a sala de espera ser partilhada com as utentes das consultas de obstetria. As mulheres não se sentem confortáveis com o facto de estarem na mesma sala de espera onde se encontram as mulheres grávidas. Existe, assim, aparentemente, algum desconforto “psicológico” na sala de espera.

«Acho que os serviços deveriam ter mais atenção em não nos misturarem com as mulheres grávidas na sala de espera. Para quem não consegue ter filhos como nós magoa-nos, pois aquele é o nosso sonho» (Q26, mulher de 35 anos, nível universitário, Professora).

«Na sala de espera não devíamos estar junto das mulheres que estão grávidas. É muito frustrante para nós que não conseguimos ter filhos» (Q55, mulher de 39 anos, nível secundário, Costureira).

Quadro 29 - Avaliação do conforto da sala de espera

Avaliação do conforto na sala de espera	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Fraco	1	1,7	1,7
Razoável	36	60,0	61,7
Bom	23	38,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Numa perspetiva similar, também no estudo de Remoaldo e Machado (2008) é referida, num dos discursos produzidos pelas entrevistadas, esta questão da separação das consultas de infertilidade em relação às consultas de obstetria, de modo a que as mulheres inférteis não tenham que ser confrontadas com aquilo que mais desejam mas não conseguem alcançar. Estes resultados convergem, igualmente, com os encontrados no estudo de Silva (2008) e de Silva e Barros (2012). Os entrevistados, nas suas narrativas, criticam, também, o facto de os serviços públicos juntarem em espaços contíguos, os serviços de medicina reprodutiva e os

serviços de ginecologia e de obstetrícia, sublinhando que não consideram que deviam estar isolados, mas que pelo menos não deveriam estar próximos daquilo que mais os magoa.

5.4.5.3. Espaço onde decorre a consulta

O espaço onde decorrem as consultas é considerado «Bom» pela maioria das inquiridas (60,0%), chegando 6,7% a ter uma apreciação muito positiva do espaço, classificando-o como «Muito bom». Mais uma vez, a percentagem de inquiridas que atribuíram uma apreciação de «Fraco» é pequena, correspondendo apenas a uma mulher (Quadro 30).

Quadro 30 - Avaliação do espaço onde decorrem as consultas

Avaliação do espaço onde decorrem as consultas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Fraco	1	1,7	1,7
Razoável	19	31,7	33,3
Bom	36	60,0	93,3
Muito bom	4	6,7	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.4.5.4. Limpeza e higiene das instalações

A avaliação relativa à limpeza e higiene das instalações é positiva, e as opiniões variam entre «Boa» e «Muito boa», com 63,3% e 18,3%, respetivamente. Das quatro categorias, referentes à organização do Centro, esta foi a que registou uma avaliação global mais positiva (Quadro 31).

Quadro 31 - Avaliação da limpeza e higiene das instalações

Avaliação da limpeza e higiene das instalações	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Razoável	11	18,3	18,3
Boa	38	63,3	81,7
Muito boa	11	18,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

O Quadro 32 reporta a correlação estimada entre a variável qualidade das instalações e as dimensões de conforto na sala de espera, espaço onde decorrem as consultas e limpeza e higiene das instalações. Como seria de prever, as variáveis estão positivamente correlacionadas. No entanto, os resultados sugerem que a relação entre a percepção de “qualidade das instalações” e a percepção de “conforto na sala de espera” é menor do que a associação da “qualidade das instalações” com as outras variáveis.

Quadro 32 - Correlação entre a variável qualidade das instalações e as variáveis conforto na sala de espera, espaço onde decorrem as consultas e limpeza e higiene das instalações

	Conforto na sala de espera	Espaço onde decorre a consulta	Limpeza e higiene
Coefficiente de Correlação Spearman's rho	0,369	0,654	0,625
Sig. (2-tailed)	0,004	0,000	0,000
N	60	60	60

Fonte: Inauérito por questionário auto-administrado. realizado entre julho e agosto de 2013.

5.4.6. Relação utente/profissional de saúde

O relacionamento entre os utentes e os profissionais de saúde é um dos indicadores fundamentais na avaliação do acesso a cuidados com qualidade e satisfação em relação aos cuidados de saúde.

5.4.6.1. Interesse do médico

No que concerne ao interesse do médico, verificou-se que, para a grande maioria das inquiridas, a avaliação é bastante positiva classificando o interesse do médico como «Bom» (40,0%) e «Muito bom» (40,0%). Apenas 20% das inquiridas classificaram o interesse do médico como «Razoável». Não houve classificações negativas nesta dimensão (Quadro 33).

Quadro 33 - Interesse do médico

Interesse do médico	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Razoável	12	20,0	20,0
Bom	24	40,0	60,0
Muito bom	24	40,0	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.4.6.2. Disponibilidade de tempo na consulta

Relativamente à disponibilidade de tempo dos médicos na consulta, nenhuma das mulheres fez uma apreciação negativa e parecem estar todas satisfeitas com o tempo que os médicos despendem nas consultas. Do total das inquiridas, 50% consideram que o tempo que os médicos disponibilizam na consulta é «Bom» e 23,3% classificam-no como «Muito bom» (Quadro 34).

Quadro 34 - Disponibilidade de tempo na consulta

Disponibilidade de tempo na consulta	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Razoável	16	26,7	26,7
Bom	30	50,0	76,7
Muito bom	14	23,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.4.6.3. Relacionamento com o médico

O relacionamento interpessoal com o médico é considerado «Bom» por cerca de 46,7% das participantes. Esta categoria é considerada, de forma geral, positiva, sendo que 35% consideraram o relacionamento com o médico como «Muito bom» (Quadro 35).

Quadro 35 - Relacionamento com o médico

Relacionamento com o médico	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Razoável	11	18,3	18,3
Bom	28	46,7	65,0
Muito bom	21	35,0	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.4.6.4. Aconselhamento sobre o tratamento

O aconselhamento sobre o tratamento é considerado por 45% das inquiridas como «Bom» e por 36,7% como «Muito bom». Embora 1,7% (n=1) tenha atribuído uma apreciação de «Fraco», de um modo geral, esta categoria apresenta uma apreciação bastante positiva (Quadro 36).

Quadro 36 - Aconselhamento sobre o tratamento

Aconselhamento sobre o tratamento	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Fraco	1	1,7	1,7
Razoável	10	16,7	18,3
Bom	27	45,0	63,3
Muito bom	22	36,7	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Para avaliar a correlação das variáveis nesta dimensão, estimamos o coeficiente de Spearman. Como esperado, as variáveis estão fortemente relacionadas e as correlações estimadas são estatisticamente significantes ao nível de 1% de significância. As inquiridas que reportam elevado interesse do médico, tendem a reportar também elevada disponibilidade, bom aconselhamento e fácil relacionamento. O interesse do médico e o relacionamento com médico parecem estar muito correlacionados entre si ($\rho=0,851$) [Quadro 37]. Todas as correlações estimadas são estatisticamente significativas ao nível de 1%.

Quadro 37 - Correlação entre as variáveis interesse do médico, disponibilidade, aconselhamento e relacionamento com o médico

			Interesse do médico	Disponibilidade	Aconselhamento	Relacionamento com o médico
Spearman's rho	Interesse do médico	Coefficiente de Correlação	1,000	0,793	0,794	0,851
		Sig. (2-tailed)		(0,000)	(0,000)	(0,000)
	Disponibilidade	Coefficiente de Correlação	0,793	1,000	0,695	0,709
		Sig. (2-tailed)	(0,000)	.	(0,000)	(0,000)
	Aconselhamento	Coefficiente de Correlação	0,794	0,695	1,000	0,792
		Sig. (2-tailed)	(0,000)	(0,000)	.	(0,000)
	Relacionamento com o médico	Coefficiente de Correlação	0,851	0,709	0,792	1,000
		Sig. (2-tailed)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	.

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013

Apesar da categoria anterior ter obtido, na generalidade, opiniões positivas, em algumas narrativas foi possível constatar o problema da continuidade dos médicos. Por outras palavras, algumas inquiridas referiram a necessidade de serem atendidas sempre pelo mesmo médico.

«Deveria haver uma maior e melhor explicação de como irá funcionar todo o processo e sermos atendidos sempre pelo mesmo médico. Vários médicos acompanharam o processo e nenhum deles sabia o que os outros falavam. Muito confuso» (Q38, mulher de 38 anos, nível universitário, Enfermeira).

«Devíamos ser seguidas sempre pelo mesmo médico, pois existem opiniões distintas» (Q45, mulher de 38 anos, nível secundário, Desempregada).

Na mesma linha de pensamento, encontramos resultados semelhantes na pesquisa de Augusto (2004). Dois entrevistados, nos seus discursos, reclamam a necessidade de os utentes serem seguidos por apenas um médico “(...) temos de estar sempre a explicar a mesma coisa. A gente vai a meio e depois volta ao princípio.”, “(...) estou a falar com eles, e eles estão a ler a ver o que é que se passou antes”.

As nossas inquiridas mencionaram, ainda, e à semelhança dos entrevistados por Augusto (2004), que deveria existir uma maior humanização por parte dos médicos:

«Mais apoio, informação, mais sensibilidade e disponibilidade por parte dos médicos» (Q46, mulher de 40 anos, nível universitário, Técnica de Reinserção Social).

Os nossos resultados convergem com os encontrados no estudo de Remoaldo e Machado (2008) onde é apontada a «falta de sensibilidade» por parte dos profissionais de saúde e a necessidade de uma maior empatia e uma maior proximidade entre o médico e os pacientes. Os entrevistados deste estudo mencionaram igualmente, nas suas exposições, a falta de sensibilidade e de humanismo dos médicos, o que torna, assim, difícil, a criação de uma relação de empatia entre o médico e os pacientes. O estudo de Augusto (2004) revela que algumas entrevistadas foram críticas em relação aos médicos da equipa de medicina reprodutiva por entenderem que os mesmos deveriam ter mais em conta o lado humano do tratamento.

Porém, como refere Augusto (2004), a própria organização do trabalho médico na área da infertilidade cria obstáculos ao estabelecimento de relações de proximidade com os pacientes. A obrigatoriedade de realizar exames em determinados dias, consequência do ciclo de ovulação das mulheres, aliado à agenda sobrecarregada dos médicos, leva a que os casais, durante todo o processo de tratamento, acabem por ser atendidos pelos diferentes médicos da equipa de medicina reprodutiva dificultando a criação de uma relação mais próxima com os médicos (Augusto, 2004: 279). Augusto (2004) citando Fox (2000:334), propõe «a reintrodução das emoções e do não racionalismo na relação médico-doente».

Este problema parece não acontecer nas clínicas de infertilidade privadas:

«Já tivemos experiência com os dois serviços e não considero que o público seja mau, mas acho que no privado nos dão mais atenção e além disso somos acompanhados sempre pelo mesmo médico, coisa que aqui não acontece» (Q45, companheiro de 38 anos, nível secundário, Diretor Comercial).

No estudo de Silva (2008), encontramos, de modo semelhante, indivíduos que tiveram experiências com a medicina pública e com a medicina privada. Também aqui esta questão da continuidade dos médicos parece ser essencial para os casais inférteis. As entrevistadas revelam, igualmente, nas suas narrativas, a vantagem de nas clínicas privadas poderem ser acompanhadas pelo mesmo médico ao longo de todo o processo de tratamento, salientando que

no serviço público não lhes é dada tanta atenção como no setor privado. No entanto, reconheceram que pagam por isso.

Torna-se, assim, necessário que o Centro de PMA repense esta questão e consigam agrupar um determinado número de mulheres/casais, para cada médico da equipa de medicina reprodutiva, de modo a que eles possam ser acompanhados sempre pelo mesmo médico e possam assim criar uma maior proximidade e empatia na relação com os profissionais de saúde. Delgado (2007) citando Cedars (2005) salienta que é ainda fundamental que os profissionais de saúde recebam formação sobre as diferentes dimensões emocionais da infertilidade, uma vez que os casais inférteis são pacientes que carecem de uma maior atenção e dispêndio de tempo, mas que é essencial para definir as necessidades, prestar apoio e transmitir segurança.

Também Remoaldo e Costa (2002) consideram relevante que a Direção Geral de Saúde aposte na formação dos profissionais de saúde de modo a ajudá-los a melhorar a sua relação com os pacientes.

5.5. Acesso económico

5.5.1. Custos diretos do tratamento

A barreira económica parece ser a principal dificuldade no acesso. Os custos inerentes a todo o processo de tratamento da infertilidade, sobretudo os relacionados com a medicação, parecem constituir um sério obstáculo para as mulheres e dificilmente ultrapassável pelas que auferem um mais baixo rendimento mensal.

Algumas das inquiridas, bem como os seus companheiros, referiram, nas suas narrativas, que o custo com os tratamentos é difícil de suportar, nomeadamente os custos associados à medicação, salientando, ainda, o facto de muitos desses custos serem concentrados num período curto de tempo. Apenas 30% das inquiridas afirmaram que o aumento recente da comparticipação é suficiente para suportar os custos com a medicação. Porém, a maioria das mulheres, o equivalente a 70%, discorda.

Os casais reclamam um maior envolvimento do Estado, nomeadamente, no que se refere a políticas de comparticipação dos medicamentos, no sentido de aumentar a comparticipação pública.

De acordo com as narrativas das inquiridas:

«Acima de tudo, ainda não há muita vontade política relativamente à infertilidade. É preciso haver vontade política para que as seguradoras comecem a compartilhar os ciclos de tratamentos, caso contrário continuarão a existir falhas no acesso aos tratamentos, continuarão a existir casais a ter que desistir do sonho de serem pais e continuará a existir uma parte da população que não poderá contribuir para a natalidade do país» (Q5, Companheiro de 36 anos, nível universitário, Economista).

«Os custos são difíceis de suportar, a medicação deveria ser mais compartilhada, o Estado devia apoiar-nos mais» (Q30, mulher de 37 anos, nível preparatório, Desempregada).

«Os custos da medicação são mesmo muito difíceis de suportar para nós. Tivemos que desistir de muitos projetos para investir nisto. Quando se está neste processo não se pode pensar em férias, saídas com amigos, jantares fora. Todos os rendimentos possíveis são canalizados para isto (...). Mas nós estamos dispostos a tudo» (Q40, mulher de 33 anos, nível universitário, Professora).

«Conhecemos muitos casais, que fomos conhecendo ao longo desta luta que tiveram que desistir porque não tinham já condições financeiras para suportar os gastos. Conheço até alguns que pediram empréstimos ao banco. Isso é triste, muito triste e desnecessário se o Governo olhasse mais para nós» (Q46, mulher de 40 anos, nível universitário, Técnica de Reinserção Social).

«O Governo queixa-se da falta de crianças e que estamos num país de velhos e temos que pagar estas quantias tão elevadas, quando queremos contribuir para mudar isso? Não é nada fácil» (Q41, mulher de 34 anos, nível secundário, Empregada de balcão).

«Os custos dos medicamentos são exorbitantes, deveriam ser muito mais acessíveis» (Q56, mulher de 37 anos, nível secundário, Costureira).

«Temos feito muitos sacrifícios» (Q60, mulher de 29 anos, nível universitário, Higienista Oral).

«Na semana passada só num dia gastamos 300 euros em medicação. É preciso ver que há casais que não têm esse dinheiro» (Q47, companheiro de 35 anos, nível secundário, Pasteleiro).

Questionadas sobre a necessidade de recurso a alguma ajuda financeira para suportar os custos, apenas três mulheres tiveram necessidade de recorrer a ajuda de familiares para conseguir dar continuidade aos tratamentos.

Em relação aos gastos com os tratamentos, constatou-se que em termos de medicação os valores despendidos pelas inquiridas oscilaram entre os 300 euros e os 500 euros, chegando algumas a apontar um gasto de 700 a 1.000 euros no espaço de poucas semanas. A estes valores, juntam-se os gastos com os transportes. São sobretudo as mulheres que residem a várias dezenas de quilómetros que apontaram para valores entre 300 a 400 euros com transporte. Algumas inquiridas conseguiram mesmo estimar que, em média, por cada ciclo de tratamento já teriam gasto em medicamentos entre 1.000 a 2.500 euros.

5.5.2. Custos indiretos

Todo o processo de tratamento da infertilidade exige não só dispêndio de muito dinheiro como também a perda de muito tempo. O acesso a cuidados de saúde reprodutiva parece estar ainda condicionado pela dificuldade das mulheres em negociarem as faltas com as entidades patronais. A quase totalidade das inquiridas (86,7%) reclamou a necessidade de faltar frequentemente ao trabalho. Uma significativa percentagem de mulheres (38,3%) que reportou ter de faltar ao trabalho, salientou ainda que a entidade patronal desconta os dias que faltam no vencimento no final do mês.

Independentemente de a maior parte das inquiridas ter afirmado que o horário não está estruturado em função da sua vida pessoal e profissional, as mulheres tendem a faltar ao trabalho (Quadro 38).

Quadro 38 - Relação entre a estruturação dos horários e a necessidade de faltar ao trabalho

		Necessidade de faltar ao trabalho		Total
		Não	Sim	
Se horários estruturados em função da vida pessoal e profissional	Não	5	24	29
	Sim	3	28	31
	Total	8	52	60

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.5.3. Impacto no orçamento

Questionadas sobre o impacto dos custos com os tratamentos no seu orçamento, 53,3% das inquiridas afirmaram que os custos têm um impacto médio e 38,3% consideraram que esse impacto é elevado. Estas mulheres que auferem um mais baixo rendimento confrontam-se com um acesso aos tratamentos cada vez mais difícil. Apenas 8,3% confirmaram um impacto baixo (Quadro 39).

Quadro 39 - Impacto do custo no orçamento

Impacto no orçamento	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Baixo	5	8,3	8,3
Médio	32	53,3	61,7
Elevado	23	38,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

A correlação entre a distância percorrida e o impacto dos custos com o tratamento no orçamento das inquiridas mostra que o coeficiente de correlação de Spearman estimado (-0,018) indica uma fraca correlação (negativa) entre a distância percorrida e o impacto dos custos no orçamento. Mais importante, a correlação encontrada não é estatisticamente significativa a níveis convencionais de significância ($p=0,894$). Esperava-se que o aumento da distância percorrida tivesse como consequência um aumento do impacto dos custos no orçamento. O impacto dos custos com os tratamentos verificados parece estar sobretudo relacionado com os gastos com a medicação.

Estudos anteriores [Augusto (2004); Remoaldo e Machado (2008); Silva (2008)] mostram, igualmente, nas suas investigações, esta problemática dos custos inerentes a todo o processo de infertilidade como um sério obstáculo dificilmente ultrapassável pelos indivíduos de mais baixo estatuto socioeconómico. Augusto no seu estudo (2004: 285) reporta que houve casais que mencionaram através dos seus discursos ter de fazer uma «ginástica» orçamental muito apertada para conseguirem dar continuidade aos tratamentos, reforçando a existência de casais que não conseguem de modo algum suportar os custos e prosseguir com os tratamentos.

Remoaldo e Machado (2008) apontam o custo dos tratamentos como um fator discriminatório, por constituir uma séria barreira ao acesso aos cuidados de infertilidade Três dos seus

entrevistados reclamam nas suas narrativas a necessidade de mais apoio financeiro por parte do Estado, nomeadamente, uma maior comparticipação da medicação. O estudo de Carvalho (2009) revela que mais de metade dos seus inquiridos (50,9%) considera que o Estado deveria pagar integralmente os tratamentos de infertilidade.

Como foi mencionado anteriormente, algumas inquiridas confidenciaram, nos seus discursos, o recurso a clínicas de fertilidade privadas. No entanto, sabemos que o fator económico assume um papel preponderante nestes tratamentos de infertilidade. Ao nível do setor privado, é sabido que os tempos de espera são significativamente menores, no entanto, ao nível de custos com os tratamentos, podemos falar em custos bastante mais elevados. O custo de uma FIV pode chegar aos 3.400 euros, acrescido de todos os outros gastos (*e.g.*, medicação, transportes), valores que não estão certamente à disposição de todos.

A permanência em clínicas privadas tornou-se insustentável para os casais e quase todos que a elas recorreram tiveram que desistir.

«Tivemos que desistir do privado porque os custos começaram a ser insuportáveis» (Q43, mulher de 36 anos, nível secundário, Secretária).

5.6. Acesso sociocultural

No sentido de compreendermos melhor a relação e a comunicação estabelecida entre o médico e as mulheres que frequentam as consultas, as inquiridas foram questionadas sobre a compreensão ou não da informação que o(s) médico(s) transmite(m).

A quase totalidade das mulheres (95%) afirmaram compreender tudo que é explicado nas consultas, avaliando o emprego dos termos técnicos que o médico utiliza como «Razoável» (50%) e «Bom» (50%) [Quadro 40]. Não se verificaram opiniões negativas. Contrariamente é possível constatar que no estudo de Augusto (2004) nenhum dos entrevistados afirmou estar totalmente informado, sendo as dúvidas mais frequentes as relacionadas com o uso dos termos médicos. Ressalva-se que da nossa amostra não sabemos até que ponto as inquiridas (50%) que avaliaram o emprego da terminologia médica como «Razoável» se aproximam mais do «Bom» ou do «Pouco adequado».

Quadro 40 - Avaliação do uso dos termos técnicos utilizados

Avaliação do uso de termos técnicos utilizados	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Razoável	30	50,0	50,0
Bom	30	50,0	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

Testou-se a hipótese de existência de relação entre a compreensão da informação do médico e a escolaridade da mulher. O Quadro 41 apresenta a hipótese da distribuição conjunta da escolaridade da mulher e da compreensão da informação. De entre as mulheres que reportaram não compreender o médico, duas possuem cursos universitários.

Quadro 41 - Relação entre a compreensão da informação do médico e a escolaridade da mulher

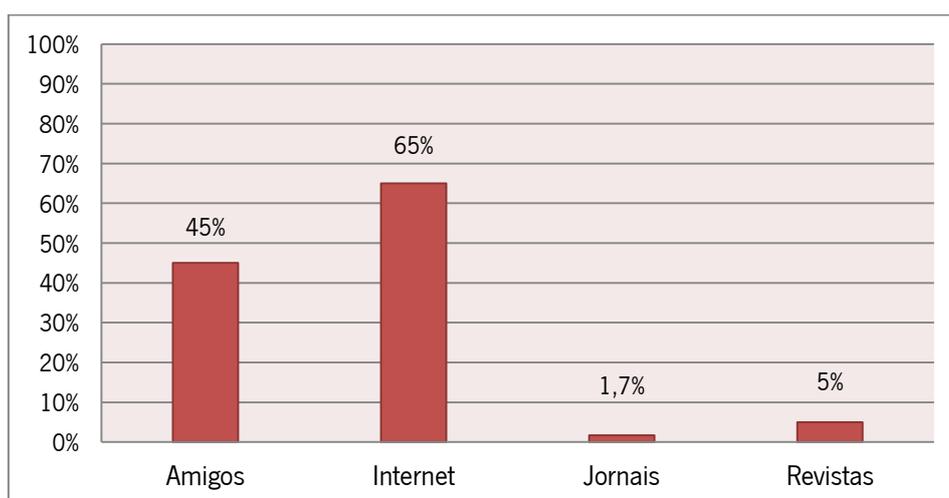
		Escolaridade da mulher				Total
		Primário	Preparatório	Secundário	Universitário	
Se compreende tudo o que o médico diz	Não	0	1	0	2	3
	Sim	1	9	26	21	57
	Total	1	10	26	23	60

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

De acordo com o resultado do teste de qui-quadrado ($\chi^2=2,609$), não podemos rejeitar a hipótese de que não há diferença estatisticamente significativa na compreensão da informação por nível de escolaridade ($p=0,456$).

A maior parte das inquiridas (91,7%) afirmaram ter sido bem informadas durante todo o processo de tratamento pelo qual já tinham passado. Apesar disso, a maioria das mulheres (78,3%) revelou procurar outras fontes de informação, de modo a ficarem (ainda) melhor esclarecidas. Das que não procuraram, algumas inquiridas, nas suas narrativas, revelaram não procurar para evitar confusão com a informação médica. De entre as várias fontes, a internet (65%) parece ser a principal fonte de informação procurada, seguindo-se a informação de amigos (45%), revistas (5%) e jornais (1,7%) [Figura 8].

Figura 8 - Fontes de informação procuradas



Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

O Quadro 42 apresenta a distribuição conjunta entre a procura de outras fontes de informação e a escolaridade da mulher. Os dados sugerem uma concentração de mulheres que procuram outras fontes de informação entre os níveis de escolaridade mais elevados. Esta hipótese é confirmada pela aplicação do teste de Qui-Quadrado ($\chi^2=16,429$). De acordo com o teste de Qui-quadrado rejeita-se a hipótese nula de independência das duas variáveis ($p=0,001$).

Quadro 42 - Relação entre a procura de outras fontes de informação e a escolaridade da mulher

		Escolaridade da mulher				Total
		Primário	Preparatório	Secundário	Universitário	
Se procurou outras fontes de informação	Não	1	6	5	1	13
	Sim	0	4	21	22	47
	Total	1	10	26	23	60

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

5.7. Acesso legal

Questionadas sobre o conhecimento da legislação portuguesa sobre a infertilidade, metade das inquiridas mostrou-se conhecedora da legislação, enquanto 18,3% afirmou desconhecê-la. Refira-se que 31,7% das mulheres afirmaram conhecer muito pouco acerca da legislação portuguesa sobre a infertilidade (Quadro 43).

Quadro 43 - Conhecimento da legislação portuguesa sobre a infertilidade

Conhecimento da legislação portuguesa sobre infertilidade	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Não	11	18,3	18,3
Sim	30	50,0	68,3
Muito pouco	19	31,7	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

De acordo com a legislação, os serviços públicos de saúde financiam até um limite de três ciclos de tratamento. No entanto, apesar de 5% das mulheres concordarem com essa limitação, constatou-se que a quase totalidade das inquiridas (90,0%) discorda, pois consideraram que são poucos os casos que têm sucesso numa primeira ou segunda tentativa. De referir que 5% das inquiridas não tem opinião (Quadro 44).

Quadro 44 - Concordância com a limitação de três tratamentos comparticipados

Concordância com a limitação de três tratamentos comparticipados	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Não	3	5,0	5,0
Sim	54	90,0	95,0
Muito pouco	3	5,0	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

As três narrativas que se seguem expressam bem o que se acabou de mencionar.

«Concordo que haja um limite, mas nunca de três. São muito poucos os casais que têm sucesso à primeira ou segunda tentativa. Num país com tão poucas crianças, deveria haver mais tratamentos comparticipados» (Q52, mulher de 36 anos, nível secundário, Agente).

«Porque é que o Estado financia o aborto na totalidade e não apoia mais os casais inférteis? Se estamos num país que precisa de crianças e se temos casais que querem ter filhos, porque é que o Estado não comparticipa mais do que três tratamentos. Três não são suficientes» (Q3, mulher de 33 anos, nível preparatório, Costureira).

«Era importante que o Estado financiasse mais do que três tratamentos gratuitamente» (Q57, mulher de 28 anos, nível secundário, Cabeleireira).

Como mencionado no decorrer do presente estudo, a lei atual do Serviço Nacional de Saúde garante o pagamento de apenas um tratamento por ano a casa casal. Embora existam casais com a possibilidade de começar uma nova tentativa, não o podem fazer porque ainda não passou um ano (<http://www.mynetpress.com> - Consultado em 04/09/2013). Confrontadas com esta questão, a maior parte das inquiridas (66,7%) não concorda. Por outro lado, e ainda que com uma percentagem menos significativa, 26,7% concorda e 6,7% não tem opinião (Quadro 45).

Quadro 45 - Concordância com o limite de um tratamento por ano

Concordância com a limitação de um tratamento por ano participado	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Não	40	66,7	66,7
Sim	16	26,7	93,3
Muito pouco	4	6,7	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário auto-administrado, realizado entre julho e agosto de 2013.

«Não deveria ser imposto um tratamento por ano. Neste processo a idade é fundamental. Aumentar o espaço de tempo entre cada tratamento é diminuir a possibilidade de conseguirmos ter um filho» (Q8, companheiro de 36 anos, nível primário, Operário Fabril).

«Não faz sentido esta limitação. Para mim que estou próxima dos 40 anos, e sabendo que à medida que a idade aumenta, menos hipóteses tenho de ter sucesso nos tratamentos isto pode significar perder a oportunidade de ter um filho» (Q17, mulher de 39 anos, nível universitário, Investigadora).

Embora não tenha sido alvo de questão, o desejo de receber mais apoio psicológico foi mencionado recorrentemente nas narrativas produzidas pelas mulheres. Sendo a situação de infertilidade, uma situação extremamente difícil de lidar, que provoca sentimentos de frustração, ansiedade, depressão, as mulheres referiram que era muito importante que tivessem apoio contínuo por parte de um psicólogo no sentido de conseguirem lidar melhor com a situação.

«Às vezes falta-nos alguém com quem pudéssemos desabafar. Às vezes entramos em desespero e se tivermos alguém para nos ouvir, que não nos julgue, que não nos questione, era bem mais fácil» (Q21, mulher de 32 anos, nível universitário, Educadora de Infância).

«É um processo muito desgastante, sentimos que nos falta mais apoio psicológico» (Q32, mulher de 34 anos, nível preparatório, Operária Têxtil).

A investigação de Delgado (2007) demonstra, do mesmo modo, que o apoio psicológico é uma necessidade bastante desejada. Dezanove afirmações no seu estudo evidenciaram a necessidade de apoio psicológico durante todo o percurso do tratamento, destacando-se concretamente que o psicólogo deveria ter formação específica para o problema da infertilidade. Como referem Remoaldo e Machado (2008:169) citando Stickler (1992) a maioria dos casais inférteis apresentam-se como «emocionalmente devastados e potencialmente deprimidos», logo, é essencial que o Centro de PMA tenha disponível na sua equipa um Psicólogo, que acompanhe constantemente as mulheres/casais inférteis durante todo o percurso diagnóstico e terapêutico do tratamento.

As mulheres inquiridas no nosso estudo são ainda da opinião que falta, igualmente, uma maior compreensão e menor estigmatização por parte da sociedade, pois referiram não se sentirem compreendidas pelos outros.

Considerações finais

Reconhecendo a importância para os casais inférteis em Portugal na obtenção de cuidados de infertilidade com qualidade e eficiência e no sentido de encontrar sugestões de melhoria que garantam uma maior equidade no acesso a esta vertente da saúde sexual e reprodutiva, a presente investigação procurou entender quais são as principais barreiras que os mesmos enfrentam no acesso aos cuidados de infertilidade utilizando como caso de estudo o Centro de PMA do Centro Hospitalar do Alto Ave. As conclusões do estudo organizaram-se segundo uma análise de dados primária e uma análise de dados secundária.

Os resultados primários do estudo, resultantes da percepção das mulheres, permitiram-nos perceber as necessidades dos casais inférteis no que respeita ao acesso aos cuidados de infertilidade, nas suas diversas vertentes. O estudo sugere que as principais barreiras aos cuidados de infertilidade são as económicas e as legais. As mulheres reclamam, sobretudo, um maior apoio económico e financeiro do Estado, nomeadamente uma maior comparticipação da medicação. As inquiridas reclamam, também, mais do que três tratamentos comparticipados, pois consideram que muito poucos são os casos que conseguem ter sucesso à primeira ou segunda tentativa, bem como a não imposição de um tratamento por ano. As inquiridas reivindicam, ainda, uma redução dos tempos de espera (principalmente no dia das consultas), mais unidades de saúde na área da PMA, no sentido de combater a desigualdade no acesso físico, pois constatou-se que, devido à área de abrangência do Centro, algumas inquiridas têm que percorrer dezenas de quilómetros para aceder ao Centro de PMA. Pedem, também, mais apoio psicológico, um acompanhamento feito sempre pelo mesmo médico, e uma maior compreensão e menor estigmatização por parte da sociedade.

Assim, no sentido de garantir uma maior equidade no acesso aos tratamentos de infertilidade e a promoção de cuidados com qualidade e eficiência no Centro de PMA alvo de estudo, e com base nas sugestões das inquiridas, sugerimos uma adequação da organização do Centro, no sentido de reduzir os tempos de espera no dia das consultas, proporcionando uma maior satisfação dos utentes, melhorar o acolhimento dos casais inférteis, criando um espaço físico só para eles, evitando que eles se “misturem” com as utentes das consultas de obstetria, conseguir agrupar um conjunto de casais para cada médico, de modo a que sejam sempre atendidos pelo mesmo profissional de saúde, combatendo o problema da continuidade dos médicos e um apoio psicológico permanente aos casais. Embora não se tenham verificado

extensas listas de espera para início do tratamento de infertilidade propriamente dito, à semelhança do que acontece em algumas unidades de medicina reprodutiva do país, o Centro de PMA deve ter em conta os tempos de espera que se aproximaram a um ano. O tempo é fundamental para o sucesso dos tratamentos tendo em conta, sobretudo, o avançar da idade das mulheres. Ressalta-se, ainda, a necessidade de o Centro proporcionar um horário mais flexível e alargado para os utentes, evitando as faltas constantes ao trabalho. A experiência de algumas inquiridas em unidades de medicina de reprodução privadas permitiu analisar, em termos comparativos, que as unidades privadas parecem diferir das unidades públicas em termos de tempos de espera, da vantagem de os casais poderem ser acompanhados pelo mesmo médico e pela maior atenção que é dada aos casais.

Numa análise secundária, e com base na revisão da literatura, concluímos que, ao nível das políticas de saúde, o caminho a percorrer em relação ao acesso aos tratamentos de infertilidade ainda é longo, pois as atuais medidas, ainda deixam muitos casais sem acesso aos cuidados de infertilidade.

Analisando os nossos resultados e comparando-os com os estudos de Augusto em 2004, Delgado em 2007, Silva em 2008, Remoaldo e Machado em 2008 constata-se que não ocorreram grandes alterações em relação ao acesso aos cuidados de infertilidade e as necessidades dos casais inférteis parecem manter-se as mesmas. As extensas listas de espera parecem permanecer em algumas unidades de medicina reprodutiva do país, a medicação continua com preços inacessíveis para muitos casais e as seguradoras continuam a não compartilhar os ciclos de tratamento. Acresce, ainda, que as unidades de medicina reprodutiva permanecem distribuídas de forma desigual, obrigando muitos casais a percorrer centenas de quilómetros para fazerem os tratamentos, a qualidade da relação estabelecida com os médicos parece ainda ser difícil, a necessidade de mais apoio psicológico subsiste e as clínicas privadas continuam com preços inacessíveis a maioria dos casais inférteis e não está garantido o acesso a toda a população infértil.

As prioridades devem, assim, concentrar-se, essencialmente, na ampliação da oferta de Centros de Procriação Medicamente Assistida, permitindo uma distribuição geográfica das unidades de medicina reprodutiva mais equitativa, no sentido de reduzir as distâncias/tempo e os tempos de espera para primeiras consultas e do início dos tratamentos, bem como um aumento de recursos humanos especializados na área da medicina reprodutiva. É preciso não esquecer a

insuficiente oferta que existe no sul do país e nas ilhas, onde em cada região apenas existe uma clínica de infertilidade privada, constituindo um claro fator de desigualdade.

Atendendo aos elevados custos que estes tratamentos envolvem e, tendo em conta o atual nível de vida dos portugueses, sugere-se uma maior comparticipação do Estado nas despesas com os tratamentos, nomeadamente, aumentar a comparticipação da medicação, aumentar o número de tratamentos comparticipados, negociarem com as companhias de seguros para que estas considerem a infertilidade como uma doença e comparticipem os ciclos de tratamentos, o que permitiria de certa forma reduzir a sobrecarga excessiva do setor público e não fazer depender o acesso a estes cuidados, da capacidade financeira dos casais.

Uma vez que o tempo é fundamental neste tipo de tratamentos, pois por cada ano que passa, mais elevada é a idade da mulher e menores são as probabilidades de sucesso dos tratamentos, e havendo, de acordo com a SPMR (<http://crescer.sapo.pt/atualidade/noticias/sociedade-de-medicina-de-reproducao-defende-fim-do-limite-aos-tratamentos-de-fertilidade> - consultado em 30/10/2013), capacidade para se fazer mais do que um tratamento por ano, seria importante que os decisores das políticas de saúde repensassem esta questão da limitação de um tratamento por ano.

Parece relevante sugerir a formação dos profissionais de saúde no sentido de ajudá-los a melhorar as suas competências relacionais e comunicacionais no atendimento a este tipo específico de utentes.

Ainda, e tendo em conta que as mulheres começam, cada vez mais, a engravidar perto dos 30 anos, era igualmente importante que o Estado divulgasse diversas campanhas de sensibilização, promovendo a natalidade jovem e mostrando as consequências da maternidade tardia, de modo a que as mulheres tenham o primeiro filho o mais precocemente possível e não adiem a maternidade para idades tão tardias.

Tendo em conta a atual situação em termos demográficos (*e.g.*, significativo envelhecimento pela base e pelo topo da pirâmide etária), um maior investimento na PMA permitirá, certamente, um aumento das taxas de natalidade e, conseqüentemente, uma mudança na atual situação de envelhecimento da população portuguesa. Como refere a presidente da SPMR Teresa Almeida Santos “Será seguramente um enorme esforço, mas para um objetivo comum” (In Agência Lusa, em 01/10/2013).

Os casais inférteis em Portugal, para além do já grande sofrimento de não poderem ter o tão desejado filho, ainda se deparam com inúmeras barreiras (físicas, estruturais e funcionais, económicas, sócio-culturais e legais) que tornam todo o processo ainda mais doloroso

Consideramos que a elaboração desta dissertação se revelou importante e pertinente, não só para os casais inférteis, mas também para os profissionais de saúde e para os decisores das políticas de saúde pois, uma maior perceção e um maior conhecimento da realidade do acesso aos cuidados de infertilidade em Portugal tornam possível a melhoria das dificuldades sentidas e a promoção de estratégias de intervenção que conduzam a uma prestação de cuidados com qualidade e a uma maior equidade no acesso aos cuidados de infertilidade.

O trabalho apresenta, no entanto, importantes limitações. Uma importante limitação prende-se com o número reduzido de inquiridas e o facto de se ter aplicado o questionário apenas num Centro de PMA e a uma amostra de conveniência, o que impossibilita a representatividade da amostra e inviabiliza a extrapolação dos resultados encontrados para o caso específico desta população em Portugal. Outra importante limitação, já enunciada no decorrer da investigação, é o facto de a amostra incluir apenas mulheres já a frequentar as consultas de infertilidade. Ainda assim, o facto de até ao momento não existirem, em Portugal, muitos estudos sobre a problemática da infertilidade e, sobretudo sobre a questão do acesso aos tratamentos, entendemos que o estudo exploratório realizado permitiu uma melhor perceção da realidade, muitas vezes oculta, e das dificuldades com as quais os casais inférteis se deparam, além de um acréscimo na informação relativa a esta vertente da saúde sexual e reprodutiva. Podemos, ainda, apontar como limitação o tempo disponível para o estudo e a pouca experiência na construção de inquéritos por questionário desta natureza.

Seria interessante deixar em aberto a possibilidade de realizar uma segunda investigação no âmbito desta problemática do acesso aos cuidados de infertilidade, uma área, na nossa opinião, ainda pouco desenvolvida, com amostras mais heterogéneas e de maior volume e focar mais a investigação na problemática da continuidade dos médicos e na necessidade de formação dos profissionais de saúde no atendimento a mulheres/casais inférteis.

Bibliografia

Obras e artigos

ADAY, L. A.; ANDERSON, R. (1974), "A framework for the study of access to medical care". *Journal of Health Services Research & Policy*, 9, pp. 208-220.

AUGUSTO, A. (2004), *Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida em Portugal: Dos problemas privados aos assuntos públicos*. Tese de Doutoramento em Sociologia apresentada à Universidade da Beira Interior, Beira Interior, volume I.

BAGANHA, M. I.; RIBEIRO, J.; PIRES, S. (2002), *O sector da saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*, Policopiado, oficina do CES, nº182, Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. (Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>. Consultado no dia 13/09/2013).

BARBOSA, P. A. A. (2009), *O impacto das políticas de saúde na satisfação dos utentes e no acesso aos cuidados de saúde Primário: Estudo de Caso na Unidade de Saúde Familiar Marginal*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Técnica de Lisboa.

BOIVIN, J.; BUNTING, L.; COLLINS J. A.; NYGREN K. G. (2007), "International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care". *Human Reproduction*, 22, pp. 1506-1512.

BRUGO-OLMEDO, S.; CHILIK, C.; KOPELMAN, S. (2001), "Definition and causes of infertility". *Reproductive Biomedicine Online*, 2(1), pp. 41-53.

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.

CONNOLLY, M. P.; LEDGER, W.; POSTMA, M. J. (2010), “Economics of assisted reproduction: Access to fertility treatments and valuing live births in economic terms”. *Human Fertility*, 13(1), pp. 13-18.

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%20Conduta%20em%20Infertilidade%202011.pdf>. Consultado no dia 16/07/2013).

DELGADO, M. J. C. (2007), *O desejo de ter um filho... As vivências do casal infértil*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Aberta, Lisboa.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS) (2009), *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*, Lisboa.

EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (ESHRE). (2008), *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies, Final Report*. (Disponível em: http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/study_eshre_en.pdf. Consultado no dia 17/08/2013).

FERTILITY EUROPE. (2012), *Equality of Access to Medically Assisted Reproduction across Europe*. (Disponível em: <http://docstoc.com/134108587/fertility-europes-position-on-equality-of-access-to-medically-assisted-reproduction-may-2012>. Consultado no dia 18/02/2013).

FERRARETTI, A. P.; GOOSSENS, V.; KUPKA, M.; BHATTACHARYA, S.; MOUZON, J.; CASTILLA, J. A.; ERB, K.; KORSACK, V.; NYBOE ANDERSEN, A. (2013), “Assisted reproductive technology in Europe, 2009. Results generated from European registers by ESHRE”, *Human Reproduction*, 28(9), pp. 2318-2331.

FRENK, J. (1985), “Concept and measurement of accessibility”. *Salud Publica de Mexico*, 27, pp. 438-453.

FIGUEIREDO, H. M. (2004), “Custo efectividade em técnicas de procriação medicamente assistida”, *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XIII, 2, pp. 145-49.

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>. Consultado no dia 06/11/2012).

GARCEAU, L.; HENDERSON, J.; DAVIS, L. J.; PETROU, S.; HENDERSON, L. R.; MCVEIGH, E. (2002), “Economic implications of assisted reproductive techniques: a systematic review”, *Human Reproduction*, vol. 17(2), pp. 3090-3109.

GONÇALVES, J. (2005). “Avaliação do casal infértil”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21(5), pp. 493-503.

GUICHARD, S. (2004), *The Reform of the Health Care System in Portugal*, OECD Economics Department Working Papers, N° 405, OECD Publishing. (Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/080445552681>. Consultado no dia 12/02/2013).

GULLIFORD, M.; FIGUEROA-MUNOZ, J.; MORGAN, M.; HUGHES, D.; GIBSON, B.; BEECH, R.; HUDSON, M. (2002). “What does ‘access to health care’ mean?” *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), pp. 186-188.

HULL, M. G. R.; GLAZENER, C. M. A.; KELLY, N. J.; CONWAY, D. I.; FOSTER, P. A.; HINTON, R. A.; COULSON, C.; LAMBERT, P. A.; WATT, E. M.; DESAI, K. M. (1985), “Population study of causes, treatment, and outcome infertility”, *British Medical Journal*, Vol 291, pp.1693-97, Dezembro.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2012), *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2013), *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa.

JONES, H.W.; COOKE, I.; KEMPERS, R.; BRINDEN, P.; SAUNDERS, D. (2011), *International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010*. (Disponível em: http://www.iffs-reproduction.org/resource/resmgr/newsletters/iffs_surveillance_2010.pdf. Consultado em 10/12/2012).

Ministério da Saúde - RELATÓRIO ANUAL SOBRE O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS – 2012. (2013). (Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt>. Consultado no dia 27/09/2013).

MOONEY, G. (1986), *Economics of medicine and health care*. Reino Unido, The Harvester Press Group.

MOUTINHO, S. (2003), *Tudo por um Filho. Viagem ao Mundo da Infertilidade em Portugal*, Porto, Publicações Dom Quixote.

NUNES, P. S. F. (2012), *Financiamento hospitalar em Portugal: incentivos à selecção e equidade*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Nova de Lisboa.

NYBOE ANDERSEN, A.; GOOSSENS, V.; GIANAROLI, L.; FELBERBAUM, R.; MOUZON, J.; NYGREN, K. G. (2007), “Assisted reproductive technology in Europe, 2003. Results generated from European registers by ESHRE”, *Human Reproduction*, 6, pp. 1513-1525.

OLIVEIRA, I. T. (2008), “Fecundidade das Populações em Portugal, 1960 – 2005”. *Análise Social*, Volume XLIII, 1º trimestre, pp. 29-53.

OMBELET, W. (2008), “False perceptions and common misunderstandings surrounding the subject of infertility in developing countries”. ESHRE Monographs, 1, pp. 8-11.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. (1981), “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, *Medical Care*, 19(2), pp. 127-140.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (2008), *Manual de investigação em ciências sociais*. Trad. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes, Maria Carvalho, Gradiva, 5ª edição, Lisboa. Edição Gradiva.

RAMOS, M. C. (2011), *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

REMOALDO, P. C.; COSTA, M. E. (2002), “Equidade no acesso aos cuidados de saúde – Resultado de dois inquéritos realizados à população”, *Actas do Colóquio Internacional de Saúde e Discriminação Social* (Coord. de Leandro M. *et al.*), Braga: ICS, Universidade do Minho, pp. 71-90.

REMOALDO, P. C. (2002), *Desigualdades Territoriais e Sociais Subjacentes à Mortalidade Infantil em Portugal*, Série Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

REMOALDO, P. C.; MACHADO, H. C.; REIS, I. (2004), “A infertilidade no Concelho de Guimarães – Contributos para o Bem-Estar Familiar”, in CD-ROM de «Actas do V Congresso da Geografia Portuguesa», pp. 1-13.

REMOALDO, P. C.; MACHADO, H. C.; REIS, I. (2006), “O contributo das ciências sociais na compreensão da infertilidade”, *Actas do VIII Seminário Internacional sobre Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e Desafios*, organizado pela Associação Ibero-Americana de Sociologia das Organizações (A.I.S.O.) e pelo Mestrado em Sociologia da Saúde, COSTA, M. S.; LEANDRO, M. E. (org), Braga: Universidade do Minho, pp. 785-796.

REMOALDO, P. C. (2008), “Acessibilidade física, funcional e económica aos cuidados de saúde”, Associação Portuguesa de Geógrafos, pp. 1-15.

REMOALDO, P. C.; MACHADO, H. C. (2008), *O sofrimento oculto – Causas, Cenários e Vivências da Infertilidade*. Porto, Edições Afrontamento.

RIBEIRO, V. P. R. (2012), *Mobilidade e Acessibilidade da População aos Serviços de Saúde: o caso do município de Braga*. Tese de Doutoramento em Geografia apresentada à Universidade do Minho.

ROGERS, A.; FLOWERS, J.; PENCHEON, D. (1999). "Improving access needs a whole systems approach: And will be important in averting crises in the millennium winter". *BMJ: British Medical Journal*, 319, pp. 866-867.

SANTOS, A. T.; e MOURA-RAMOS, M. (2010), *Esterilidade e Procriação Medicamente Assistida*. Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. (2012), "Conceitos de acesso à saúde". *Revista Panamericana Salud Publica*, 31(3), pp. 260-268.

SILVA, S.; BARROS, H. (2012), "Perspectives on access to in vitro fertilization in Portugal". *Revista de Saúde Pública*, 46(2), pp. 344-50.

CARVALHO, J. L. S.; SANTOS, A. (2009). Estudo AFRODITE. "Caracterização da Infertilidade em Portugal". Não publicado. (Disponível em <http://static.publico.pt/docs/sociedade/AfroditeInfertilidade.pdf>. Consultado no dia 20/07/2013).

SILVA, V.; CARVALHO, J. L. S. e CARDOSO, F. (2006). "PMA: Carências, custos, acessibilidade e elasticidade da procura - uma projecção para Portugal", *Revista Ibero-Americana de Procriação Medicamente Assistida*, vol. 23 (6), Nov. – Dez., pp. 363-368.

SILVA, S.; MACHADO, H. (2010), "A governação dos pacientes adequados no acesso à procriação medicamente assistida em Portugal". *Sociologia, Problemas e Práticas.*, (62), pp. 81-96.

SILVA, S. M. R. D. (2008), *Médicos, Juristas e “Leigos” – Um estudo das representações sociais sobre a reprodução medicamente assistida*. Tese de Doutoramento em Sociologia apresentada à Universidade do Porto – Faculdade de Letras, Porto.

SILVA, M. O. (2012), “Relatório sobre a Procriação Mediamente Assistida e Gravidez de Substituição – *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*”. (Disponível em <http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1333387259-relatorio-20.2.2012-revisto-em-2.4.12-1.pdf>. Consultado no dia 12/09/2013).

SIMÕES, A.; PAQUETE, A. ARAÚJO, M. (2006), *Equidade Horizontal no Sistema de Saúde Português: Sector Público vs Sector Privado*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

SOARES, S. M. B. (2008), *Prevalência da infertilidade na cidade do Porto*, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Medicina do Porto, pp. 10-11.

SORENSEN, C.; MLADOVSKY, P. (2006), Assisted Reproduction Technologies in Europe: An overview, European Commission. *The London School of Economics and Political Science*.

TRAVASSOS C.; MARTINS, M. (2004), “Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), pp. 190-198. (Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Consultado no dia 01/07/2013).

World Health Organization (2002), *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: WHO. (Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_MCH_91.9.pdf. Consultado no dia 14/09/2013).

World Health Organization (2010), *WHO Evaluation of National Health Plan Portugal (2004-2010)*. (Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/02/WHO-E.pdf>. Consultado no dia 14/10/2013).

ZEGERS-Hochschild, F.; ADAMSON G. D.; MOUZON, J.; ISHIHARA O.; MANSOUR, R.; NYGREN, K.; SULLIVAN, Poel S. (2009), "The ICMART and the WHO revised glossary on ART terminology". *Human Reproduction*, 24(11) pp. 2683-2687. (Disponível em: <http://humupd.oxfordjournals.org/cgi/ijlink?linkType=ABST&journalCode=humrep&resid=21/8/1968>. Consultado no dia 15/11/2012).

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. (2000), "Gastos em Saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos Serviços de Saúde", *Saude soc.* 9(1-2), pp. 127-150, São Paulo, Jan./Dec. (Disponível em: <http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/eco02072/zucchi-delnero-malik-2000.pdf>. Consultado no dia 24/09/2013).

Legislação consultada

- Circular normativa nº18/2011 de 22 de Julho
- Constituição da República Portuguesa
- Decreto-Lei nº11/93 de 15 de Janeiro
- Despacho nº14788/2008 de 6 de Maio
- Despacho nº24855/2008 de 26 de Setembro
- Despacho nº8986/2009 de 4 de Dezembro
- Despacho nº10789/2009 de 20 de Abril
- Despacho nº10910/2009 de 22 de Abril
- Lei nº32/2006 de 26 de Julho
- Portaria nº154/2009 de 9 de Fevereiro
- Portaria nº273/2012 de 5 de Setembro
- Portaria nº67/2011 de 4 de Fevereiro

World Wide Web

- <http://www.ine.pt> (site do Instituto Nacional de Estatística)
- <http://www.apfertilidade.org> (site da Associação Portuguesa de Fertilidade)
- <http://www.spmr.pt/> (site da Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução)
- <http://www.min-saude.pt/portal> (site do Ministério da Saúde)
- <http://www.dgs.pt> (site da Direcção Geral da Saúde)
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home> (site do EUROSTAT)
- <http://www.pordata.pt/> (site do PORDATA)
- <http://www.cnpma.org.pt/> (site do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida)

Anexo I – Inquérito por questionário

I. Dados demográficos

1. Idade: ____ anos. idade do seu companheiro: ____ anos.
2. Residência: Freguesia _____ Concelho _____
3. Estado civil: _____
4. Nível de escolaridade: Sem estudos que confirmam grau de ensino 1º Ciclo do Ensino Básico (até 4 anos) 2º Ciclo do Ensino Básico (até 6 anos) Secundário Universitário
Nível de escolaridade do seu companheiro: Sem estudos que confirmam grau de ensino 1º Ciclo do Ensino Básico (até 4 anos) 2º Ciclo do Ensino Básico (até 6 anos) Secundário Universitário
5. Profissão: _____
Profissão do seu companheiro: _____

II. Dados clínicos

Por favor, responda considerando apenas a sua experiência neste Centro de PMA

6. Em que fase dos tratamentos se encontra?
 A realizar exames
 A tomar medicação/ injeções para produzir óvulos e/ou melhorar o esperma
 A realizar inseminação artificial/ FIV / injeção intracitoplasmática de espermatozoides/
outro tratamento
 Em lista de espera para iniciar o tratamento (por exemplo Fertilização *in vitro*)
 Outra situação _____
7. Tem filhos biológicos?
 Sim Não
8. Há quanto tempo está a tentar engravidar? _____
9. Qual foi a primeira ajuda que procurou quando se deparou com as dificuldades que tinha em engravidar?
 Médico de família
 Médico particular
 Hospital público (passar para a pergunta 12)
 Clínica privada de Fertilidade
 Outro(a) Qual? _____

10. Posteriormente foi reencaminhada para outra instituição?

- Sim Não

11. Se respondeu SIM, para qual? _____

12. Sabe a causa pela qual não consegue engravidar?

- Sim Não

13. Se indicou SIM, qual foi a causa que lhe indicaram?

Anomalias femininas		Anomalias masculinas	
Deficiências de ovulação		Ausência de espermatozoides	
Alteração nas trompas		Poucos espermatozoides	
Defeitos no útero		Espermatozoides anormais	
Idiopática - Desconhecida		Idiopática - Desconhecida	

Outra situação. Qual? _____

De seguida serão colocadas questões relativas à sua experiência nos serviços médicos de fertilidade onde se encontra atualmente a receber tratamento.

III. Acesso físico

14. Qual é a distância em quilómetros da sua residência ao Hospital onde realiza as consultas/tratamento de infertilidade? _____

15. Quanto tempo gasta na deslocação?

- < 10 minutos
 10 – 29 minutos
 30 – 59 minutos
 60 e mais minutos

16. Que tipo de transporte utiliza para se deslocar?

- Viatura própria Autocarro Comboio Táxi A pé

17. **(Responder caso o tipo de transporte seja público)**

Qual é a sua opinião sobre a localização das paragens dos transportes públicos?

- Boa Razoável Pouco adequada Má

18. **(Responder caso o tipo de transporte seja viatura própria)**

Qual é a sua opinião sobre a oferta de estacionamento do centro?

- Bom Razoável Pouco adequada Má

19. Quão satisfeita está com a localização do centro de PMA em relação à sua residência?

- Muito insatisfeita Insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita

IV. Acesso estrutural e funcional aos tratamentos de infertilidade

20. Quanto tempo esperou até conseguir a primeira consulta neste serviço?

- 0 – 3 meses
 4 – 6 meses
 7 – 12 meses
 13 – 18 meses
 19 – 24 meses
 Mais de dois anos
 Não me recordo

21. Qual é a sua opinião sobre esse tempo de espera?

- Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau

22. Já realizou algum tratamento? (Se respondeu NÃO passe para a pergunta 22)

- Sim Não

Qual? _____

23. Quanto tempo esteve em lista de espera para iniciar o tratamento desde que terminou o estudo da infertilidade (Ex: Inseminação artificial; FIV; ICSI)?

- 0 – 3 meses
 4 – 6 meses
 7 – 12 meses
 13 – 18 meses
 19 – 24 meses
 Mais de dois anos
 Não me recordo

24. Qual é sua opinião sobre esse tempo de espera

- Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau

25. Quanto tempo espera, em média, na sala de espera até ser chamada pelo médico para a consulta?

- Menos de 15 minutos
 15 a 30 minutos

31 a 60 minutos

Mais de 1 hora

26. Qual é a sua opinião sobre esse tempo de espera?

Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau

27. Os horários das consultas estão estruturados em função da sua vida pessoal e profissional?

Sim Não

28. As suas preferências em relação ao horário/dia da consulta são tidas em conta?

Sim Não

29. Qual é a sua opinião sobre a organização do Centro de PMA no que diz respeito a:

	Muito Fraca	Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa
Qualidade das instalações					
Conforto da sala de espera					
Espaço onde decorre a consulta					
Limpeza e higiene das instalações					

30. Avalie a sua satisfação com os seguintes aspetos:

	Muito Fraca	Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa
Interesse do médico pelo caso					
Disponibilidade de tempo na consulta					
Espaço onde decorre a consulta					
Limpeza e higiene das instalações					

V. Acesso económico

31. No caso de ainda estar a realizar exames e medicação, qual é o montante médio que já gastou em:

Transportes: _____ €

Medicação: _____ €

Outros gastos: _____ €

32. Caso já tenha terminado algum tratamento de infertilidade (inseminação artificial, FIV ou ICSI), qual o montante total que gastou, aproximadamente, com todo esse processo?
_____ €

33. Os medicamentos são comparticipados pelo Estado em 69%. Considera que essa comparticipação é suficiente para suportar os custos com a medicação?

Sim Não

34. Qual é o nível de impacto que o custo com os tratamentos tem no seu orçamento familiar?

Baixo Médio Elevado

35. Alguma vez teve necessidade de recorrer a alguma ajuda para suportar os custos?

Sim Não

36. Alguma vez teve necessidade de faltar ao trabalho?

Sim Não

37. Essa falta foi-lhe descontada no vencimento?

Sim Não

VI. Acesso sociocultural

38. Nas consultas, compreende tudo que o(a) médico(a) lhe diz?

Sim Não

39. Como avalia o uso dos termos técnicos que o(a) médico(a) utiliza?

Bom Razoável Pouco adequado Mau

40. Durante todo o processo pelo qual já passou foi sendo bem informada de tudo que se passava?

Sim Não

41. Teve outras fontes de informação sobre os tratamentos de infertilidade?

Amigos

Jornais

Revistas

Internet

Não. Apenas a informação dos médicos

VII. Acesso legal

42. Conhece a legislação portuguesa sobre a infertilidade?

- Sim Não Muito pouco

43. Na sua opinião, o Estado deveria comparticipar mais do que **três** tratamentos a cada casal?

- Sim Não Não tem opinião

44. Concorda com o limite de **um** tratamento por ano a cada casal?

- Sim Não Não tem opinião

VIII. Geral

45. Para finalizar, qual é o rendimento total líquido mensal (com descontos), da sua família, incluindo salários, rendas, pensões, abonos, subsídios,...?

- Até 500 €
 de 510 até 1000 €
 de 1001 até 2500 €
 de 2501 até 3000 €
 de 3001 até 3500 €
 de 3501 até 4000 €
 Superior a 4000 €

Sugestões:

46. Na sua opinião, há alguma coisa que poderia facilitar ou melhorar a situação das mulheres/casais inférteis em Portugal? Que outras dificuldades tem sentido no decorrer do processo e que não tenham sido mencionados neste questionário?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética

Enviado:

Para:

Assunto:

Impressão:

Comunicação Interna nº 44/CES

Data 18.07.2013

Para Exmª Senhora Directora Clínica

Assunto: Pedido de emissão de parecer

Nos termos da reunião desta Comissão de Ética, dá-se conhecimento a V. Exª do parecer emitido no passado dia 5 de Junho de 2013:

“Apreciado o pedido de autorização para realização do projecto de investigação subordinado ao tema “Acesso aos tratamentos de infertilidade no municio de Guimarães” no âmbito da dissertação de mestrado em Economia e Política da Saúde da UM apresentado pela aluna de mestrado, Juliana Patrícia Alves Faria. A Comissão de Ética em face das informações constantes do processo, entendeu nada a opôr sob o ponto de vista ético ao estudo proposto, desde que na sua execução seja preservada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos doentes, sejam cumpridos rigorosamente os princípios aplicáveis da Deliberação nº 227 da CNPD e se comprometa a entregar a esta Comissão de Ética fotocópias assinadas dos formulários de informação e consentimento esclarecido do doente ou do seu representante legal. A selecção da amostra e a obtenção do consentimento informado deve ser realizado pelo médico assistente durante a realização da consulta.”

Com os melhores cumprimentos.


João Lima Reis
Presidente da CES

Autenticado
m/ente
9/8/13

Núcleo de Ensino
Pré e Pós Graduação
Data 200808 Reg. Ent. n.º 314/2013

(recebido
o parecer e disp.)

Anexo III – Clínicas de infertilidade

Clínicas de infertilidade em Portugal de acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2013.

Centros Públicos de PMA

Norte

- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
- Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
- Centro Hospitalar do Porto, EPE – Maternidade Júlio Dinis
- Centro Hospitalar de São João, EPE

Centro

- Centro Hospitalar de Coimbra, EPE
- Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE

Lisboa e Vale do Tejo

- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria
- Hospital Garcia da Orta, EPE
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Centros Privados de PMA

Norte

- CEIE – Centro de Estudos de Infertilidade e Esterilidade
- CETI – Centro de Estudos e Tratamento da Infertilidade
- CGR – Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros, Lda.
- COGE – Clínica de Obstétrica e Ginecológica de Espinho
- FERTICARE – Centro de Medicina da Reprodução de Braga, Lda.

Centro

- CLINIMER – Clínica de Medicina da Reprodução, Lda.

- Espaço Fertilidade, Lda.
- FERTICENTRO – Centro de Estudos de Fertilidade, SA

Lisboa e Vale do Tejo

- AVA Clinic – Cuidados Médicos, Lda.
- British Hospital XXI
- CEMEARE – Centro Médico de Assistência à Reprodução, Lda.
- CLIFER – Clínica de Infertilidade, Lda.
- CLINDIGO – Clínica de Diagnóstico, Infertilidade, Ginecologia e Obstetrícia, Lda.
- Hospital dos Lusíadas – Hospitais Privados de Portugal, HPP Centro SA
- IMOCLÍNICA – Investimentos Médicos, SA
- IVI – Instituto Valenciano de Infertilidade, Clínica de Reprodução Assistida, Lda.

Algarve

- FERTIMED – Centro Médico de Reprodução Humana Assistida

Açores

- Meka Center – Clínica da Mulher

Madeira

- FERTIMADEIRA – Centro de Estudos de Fertilidade e de Criopreservação da Madeira, Lda.

Anexo IV – Estatística descritiva das variáveis utilizadas na análise

Variáveis estudadas	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade da mulher	33,92	34,00	3,642	25	40
Escolaridade da mulher	3,18	3,00	0,770	1	4
Distância percorrida	20,68	18,00	14,393	2	70
Tempo de deslocação	2,07	2,00	0,686	1	3
Opinião sobre a oferta de estacionamento	3,00	3,00	0,844	1	4
Opinião sobre a oferta de paragens de transportes	3,67	4,00	0,577	3	4
Satisfação relativa à localização do Centro	3,20	3,00	0,605	2	4
Tempo de espera para 1ª consulta	2,23	2,00	1,226	1	7
Opinião sobre o tempo de espera para 1ª consulta	3,10	3,00	0,667	2	5
Tempo em lista de espera para iniciar tratamento	2,12	2,00	0,857	1	4
Opinião sobre o tempo em lista de espera	3,21	3,00	0,696	2	5
Tempo de espera na sala de espera	2,60	2,00	0,718	2	4
Opinião sobre o tempo na sala de espera	2,88	3,00	0,666	1	4
Qualidade das instalações	3,75	4,00	0,654	2	5
Conforto na sala de espera	3,37	3,00	0,520	2	4
Espaço onde decorre a consulta	3,72	4,00	0,613	2	5
Limpeza e higiene das instalações	4,00	4,00	0,611	3	5
Interesse do médico	4,20	4,00	0,755	3	5
Disponibilidade	3,97	4,00	0,712	3	5
Aconselhamento	4,17	4,00	0,763	2	5
Relacionamento com o médico	4,17	4,00	0,717	3	5
Impacto dos custos no orçamento	2,30	2,00	0,619	1	3