



ESTUDOS

23 DE DEZEMBRO DE 2025

ACESSO A PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA



Ficha Técnica

Título: Acesso a Procriação Medicamente Assistida

Editor: Entidade Reguladora da Saúde
Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto
e-mail: geral@ers.pt | telef.: 222 092 350 | fax: 222 092 351 | website: www.ers.pt

Elaborado por: Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde

Data: 30 de setembro de 2025

Versão atualizada em: 30/09/2025

Aprovado pelo Conselho de Administração em 29/10/2025

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2025

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).



Índice

1. Introdução.....	8
2. Enquadramento legal.....	13
2.1. Lei que regula a Procriação Medicamente Assistida	15
2.2. Despacho n.º 679/2017, de 06 de janeiro de 2017	16
2.3. Circulares Normativas da ACSS	17
2.4. Relatório sobre o “Alargamento dos Programas Públicos de Acesso à Procriação Medicamente Assistida e Promoção de Doações ao Banco Público de Gâmetas”	20
3. Intervenção regulatória	25
3.1. Reclamações e elogios	25
3.2. Processos de inquérito	27
4. Caracterização da oferta.....	30
5. Caracterização da procura.....	36
6. Acesso.....	38
6.1. Primeiras consultas de fertilidade	38
6.1.1. Utentes atendidos	38
6.1.2. Utentes em lista de espera	43
6.2. Técnicas de PMA	45
6.2.1. Centros públicos de PMA.....	45
6.2.2. Centros privados de PMA	49
7. Conclusões.....	52



Índice de abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

BPG – Banco Público de Gâmetas

CAF – Consulta de Apoio à Fertilidade

CNPMA – Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FIV – Fertilização *in vitro*

IA – Inseminação Artificial Intrauterina

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide

IO – Indução de Ovulação

OMS – Organização Mundial da Saúde

PMA – Procriação Medicamente Assistida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

ULS – Unidades Locais de Saúde



Sumário Executivo

No âmbito das suas atribuições e competências, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem levado a cabo intervenções regulatórias em matéria de Procriação Medicamente Assistida (PMA), que permitem identificar a existência de constrangimentos no acesso a primeira consulta de especialidade hospitalar de apoio à fertilidade (CAF), nomeadamente no que respeita aos critérios de referenciação, ao cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), no acesso, em tempo útil e adequado, às técnicas de 1.^a e 2.^a linha de PMA, e ainda pela existência de constrangimentos relacionados com os critérios de acesso a financiamento público definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Neste contexto, o Conselho de Administração (CA) da ERS determinou, a 16 de maio de 2024, a abertura de um processo de monitorização, registado internamente sob o n.º PMT/004/2024, com o objetivo de monitorizar o acesso às técnicas de PMA, caracterizar a respetiva oferta pública e privada e analisar a evolução da atividade realizada pelos centros autorizados a ministrar estas técnicas, no âmbito do qual se insere o presente estudo.

Assim, o presente estudo pretende, por um lado, promover o enquadramento jurídico aplicável à PMA e aos direitos dos utentes no acesso à referida prestação de cuidados de saúde, e analisar os procedimentos implementados nos estabelecimentos do SNS para garantia do acesso a estas técnicas. Pretende-se também caracterizar a oferta pública e privada de cuidados de PMA, avaliar o acesso a este tipo de cuidados e analisar a evolução da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de PMA entre 2021 e 2024.

De acordo com os dados recolhidos, foi possível concluir que em Portugal continental, em 2024, existiam nove centros públicos autorizados a ministrar técnicas de PMA e 17 centros privados. A NUTS II do Norte apresentava o maior número de centros de PMA, públicos e privados, contrastando com as NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e do Alentejo que não dispunham de oferta pública nem privada.

Em 2024, observou-se um aumento de 20,5% no número de primeiras consultas realizadas no SNS, face a 2023, tendo sido obtida uma mediana do tempo de espera para realização de primeira consulta de 142 dias e uma percentagem de incumprimento



do TMRG de 68,5%, o que corresponde, respetivamente, a uma redução de 26 dias e de 13,5 pontos percentuais (p.p.), face ao ano anterior.

Por outro lado, verificou-se um aumento consistente no número de utentes em lista de espera para primeira consulta (CAF) desde 2021, sendo que dos utentes que no final de 2024 estavam a aguardar por primeira consulta de apoio à fertilidade, 43,0% já tinham excedido o TMRG aplicável.

O aumento do número de primeiras consultas de apoio à fertilidade, foi acompanhado por um aumento no número total de técnicas de 1.^a linha realizadas nos centros públicos de PMA, com a única exceção a registar-se em 2023, devido à diminuição de Inseminação Artificial Intrauterina (IA) que tem vindo a registar-se ao longo dos últimos quatro anos.

Quanto às técnicas de PMA de 2.^a linha, entre 2021 e 2024, observou-se um aumento de cerca de 30,6% no número de técnicas realizadas, tendo sido registada apenas uma redução no número de Fertilização *in vitro* (FIV) em 2024.

As unidades hospitalares localizadas nas NUTS II do Norte e do Centro foram as que realizaram maior número de técnicas de PMA (48,7% e 25,2%, respetivamente). Este resultado contrasta com o obtido na análise às primeiras consultas, que permitiu concluir que a NUTS II da Grande Lisboa era a segunda com maior volume de primeiras consultas realizadas no período entre 2021 e 2024.

Relativamente ao tempo de espera para acesso às técnicas de PMA, importa salientar que apenas foi possível aferir o tempo de espera para uma amostra reduzida de utentes (23,7%), dadas as limitações ao nível dos sistemas informáticos em utilização nas unidades hospitalares, que não permitem o apuramento integral e fiável dos dados relativos ao tempo de espera para todas as técnicas.

Os dados analisados permitiram aferir que as técnicas de PMA de 2.^a linha apresentam medianas de tempos de espera superiores, face aos observados para as técnicas de PMA de 1.^a linha, o que poderá ser justificado pela maior complexidade associada a estas técnicas. Concretamente, os tempos de espera para acesso a FIV e Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) foram superiores a um ano, enquanto o tempo de espera para acesso a IA se fixou nos 163 dias e para Indução de Ovulação (IO) nos 204 dias. A nível regional, as NUTS II da Península de Setúbal e da Grande



Lisboa apresentaram as medianas do tempo de espera mais elevadas, para o período analisado.

Por outro lado, nos centros privados também se observou um aumento do número de ciclos realizados, justificado pelo aumento no número de FIV/ICSI, uma vez que as IA realizadas também diminuíram. A atividade realizada pelos centros privados localizados na NUTS II da Grande Lisboa correspondeu a 54,1% de toda a atividade de PMA realizada pelo setor privado.

No âmbito do presente estudo, foram realizados diversos pedidos de cooperação institucional, nomeadamente ao Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), o qual, em resposta ao referido pedido, veio dar conta da necessidade urgente de investimento em recursos humanos, infraestruturas, equipamentos e sistema de informação, reforçando as recomendações que surgem no relatório sobre o alargamento dos programas públicos de acesso à PMA e promoção de doações ao Banco Público de Gâmetas (BPG).



1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define infertilidade como uma doença do sistema reprodutor masculino ou feminino, que se traduz na incapacidade de engravidar após 12 ou mais meses de relações sexuais regulares desprotegidas.¹

Embora seja difícil avaliar a prevalência global da infertilidade², as estimativas da OMS sugerem que aproximadamente entre 60-80 milhões de casais em todo o mundo sofrem desta doença. Um estudo de Boivin et al., (2007)³ estimou uma prevalência de infertilidade entre os 3,5% e os 16,7% nos países mais desenvolvidos e entre os 6,9% e os 9,3% nos menos desenvolvidos, valores que levaram a uma média estimada de 9,0%, quer para o primeiro grupo de países, quer para o segundo.

Em Portugal, um estudo desenvolvido através de inquéritos à comunidade, permitiu estimar a prevalência da infertilidade ao longo da vida entre os 9% e os 10%⁴. Esse estudo permitiu também concluir que 9,8% das mulheres com idade entre os 25 e os 69 anos tiveram um problema de infertilidade ao longo da vida, e que para as mulheres entre os 25 e os 44 anos este valor foi de 8,2%.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, a infertilidade pode estar associada a diferentes fatores, existindo uma proporção muito semelhante entre os fatores de ordem feminina (30%-40%) e masculina (20%-30%), com particular destaque para os problemas de ovulação, para a obstrução das trompas uterinas ou do útero, a endometriose e as anomalias na produção de espermatozoides. Em 30% dos casos os dois membros do casal contribuem, em maior ou menor grau, para a situação, e em 5%-10% dos casos não é possível explicar as causas da infertilidade⁵. Fatores relacionados com o estilo de vida, como o tabagismo, consumo excessivo de álcool e

¹ Informação disponível para consulta em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

² Mascarenhas, M., Cheung, H., Mathers, C., & Stevens, G. (2012). Measuring infertility in populations: Constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys. *Population Health Metrics*, 10(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-17>

³ Boivin, J., Bunting, L., Collins, e Nygren, K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), pp.1506-1512

⁴ Carvalho, J., Santos, A. (2009). Estudo Afrodite. Caracterização da Infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade.

⁵ Informação disponível para consulta em: <https://spmr.pt/perguntas>



obesidade podem também afetar a fertilidade. Acresce que, a intenção das mulheres de ter filhos numa idade mais avançada também aumenta a probabilidade de infertilidade.

De acordo com o Despacho n.º 1619-A/2021, de 10 de fevereiro, que determinou a criação de um grupo de trabalho destinado à avaliação do alargamento dos programas públicos de acesso à Procriação Medicamente Assistida (PMA) e à definição de estratégias de promoção de doações ao Banco Público de Gâmetas (BPG), o recurso à PMA é, frequentemente, a única forma de concretizar o desejo parental, devendo ser enquadrada como a concretização do direito à saúde, cabendo ao Estado a garantia de acesso a tratamentos e cuidados de saúde de qualidade, compreensivos e atempados.

Deste modo, as técnicas de PMA poderão ser a resposta para casos clínicos de infertilidade, mas também para situações de mulheres sem parceiro e de casais de mulheres que desejam engravidar – em junho de 2016 foi aprovado o alargamento do universo de possíveis beneficiários destas técnicas, garantindo o acesso de todas as mulheres a técnicas de PMA.

De acordo com a informação publicada pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) no Relatório de Atividade Desenvolvida pelos Centros de PMA em 2021, nesse ano nasceram em Portugal 3.424 crianças como resultado do uso de técnicas de PMA, o que representa 4,1% do número total de crianças nascidas em Portugal nesse ano.

O tratamento mais simples da infertilidade consiste na indução da ovulação (IO). A inseminação artificial intrauterina (IA) e a fertilização *in vitro* (FIV), com ou sem microinjeção intracitoplasmática (ICSI), podem ser indicados quando a abordagem inicial com indutores da ovulação falhar, ou constituir uma primeira opção se forem identificados outros fatores de infertilidade que tornem desadequada a simples indução da ovulação. A IO e a IA são consideradas técnicas PMA de 1.º linha, enquanto a FIV e a ICSI são consideradas técnicas PMA de 2.º linha⁶.

A infertilidade é uma condição clínica com implicações psicológicas, económicas e médicas⁷, e por esse motivo, quando as técnicas de PMA são bem-sucedidas, podem

⁶ Circular Normativa n.º 4/2021/ACSS, de 4 de março de 2021, relativa ao acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade.

⁷ Kumar, N., & Singh, A. K. (2015). Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: A review of literature. *Journal of human reproductive sciences*, 8(4), 191–196. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.170370>



contribuir para a melhoria do estado emocional de uma mulher ou casal com infertilidade. No entanto, os possíveis benefícios da PMA podem ser reduzidos se as técnicas forem realizadas em idade mais avançada, quer pela menor taxa de sucesso associada, quer pelos maiores riscos que uma gravidez tardia pode acarretar.

Ora, em 2017, a ERS realizou um estudo sobre a análise do acesso à PMA, que permitiu concluir pela existência de constrangimentos relevantes no acesso a centros públicos de PMA. Acresce que as recentes intervenções regulatórias da ERS nesta matéria, no âmbito das suas atribuições e competências, permitiram concluir pela existência de constrangimentos no acesso a primeira consulta de especialidade hospitalar de apoio à fertilidade, nomeadamente no que respeita: (I) aos critérios de referenciação, (II) ao cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), (III) no acesso, em tempo útil e adequado, às técnicas de 1.^a e 2.^a linha de PMA, e ainda (IV) pela existência de constrangimentos relacionados com os critérios de acesso a financiamento público definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Por outro lado, a avaliação realizada pelo grupo de trabalho criado ao abrigo do Despacho n.º 1619-A/2021, de 10 de fevereiro (para alargamento dos programas públicos de acesso à PMA e à definição de estratégias de promoção de doações ao BPG), culminou com a elaboração de um relatório onde foram vertidas todas as conclusões obtidas e emanadas as respetivas recomendações.

No decurso da atividade regulatória e de supervisão da ERS, foi possível apurar que algumas das recomendações vertidas no referido relatório foram já implementadas, com repercussões na capacidade de resposta dos prestadores de cuidados de saúde, pelo que se afigura igualmente oportuno analisar o respetivo impacto no acesso tempestivo e adequado aos referidos cuidados.

Deste modo, a 16 de maio de 2024, o Conselho de Administração (CA) da ERS determinou a abertura de um processo de monitorização, registado internamente sob o n.º PMT/004/2024, no qual se insere o presente estudo, com o objetivo de monitorizar o acesso às técnicas de PMA, caracterizar a respetiva oferta pública e privada, analisar a evolução da atividade realizada pelos centros autorizados a ministrar estas técnicas e garantir a necessária atuação regulatória, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, conforme melhor descrito no capítulo três do presente estudo.



Assim, com este estudo pretende-se realizar a descrição do enquadramento jurídico aplicável à PMA e dos direitos dos utentes para acesso à referida prestação de cuidados de saúde, e analisar os procedimentos implementados nos estabelecimentos do SNS para garantia do acesso a estas técnicas.

É também objetivo caracterizar a oferta pública e privada de cuidados de PMA, avaliar o acesso a este tipo de cuidados e analisar a evolução da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de PMA.

O presente estudo encontra-se dividido em sete capítulos, sendo o primeiro introdutório. No capítulo dois é realizado o enquadramento legal do tema, com referência à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na redação atual, que regula a utilização de técnicas de PMA. Neste capítulo, é igualmente feita referência ao Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril, que determina a adoção de medidas que minimizem as dificuldades no acesso a tratamentos de PMA, e ao Despacho n.º 679/2017, de 11 de janeiro, que redefine a estratégia de acesso a técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde (SNS). São também referidas as Circulares Normativas emanadas pela ACSS, onde têm sido fixadas as *“condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde [...] relativa ao Programa Específico para Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade”* e critérios de acessibilidade a financiamento público específico.

No capítulo três analisam-se as intervenções regulatórias da ERS sobre esta temática, pretendendo-se aferir, através da análise de processos REC⁸, dos processos de inquérito e do processo de monitorização em curso, quais os principais constrangimentos e problemas sentidos pelos utentes. Adicionalmente, são também analisados os procedimentos implementados nos estabelecimentos do SNS para garantia do acesso à PMA.

O capítulo quatro é dedicado à caracterização da oferta pública e privada de cuidados de PMA, com referência à rede de referenciação de infertilidade aprovada pelo Despacho n.º 24855/2008, de 26 de setembro, e atualizada em outubro de 2010. Por sua vez, o capítulo cinco é dedicado à caracterização da procura.

O capítulo seis avalia o acesso a este tipo de cuidados e analisa a evolução da atividade dos centros autorizados a ministrar técnicas PMA. Além disso, este capítulo tem também

⁸ Os processos REC incluem os processos de reclamação, sugestão ou elogio rececionados pela ERS.



como objetivo avaliar o cumprimento dos TMRG, não só para os utentes atendidos, como também para os utentes em lista de espera para acesso a primeira consulta de especialidade, e o tempo de espera para acesso a cada uma das técnicas. No último capítulo são apresentados os principais resultados e conclusões obtidos, com sinalização dos principais problemas identificados.



2. Enquadramento legal

De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, esta tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS *“tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*, sinalizando o n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita: “[à] *garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*” (cfr. alínea b)).

O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS *“exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social”* (cfr. n.º 1), estando, assim, sujeitos *“à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas”* (cfr. n.º 2).

Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, desde logo, o de assegurar o cumprimento *“dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”* (cfr. alínea b)).

Compete-lhe, ademais, *“garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”* (cfr. alínea c)), bem como *“zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”* (cfr. alínea d)).



Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.

Assim, o artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que, para efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º, incumbe à ERS “[a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados” (cf. alínea a)) e “[p]revenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados” (cf. alínea b)).

O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (cfr. alínea a)).

O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)” (cf. alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (cf. alínea d)).

Finalmente, de acordo com a alínea c) do artigo 14.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, sem prejuízo das competências atribuídas a outras entidades, como a DGS.

Para tanto, em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário,



sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).

Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.

Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.

2.1. Lei que regula a Procriação Medicamente Assistida

A utilização de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) encontra-se regulada na Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pelas Leis n.º 59/2007, de 4 de setembro, Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto, Lei n.º 58/2017, de 25 de julho, Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, Lei n.º 48/2019, de 8 de julho, Lei n.º 72/2021, de 12 de novembro e Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro.

O artigo 2.º da referida Lei concretiza que esta se aplica às seguintes técnicas de PMA: (i) inseminação artificial; (ii) fertilização in vitro; (iii) injeção intracitoplasmática de espermatozoides; (iv) transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; (v) diagnóstico genético pré-implantação (DGPI); (vi) outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias.

De acordo com o artigo 4.º, as técnicas de PMA constituem um método subsidiário, e não alternativo, de procriação (n.º 1), sendo que a utilização das referidas técnicas só pode verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras (n.º 2).



Para efeitos da referida Lei, podem recorrer às sobreditas técnicas de PMA os casais de sexo de diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como todas as mulheres, independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual (n.º 1 do artigo 6.º).

Acrescentando o n.º 2 do mesmo artigo que as técnicas só podem ser utilizadas em benefício de quem tenha, pelo menos, 18 anos de idade e desde que não exista uma sentença de acompanhamento que vede o recurso a tais técnicas.

Os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável (n.º 1 do artigo 14.º), devendo, para o efeito, ser previamente informados, também por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização das técnicas de PMA, bem como das suas implicações éticas, sociais e jurídicas (n.º 2).

Reconhecendo-se, ainda, enquanto direito dos beneficiários das técnicas de PMA, o direito a “*conhecer as razões que motivem a recusa de técnicas de PMA*” (cfr. alínea d) do artigo 12.º);

O consentimento dos beneficiários é livremente revogável por qualquer deles até ao início dos processos terapêuticos de PMA (cfr. n.º 5 do artigo 14.º).

2.2. Despacho n.º 679/2017, de 06 de janeiro de 2017

Em 11 de janeiro de 2017, foi publicado, em Diário da República, 2.ª Série, N.º 8, o Despacho n.º 679/2017, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o qual, por se considerar relevante “proceder a uma redefinição da estratégia da PMA no SNS por forma a melhorar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da infertilidade, por um lado, assim como, por outro lado, a garantir um acesso efetivo a técnicas de PMA por parte de todos os beneficiários consagrados na Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pelas Leis n.º 59/2007, de 4 de setembro, 17/2016, de 20 de junho, e 25/2016, de 22 de agosto, por aplicação dos mesmos critérios de acesso”, determina que:

[...]

1 - A redefinição da estratégia de acesso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Lei n.º 32/2006,



de 26 de julho, alterada pelas Leis n.os 59/2007, de 4 de setembro, 17/2016, de 20 de junho, e 25/2016, de 22 de agosto, e respetiva regulamentação, deve centrar-se nos seguintes objetivos estratégicos:

a) Na melhoria do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da infertilidade no SNS, através designadamente do desenvolvimento das seguintes medidas:

i) De uma melhoria do programa de PMA já existente no âmbito dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares do SNS;

ii) Do desenvolvimento de ações de sensibilização junto dos profissionais de saúde para a referenciação precoce, dada a importância da idade da mulher nas taxas de êxito dos tratamentos de PMA;

iii) Da divulgação de campanhas de sensibilização no âmbito da infertilidade.

b) Na melhoria do acesso a técnicas de PMA no SNS por parte de todos os beneficiários dessas técnicas nos termos constantes da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pelas Leis n.os 59/2007, de 4 de setembro, 17/2016, de 20 de junho, e 25/2016, de 22 de agosto, com equidade;

[...]

2 – Os objetivos estratégicos referidos na alínea a) e b) do número anterior são operacionalizados pela Direção-Geral de Saúde (DGS) e pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS; I.P.).

[...].

2.3. Circulares Normativas da ACSS

Através do Despacho n.º 14788/2008, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 102, em 28 de maio de 2008, e da Portaria n.º 154/2009, de 9 de fevereiro, publicada em Diário da República, 1.ª Série, n.º 27, foi criado o Projeto de Incentivos à PMA, com o objetivo de regular, incentivar e melhorar a acessibilidade e equidade aos tratamentos de infertilidade.



Desde então, têm sido emanadas diversas Circulares Normativas⁹, onde, para além da fixação das “condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde [...] relativa ao Programa Específico para Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade”, têm sido definidos critérios de acessibilidade a técnicas de PMA.

Com a alteração introduzida pela Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, a qual alargou o âmbito de beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida a todas as mulheres, foram atualizadas as referidas Circulares, nomeadamente, através das Circulares Normativas n.º 8/2018/DPS/ACSS, de 01 de junho, n.º 15/2019/DPS/ACSS, de 7 de novembro de 2019, n.º 3/2021, de 26 de fevereiro de 2021, n.º 15/2022/ACSS, de 27 de setembro de 2022 e n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril de 2023.

Esta última referente ao processo de contratualização de prestações de saúde, regendo-se pelos termos contratuais definidos no Contrato-programa para o triénio 2017/2019, prorrogado entre 2020 e 2022, que se estende para 2023, nomeadamente nas condições específicas previstas na minuta de Acordo Modificativo para 2023.

A sobredita Circular estabelece, no que aos critérios de acessibilidade diz respeito, o seguinte:

“[...]”

Assim, relativamente a:

a) Idade

- Admissão para consulta de apoio à fertilidade: sem limite de idade da mulher, desde que referenciada pelo Médico de Família ou pelo Médico que acompanha a mulher em situação de doença.

- Admissão para técnicas de PMA de 1ª linha (indução de ovulação e inseminação intrauterina): todas as mulheres que não ultrapassem os 42 anos (41 anos e 365 dias ou 366 no caso de ano bissexto). Entende-se por admissão o momento da realização da técnica.

- Admissão a técnicas de PMA de 2ª linha (fertilização in vitro e injeção intracitoplasmática de espermatozoide): todas as mulheres que não ultrapassem os 40

⁹ Circular Normativa n.º 9/2010, de 12 de agosto e Circular Normativa n.º 18/2011/UOFC, de 22 de julho de 2011.



anos (39 anos e 365 dias ou 366 no caso de ano bissexto). Entende-se por admissão o momento da realização da técnica.

[...]

b) Beneficiários

Todas as mulheres e todos os casais, exceto aqueles que tenham mais de um filho em comum. Significa que são considerados beneficiários casais:

- *Sem filhos em comum, mas com filhos de anteriores relacionamentos;*
- *Com 1 filho em comum e com critérios atuais de infertilidade;*
- *Com um filho anterior resultante de PMA e que possuam embriões criopreservados.*

c) N.º de ciclos financiados

São alvo de financiamento público específico:

- Financiamento integral dos tratamentos de IO e IIU, este último até ao limite de 3 ciclos (para cada caso/casal), podendo ser realizados no mesmo ano civil.

- Os tratamentos de 2.ª linha, fertilização in vitro ou injeção intracitoplasmática de espermatozoide (para cada caso/casal), até ao limite de 3 ciclos, podendo ser realizados no mesmo ano civil.

Os casos que já beneficiaram de ciclos FIV/ICIS, ao abrigo deste programa em anos anteriores, poderão realizar novo(s) ciclo(s), desde que o número total não ultrapasse o limite de 3 ciclos FIV/ICIS por caso/casal.

[...]”.

Acresce que, considerando a situação excecional decorrente da pandemia Covid-19 e os impactos provocados na atividade assistencial programada, para que pudesse continuar a ser assegurada equidade no acesso a tratamentos de PMA, foram definidas condições extraordinárias para os anos de 2020/2021, nos casos em que a resposta assistencial sofreu perturbações em resultado da pandemia Covid-19, devendo, para o efeito, “[...] ser consideradas as seguintes condições:



- (i) No caso de mulheres que ultrapassaram o limite de idade, desde 18 de março de 2020 (data em que foi decretado o estado de emergência em Portugal, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março) até 28 de fevereiro de 2021, poderão ser realizados tratamentos de PMA durante os próximos 6 meses.
- (ii) No caso das mulheres que perfaçam o limite de idade entre março e dezembro de 2021, esse limite é prolongado por mais 6 meses.

Estas condições são aplicadas, considerando os limites de idade estabelecidos para técnicas de PMA de 1.ª linha (IIU) e de 2.ª linha (FIV e ICSI), mantendo-se o máximo de 3 ciclos (para cada caso/casal).”

Neste âmbito, a Circular Informativa Conjunta n.º 7/2021/ACSS/DGS, de 30 de março de 2021, veio clarificar que deve entender-se por “*casos em que a resposta assistencial sofreu perturbações em resultado da pandemia Covid-19*”, as situações em que o acesso a tratamentos de PMA foi prejudicado por suspensão ou redução da atividade assistencial, por motivos inerentes à Pandemia Covid-19.

2.4. Relatório sobre o “Alargamento dos Programas Públicos de Acesso à Procriação Medicamente Assistida e Promoção de Doações ao Banco Público de Gâmetas”

Em 10 de fevereiro de 2021, foi publicado, em Diário da República, 2.ª Série, n.º 28, o Despacho n.º 1619-A/2021, de 10 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, através do qual foi constituído um grupo de trabalho “[...] *destinado à avaliação do alargamento dos programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida, assente na evidência técnico-científica disponível, e à definição de estratégias de promoção de doações ao Banco Público de Gâmetas* [...]”.

Concretamente no que se refere ao alargamento dos programas públicos de acesso à PMA, verifica-se que foram emitidas as seguintes recomendações pelo referido GT:

“[...]”

1. Recomendação para a otimização do acesso à PMA:



1.1. Clarificar critérios de elegibilidade para PMA no SNS, para uma maior uniformidade e equidade no acesso aos Centros de PMA (proposta de emissão de uma Circular Informativa da ACSS/DGS para tornar a leitura dos critérios mais evidente).

1.2. Alterar os critérios de referência para acesso a CAF no que concerne a passar a estabelecer um limite na idade feminina. (Circular Normativa n.º 3/2021/ACSS).

1.3. Implementar um Sistema de Informação específico para esta área de subespecialidade clínica, não só no apoio à prática clínica, como também para uma monitorização local, regional e nacional de indicadores assistenciais, de qualidade, de produtividade e de apoio à decisão dos gestores e dos responsáveis pela definição de políticas nesta área. Ao mesmo tempo, esta solução integrada asseguraria a caracterização e a gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA, em cada centro e a nível nacional.

1.4. Estabelecer critérios de justiça uniformes e transparentes em cada centro PMA, nos processos de gestão da lista de espera para o acesso dos utentes aos tratamentos FIV/ICSI, respeitando a sua autonomia sempre que aplicável, de forma a não gerar iniquidades. Esta normalização deverá padronizar a referência para Centros privados autorizados, nas diferentes Administrações Regionais de Saúde/Centros PMA.

1.5. Reforçar o papel incontornável dos Conselhos de Administração dos Hospitais ou Centros Hospitalares na capacitação e na viabilização do financiamento adequado e atempado dos Centros de PMA. Recomendar a sua integração e o compromisso com as equipas, para efetivar o financiamento necessário, em infraestruturas, equipamentos laboratoriais, contratação de recursos humanos e na contratualização, em sede de Contrato-programa, da atividade assistencial ajustada às necessidades em saúde da população de referência.

2. Recomendações para a promoção do acesso à PMA:

2.1. Promover a literacia da sociedade para a Infertilidade e saúde reprodutiva.

2.2. Atualizar e otimizar a referência dos CSP para os cuidados hospitalares

- i. Estabelecer os 41 anos e 364 dias (365 dias nos anos bissextos) de idade da mulher como limite etário máximo para referência a CAF;*



- ii. *Atualizar da Norma 003/2011 da DGS, de 19 de janeiro, sobre a Conduta em Infertilidade para os CSP;*
- iii. *Promover a formação dos profissionais dos Cuidados Saúde Primários.*

2.3. Reforçar o investimento nos Centros de PMA

i. Recursos humanos

- *Equipas em dedicação exclusiva;*
- *Promoção da carreira;*
- *Reconhecimento do estatuto do Embriologista clínico;*
- *Compensações salariais do trabalho aos fins-de-semana, feriados e extra-horário.*

▪ Equipamentos dos laboratórios de PMA

- *Atualização de equipamentos;*
- *Aquisição de equipamentos em falta.*

▪ Melhorar as infraestruturas

- *Adequar as instalações à atividade necessária:*
 - a. *Renovação de instalações;*
 - b. *Alargamento de instalações/ novos espaços.*

▪ Alargar o acesso aos tratamentos com recurso necessário a PGT

- *Apetrechar a Unidade de PGT do CHUSJ;*
- *Criar uma segunda Unidade de PGT no país, num dos Centros de PMA do SNS com departamento de Genética Humana.*

▪ Criar e disponibilizar Sistemas de Informação

2.4. Redimensionar o financiamento para:

- i. *Reavaliar a composição e atos contemplados na tabela de medicina da reprodução (Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro) de acordo com o estado da arte e as melhores práticas;*
- ii. *Atualizar a composição dos pacotes de tratamento de PMA considerados como linhas de atividade financiadas nos Contratos- programa (nomeadamente quanto a transferência de embriões congelados, vitrificação de ovócitos na preservação do potencial reprodutivo, tratamentos de FIV/ ICSI com recurso a gâmetas de*



dador, tratamentos de FIV/ICSI com PGT, tratamentos de FIV/ICSI em portadores de vírus).

2.5. Aumentar o número de tratamentos de PMA:

Tendo por fundamento base a realização dos tratamentos no SNS, mas priorizando a equidade no direito de acesso dos utentes (Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril) para tempos de espera, nos tratamentos PMA com gâmetas homólogos, que ultrapassem os 12 meses:

i. Avaliar a possibilidade de subcontratação de terceiros

- Recorrer à subcontratação no **sector público** do Estado para Centros com capacidade de resposta, de acordo com o previsto na cláusula 34^a dos Contratos-programa das EPE.

ii. Programas de recuperação da atividade de PMA

- Implementar programas de recuperação de listas de espera nos **Centros públicos** que disponham de capacidade para realizar atividade adicional (em termos clínicos e laboratoriais).

iii. Possibilitar a referência a outros Centros de PMA

- Referenciar para Centros do sector privado de acordo com o previsto na lei em vigor (artigo 15.º do Decreto Regulamentar n.º 5/2008, de 11 de fevereiro e Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril) (assegurar que as ARS, com Centros de PMA, estabelecem acordos com Centros privados autorizados);
- Alargar o âmbito da Portaria, que rege os tratamentos ao abrigo da referência, também aos tratamentos de PMA em portadores de vírus, nos termos da legislação em vigor.

[...]

IV. RECOMENDAÇÕES SUPLEMENTARES – PONTOS DE CONSENSO – PROPOSTAS A VIABILIZAR NO FUTURO

O alargamento dos critérios de acesso a tratamentos PMA só poderá ser equacionado após um aumento efetivo da capacidade de resposta instalada dos Centros públicos,



sob risco de um maior agravamento dos tempos de espera e, prejuízo para os utentes, dado o consequente aumento da idade feminina que implica a inevitável redução da probabilidade de sucesso dos tratamentos. Assim, e após garantir o aumento da capacidade de resposta dos Centros de PMA do SNS já existentes, poder-se-ão considerar as seguintes recomendações suplementares para alargamento do acesso à PMA:

1. Abertura de novo centro de PMA de acordo com necessidades geográficas

Para alargar o acesso a tratamentos de PMA com recurso a gâmetas próprios.

2. Alargamento do número de ciclos de tratamento

Se os Centros forem dotados dos meios necessários para reduzir as suas listas de espera para um máximo de 6 meses, num período de 2 anos, a partir dessa altura haverá condições de alargar para 4 ciclos de tratamentos/casal/mulher, em casos com critérios e indicação clínica.

3. Alargamento do acesso a 2º filho nos tratamentos PMA

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

4. Manter o limite etário para os tratamentos comparticipados no SNS.

[...]"



3. Intervenção regulatória

Neste capítulo procede-se à descrição das intervenções regulatórias da ERS em matéria de PMA, ao abrigo das suas atribuições e competências. Concretamente, são analisados os processos REC (que incluem reclamações, elogios/louvores e sugestões) rececionados pela ERS associados à valência “*Procriação Medicamente Assistida*”, com data de ocorrência entre 2021 e 2024, os processos de inquérito instaurados sobre esta temática e a intervenção regulatória assegurada no âmbito do processo de monitorização n.º PMT/004/2024. Com esta análise pretende-se avaliar a evolução no número de processos REC rececionados e aferir quais os principais constrangimentos que deram origem à emissão das instruções por parte da ERS.

Acresce que, entre 2021 e 2024, no âmbito da intervenção regulatória da ERS¹⁰, o Conselho de Administração da ERS emitiu uma recomendação à ACSS no sentido de clarificação dos critérios de elegibilidade atualmente definidos para acesso a técnicas de PMA no SNS. Neste sentido, é também feito o ponto de situação relativamente às medidas adotadas no seguimento da recomendação emitida.

3.1. Reclamações e elogios

Consultado o Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS, concluiu-se que, até ao dia 13 de junho de 2025¹¹ foram identificados e apreciados pela ERS 284 processos REC, ocorridos entre 2021 e 2024, no âmbito da valência “*Procriação Medicamente Assistida*” – 152 (53,5%) classificados como reclamações e 132 (46,5%) como elogios/louvores e sugestões (cfr. tabela 1).

Tabela 1 – Processos REC sobre PMA, por ano e tipo de processo (% do total)

Processos REC	2021	2022	2023	2024	Total
Reclamações	47 (16,5%)	29 (10,2%)	36 (12,7%)	40 (14,1%)	152 (53,5%)
Elogios/louvores e sugestões	30 (10,6%)	34 (12,0%)	35 (12,3%)	33 (11,6%)	132 (46,5%)
Total	77 (27,1%)	63 (22,2%)	71 (25,0%)	73 (25,7%)	284 (100%)

¹⁰ A referida recomendação foi emitida no âmbito dos processos de inquérito n.º ERS/35/2020, ERS/75/2021, ERS/03/2022, ERS/14/2022 e ERS/68/2022, acessíveis em: <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/deliberacoes/acesso-a-cuidados-de-saude-pma/>.

¹¹ Os processos REC foram extraídos do SGREC da ERS no dia 13 de junho de 2025. À data de extração já tinham sido rececionados e analisados pela ERS 20 processos REC com data de ocorrência em 2025 – 8 classificados como reclamações e 12 como elogios/louvores e sugestões.



A maioria dos processos REC analisados pela ERS visou estabelecimentos do setor público (169), destacando-se o facto de, nestes estabelecimentos, o número de elogios/louvores e sugestões ter sido ligeiramente superior ao número de reclamações – a proporção de elogios/louvores e sugestões fixou-se nos 58,0% e a proporção de reclamações no total de processos REC nos 42,0%, face ao total de processos REC rececionados. Por outro lado, os estabelecimentos do setor privado registaram uma percentagem de reclamações superior à percentagem de elogios/louvores e sugestões (tabela 2).

Tabela 2 – Processos REC sobre PMA, por tipo de prestador (% do total)

Tipo de estabelecimento	Reclamações	Elogios/louvores e sugestões	Total
Privado com Internamento	22 (71,0%)	9 (29,0%)	31
Privado sem Internamento	59 (70,2%)	25 (29,8%)	84
Público com Internamento	71 (42,0%)	98 (58,0%)	169

Relativamente aos temas visados nas reclamações, observaram-se diferenças consoante o setor de atividade. No caso do setor privado, a maioria das reclamações versou sobre questões relacionadas com os cuidados de saúde e segurança do doente (33,3%) e sobre questões financeiras (19,9%). Já no caso do setor público, o acesso a cuidados de saúde foi o tema mais visado nas reclamações (44,7%) (cfr. tabela 3).

Tabela 3 – Temas visados nas reclamações, por setor de atividade

Tema	Privado	Público	Total
Cuidados de saúde e segurança do doente	47 (33,3%)	31 (23,5%)	78 (28,6%)
Acesso a cuidados de saúde	7 (5,0%)	59 (44,7%)	66 (24,2%)
Focalização no utente	23 (16,3%)	19 (14,4%)	42 (15,4%)
Procedimentos administrativos	14 (9,9%)	15 (11,4%)	29 (10,6%)
Questões financeiras	28 (19,9%)	1 (0,8%)	29 (10,6%)
Tempos de espera	9 (6,4%)	5 (3,8%)	14 (5,1%)
Instalações e serviços complementares	8 (5,7%)	2 (1,5%)	10 (3,7%)
Outros Temas	5 (3,5%)	-	5 (1,8%)



3.2. Processos de inquérito

Entre 2021 e 2024, a ERS decidiu cinco processos de inquérito relacionados com dificuldades no acesso a técnicas de PMA¹² (cfr. tabela 4). Os referidos processos conduziram à emissão de ordens, instruções e recomendações, e visaram quatro entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, três delas do setor hospitalar e uma unidade de CSP.

Tabela 4 – Processos de inquérito sobre PMA

Processo de inquérito	Entidade(s)	Problemática(s)
ERS/035/2020	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. (Atualmente Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E. P. E.)	Incumprimento dos TMRG fixados para acesso a primeira consulta de infertilidade. Desrespeito pelos critérios de elegibilidade para acesso a técnicas de PMA – recusado acesso pelo facto de os utentes já terem um filho resultado de PMA realizada no setor privado; recusado acesso pelo facto de os utentes já terem uma filha; recusado acesso pelo facto de os utentes já terem filhos não em comum; Constrangimentos no acesso em tempo útil a técnicas de PMA.
ERS/030/2021	ACES Oeste Norte (Atualmente integrado na Unidade Local de Saúde do Oeste, E. P. E.)	Desrespeito pelos critérios de referenciação para acesso a CAF – idade da utente como critério para não referenciação para primeira consulta hospitalar.
ERS/075/2021	Centro Hospitalar Universitário de S. João, E.P.E. (Atualmente Unidade Local de Saúde de São João, E. P. E.)	Desrespeito pelos critérios de elegibilidade para acesso a técnicas de PMA – recusa de acesso para DPGI pelo facto de o casal já ter um filho saudável; Constrangimentos no acesso, em tempo útil, a técnicas de PMA. Inexistência de protocolos de cooperação com outras entidades (públicas ou privadas) de modo a assegurar o acesso, uma vez ultrapassada a capacidade de resposta.
ERS/003/2022	Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. (Atualmente Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E.)	Desrespeito pelos critérios de referenciação para acesso a CAF e a técnicas de PMA – recusado acesso pelo facto de os utentes já terem uma filha, que não resultou de PMA.
ERS/108/2023	Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.	Constrangimentos na referenciação de utente para primeira consulta hospitalar.

¹² Deliberações finais disponíveis para consulta em:
<https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/deliberacoes/acesso-a-cuidados-de-saude-pma/instrucoes/>



Relativamente às problemáticas que motivaram a abertura dos suprarreferidos processos de inquérito, destacam-se os constrangimentos no acesso a primeira consulta de especialidade hospitalar de apoio à fertilidade – nomeadamente, situações de recusa de acesso a primeira consulta por transposição dos critérios de elegibilidade fixados para acesso às técnicas de PMA, p.e., pelo facto de a utente ultrapassar a idade limite para realização de técnica PMA, quando era possível à unidade hospitalar realizar o tratamento.

Verificaram-se também situações de constrangimentos no direito de acesso, em tempo útil e adequado às técnicas de PMA e situações em que não existiam protocolos de cooperação com outras entidades (públicas ou privadas) de modo a assegurar o acesso, nas situações de impossibilidade do prestador público garantir o acesso em tempo útil, por recurso à capacidade instalada.

Foram ainda identificadas situações em que se verificou o desrespeito pelos critérios de elegibilidade para acesso a técnicas de PMA – nomeadamente, situações de recusa de acesso pelo facto de o casal já ter um filho resultante de PMA realizada no setor privado, pelo facto de os utentes já terem filhos não em comum ou pelo facto de o casal já ter um filho saudável. Neste sentido, o Conselho de Administração da ERS emitiu uma recomendação à ACSS no sentido de “[c]larificarem os critérios de elegibilidade atualmente definidos para acesso a técnicas de PMA no SNS, garantindo uma maior uniformidade e equidade no acesso aos Centros de PMA”.

3.3 Processo de monitorização

Acresce que, no âmbito do processo de monitorização n.º PMT/004/2024, instaurado pela ERS com o objetivo monitorizar o acesso às técnicas de PMA, e no contexto do qual se insere o presente estudo, foram emitidas três instruções – uma à ULS de Matosinhos, E.P.E., uma à ULS de Vila Nova de Gaia Espinho, E.P.E. e uma à ULS de Almada-Seixal, E.P.E. – por desrespeito pelos critérios de referência para acesso a CAF.

Note-se que em resposta ao pedido de cooperação institucional da ERS, o CNPMA alertou para a necessidade de se clarificarem os critérios de elegibilidade para acesso



a PMA no SNS e reiterou a recomendação que consta do relatório sobre o alargamento dos programas de acesso à PMA e promoção de doações ao BPG relativamente. O CNPMA referiu ainda a necessidade de estabelecer critérios uniformes e transparentes, nos processos de gestão de lista de espera para acesso dos utentes a tratamentos de FIV/ICSI, de forma a não gerar iniquidades, referindo que esta normalização deverá permitir a padronização da referenciação para centros privados autorizados.



4. Caracterização da oferta

O Despacho n.º 24855/2008, de 26 de setembro de 2008¹³, aprovou a Rede de Referenciação de Infertilidade proposta pela Direção-Geral da Saúde (DGS). De acordo com Norma n.º 004/2011, de 20 de janeiro, da DGS¹⁴, com a criação da referida Rede, ficaram definidas as formas de articulação entre os serviços e as regras de encaminhamento interinstitucional dos casais, tendo em vista a melhoria da acessibilidade e consequentemente a resposta, bem como a uniformização dos protocolos de atuação e a redução das listas de espera.

A Rede de Referenciação de Infertilidade considera três níveis de cuidados: os cuidados de saúde primários (CSP), os cuidados hospitalares de 1.ª linha e os cuidados hospitalares de 2.ª linha. No âmbito dos CSP é feita a avaliação clínica do casal, nomeadamente na pré-conceção, e são corrigidos fatores que possam interferir com o processo de fecundidade. Nos cuidados hospitalares de 1.ª linha, no âmbito da consulta de infertilidade, é realizado o diagnóstico e o tratamento, que pode contemplar a IA nos hospitais autorizados para o efeito. Por fim, os cuidados hospitalares de 2.ª linha são disponibilizados pelos centros de PMA que realizem FIV e ICSI.

A tabela seguinte resume as principais indicações para cada uma das técnicas de PMA disponíveis.

Tabela 5 – Principais indicações para cada uma das técnicas de PMA disponíveis

Técnica	Principais indicações
Indução de ovulação	<ul style="list-style-type: none">• Indicada em mulheres com anovulação (sem falência ovárica).
Inseminação Artificial	<ul style="list-style-type: none">• Problemas de ovulação.
	<ul style="list-style-type: none">• Alterações ligeiras do número e motilidade dos espermatozoides.
	<ul style="list-style-type: none">• Disfunções sexuais.
	<ul style="list-style-type: none">• Infertilidade de causa inexplicada de curta duração.
	<ul style="list-style-type: none">• Necessidade do recurso à doação de espermatozoides por ausência da sua produção.
	<ul style="list-style-type: none">• Necessidade de recurso à doação de espermatozoides por mulheres sem parceiro ou casais de mulheres.

¹³ O Despacho n.º 24855/2008 foi atualizado em outubro de 2010, para adequação às alterações introduzidas pela criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades Locais de Saúde (ULS).

¹⁴ Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042011-de-20012011-pdf.aspx>



Técnica	Principais indicações
Fertilização <i>in Vitro</i>	• Obstrução ou ausência bilateral das trompas uterinas.
	• Endometriose.
	• Insucesso dos tratamentos mais simples como a IO e a IA.
Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide	• Infertilidade masculina grave.
	• Casos de fecundação nula ou muito baixa numa FIV anterior.
Diagnóstico genético pré-implantação	• Detecção de alteração genética específica (génica ou cromossómica) num embrião, antes da sua transferência para o útero, ou num ovócito, em situações de alto risco de transmissão de uma doença genética à descendência.
	• Abortamentos clínicos de repetição
	• Insucessos repetidos de implantação embrionária após FIV/ICSI

Fonte: CNPMA e DGS

De acordo com a informação recolhida junto da ACSS, foi possível aferir que em 2024 existiam 12 hospitais públicos de 1.ª linha, 11 dos quais realizavam primeiras consultas e IO e um que realizava apenas consultas de fertilidade (cfr. tabela 6). Face a 2023, observaram-se alterações na listagem de prestadores com atividade de primeiras consultas de fertilidade, com três entidades a cessarem atividade nesta área – em concreto, foi possível apurar que a ULS de Braga, E.P.E. e a ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. realizaram primeiras consultas de fertilidade até 2023 e que a ULS do Oeste, E.P.E. cessou esta atividade em 2022.

Por outro lado, em 2024 existiam 9 centros públicos autorizados a ministrar técnicas de PMA – FIV e ICSI (hospitais de 2.ª linha). Quanto à realização de IA, constatou-se que apenas os 9 centros de PMA realizavam esta técnica.

Tabela 6 – Entidades do SNS com consultas de fertilidade e atividade de PMA em 2024

Entidades	NUTS II	Atividade
ULS Alto Ave, E.P.E.	Norte	Centro de PMA
ULS Alto Minho, E.P.E.	Norte	Primeiras consultas e IO
ULS do Nordeste, E.P.E.	Norte	Primeiras consultas
ULS Entre Douro e Vouga, E.P.E.	Norte	Primeiras consultas e IO
ULS Gaia / Espinho, E.P.E.	Norte	Centro de PMA



Entidades	NUTS II	Atividade
ULS Matosinhos, E.P.E.	Norte	Primeiras consultas e IO
ULS Médio Ave, E.P.E.	Norte	Primeiras consultas e IO
ULS Santo António, E.P.E.	Norte	Centro de PMA
ULS São João, E.P.E.	Norte	Centro de PMA
ULS Tâmega e Sousa, E.P.E.	Norte	Primeiras consultas e IO
ULS Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Norte	Primeiras consultas e IO
ULS Coimbra, E.P.E.	Centro	Centro de PMA
ULS Cova da Beira, E.P.E.	Centro	Centro de PMA
ULS Região de Aveiro, E.P.E.	Centro	Primeiras consultas e IO
ULS Região de Leiria, E.P.E.	Centro	Primeiras consultas e IO
ULS Viseu Dão-Lafões, E.P.E.	Centro	Primeiras consultas e IO
ULS Lezíria, E.P.E.	Oeste e Vale do Tejo	Primeiras consultas e IO
ULS Santa Maria	Grande Lisboa	Centro de PMA
ULS São José, E.P.E.	Grande Lisboa	Centro de PMA
ULS Almada-Seixal, E.P.E.	Península de Setúbal	Centro de PMA
ULS Algarve, E.P.E.	Algarve	Primeiras consultas e IO

Na imagem que se segue apresenta-se a localização geográfica dos estabelecimentos do SNS que em 2024 realizavam consultas de fertilidade e atividade de PMA.

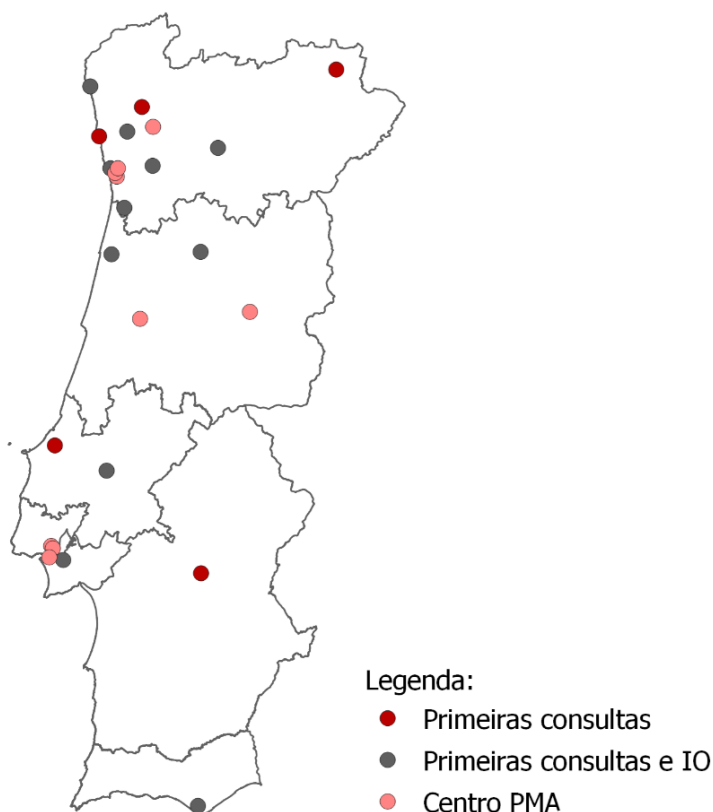


Imagem 1 – Estabelecimentos do SNS que em 2024 realizavam consultas de fertilidade e atividade de PMA

Em termos de oferta privada, com base na informação disponível no *website* do CNPMA, foi possível aferir que em 2024 existiam 17 centros privados de PMA em Portugal continental (cfr. tabela 7) ¹⁵.

Tabela 7 – Centros de PMA privados

Centro de PMA	NUTS II
Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros	Norte
CETI (Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade)	Norte
CEIE (Centro de Estudos de Infertilidade e Esterilidade)	Norte
COGE (Clínica Obstétrica e Ginecológica de Espinho)	Norte
Ferticare (Centro de Medicina da Reprodução)	Norte
Procriar (Centro de Obstetrícia e de Medicina da Reprodução, Lda.)	Norte
Clinimer (Clínica de Medicina da Reprodução)	Centro
Ferticentro (Centro de Estudos de Fertilidade)	Centro

¹⁵ Disponível em <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/centros-de-pma.aspx>



Centro de PMA	NUTS II
Ava Clinic	Grande Lisboa
Cemeare II	Grande Lisboa
Hospital dos Lusíadas	Grande Lisboa
Instituto Extremeño de Reproducción Asistida, Sucursal em Portugal (IERA)	Grande Lisboa
IVI Lisboa	Grande Lisboa
Ginemed Lisboa	Grande Lisboa
Next Fertility	Algarve
Ginemed Porto	Norte
Clínica Eugin	Centro

Em termos de distribuição geográfica, em 2024, a NUTS II do Norte apresentava o maior número de centros de PMA públicos e privados, contrastando com as NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e do Alentejo que não tinham oferta pública nem privada disponível (cfr. tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos centros de PMA por NUTS II

NUTS II	Públicos	Privados	Total
Norte	4	7	11
Centro	2	3	5
Oeste e Vale do Tejo	0	0	0
Península de Setúbal	1	0	1
Grande Lisboa	2	6	8
Alentejo	0	0	0
Algarve	0	1	1
Portugal Continental	9	17	26

Cumprе, no entanto, referir que se encontra em fase de revisão a proposta de Rede de Referenciação Hospitalar em Obstetrícia e Ginecologia^{16,17}, que irá introduzir alterações em termos de organização dos cuidados hospitalares. Em concreto, a referida Rede prevê que os cuidados hospitalares se subdividam em três níveis, consoante a complexidade de casos.

Nos termos descritos na referida proposta de Rede, os hospitais de Nível I apenas realizam CAF, onde é feita a avaliação inicial da infertilidade. Para acesso a técnicas de PMA de 1.ª linha, os utentes devem ser referenciados para um Hospital de Nível II ou III

¹⁶ Proposta de rede disponível para consulta em: <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/07/Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-Obstetricia-e-Ginecologia.pdf>.

¹⁷ A Rede de Referenciação Hospitalar em Obstetrícia e Ginecologia assegura a resposta hospitalar às situações de doença ginecológica, infertilidade, preconceção e gravidez em situações de doença materna ou fetal, interrupção da gravidez, trabalho de parto e puerpério.



e para acesso a técnicas de PMA de 2.^a linha, devem ser referenciados para um Hospital de Nível III.

Nos hospitais de Nível II, a CAF funciona em moldes semelhantes aos dos Hospitais de Nível I, para utentes da área de influência, e adicionalmente recebem situações para admissão para técnicas de PMA de 1.^a linha. Os hospitais de Nível II, com aprovação do CNPMA e restantes entidades competentes, permitem o acesso a técnicas de PMA de 1.^a linha com gâmetas próprios, ou com recurso a gâmetas de dador.

Para tratamentos de PMA de 2.^a linha e para preservação do potencial reprodutivo em contexto de doença grave ou de afirmação de género, deve haver uma referenciação para hospitais de Nível III. Do mesmo modo, para acesso a tratamentos de PMA em contexto de infeções virais ou com recurso a teste genético pré-implantação, deve haver uma referenciação para centros específicos integrados em hospital de Nível III.

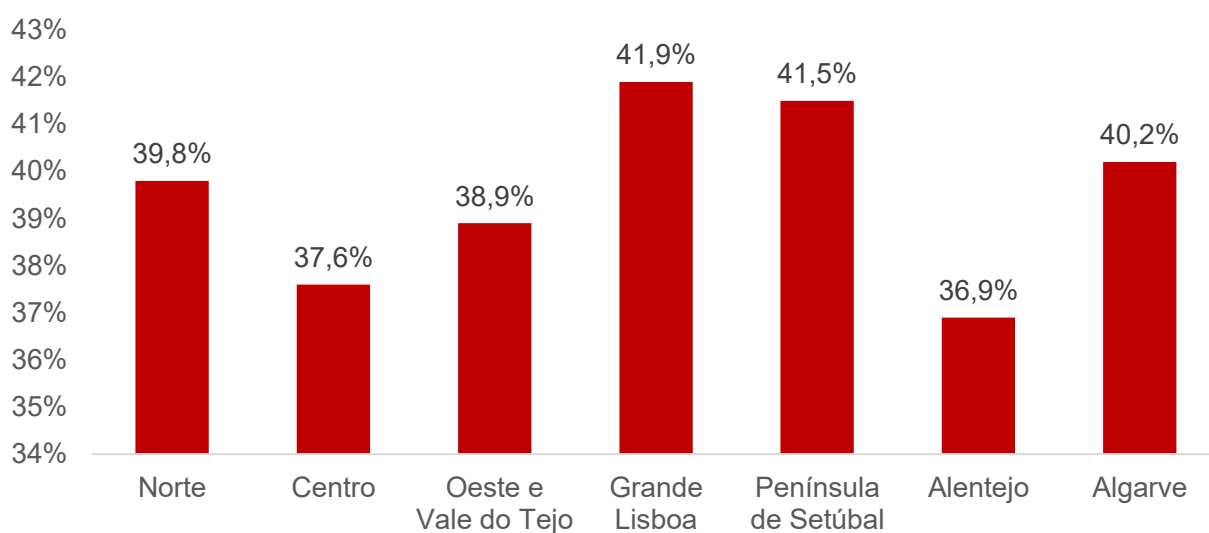
Nos hospitais de Nível III, a CAF funciona em moldes semelhantes aos dos Hospitais de Nível I e II, para utentes da área de influência, e adicionalmente recebem situações para admissão para técnicas de PMA de 2.^a linha e para preservação do potencial reprodutivo.



5. Caracterização da procura

Para aferição da distribuição da procura potencial por regiões, de seguida apresenta-se graficamente a percentagem de mulheres em idade fértil, no total de mulheres residentes em cada NUTS II, em 2024 (cfr. gráfico 1). Os resultados indicam que, em 2024, as NUTS II da Grande Lisboa e da Península de Setúbal tinham a maior percentagem de mulheres em idade fértil, o que poderá corresponder a uma maior procura de cuidados de PMA. Por outro lado, o Alentejo apresentou a menor percentagem.

Gráfico 1 – Mulheres em idade fértil (%), em 2024, por NUTS II



Fonte: Elaboração própria, com base em dados extraídos do Instituto Nacional de Estatística

Ora, confrontando estes resultados com a distribuição da oferta realizada no capítulo três, contata-se que as NUTS II da Grande Lisboa e da Península de Setúbal, que apresentam a maior percentagem de mulheres em idade fértil, não são as que têm maior oferta disponível – dispendo de, respetivamente, dois e um ponto de oferta pública. Por outro lado, a NUTS II Alentejo tem a menor percentagem de mulheres em idade fértil e o menor nível de oferta disponível, não dispendo de oferta pública nem privada.

Acresce que, segundo dados do inquérito à fecundidade realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2019¹⁸, cerca de 43,9% das mulheres entre os 18 e

¹⁸ Inquérito à fecundidade do INE disponível para consulta em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415655178&DESTAQUESmodo=2



os 49 anos de idade revelaram a intenção de vir a ter filhos biológicos nos três anos seguintes, o que corresponde a 322.700 mulheres (cfr. gráfico 2). À luz do enquadramento legal em vigor, qualquer uma delas pode vir a recorrer a técnicas de PMA no curto prazo.

Gráfico 2 – Fecundidade intencional a curto prazo em mulheres dos 18 aos 49 anos



Considerando a taxa de infertilidade de mulheres, entre os 25 e os 44 anos, calculada por Carvalho e Santos (2009), de 8,2%, multiplicada pela percentagem de mulheres, entre os 18 e os 49 anos de idade, que em 2019 reportou desejar ter filhos no curto prazo, estima-se por aproximação¹⁹, que 3,6% das mulheres que pretendessem ter filhos poderiam ter a necessidade de recorrer a técnicas de PMA por motivos de infertilidade.

¹⁹ O estudo desenvolvido por Carvalho e Santos (2009) considerou a faixa etária entre os 25 e 44 anos, e o INE disponibiliza informação entre os 18 e 29, os 30 e os 39 anos, e os 40 e os 49, pelo que o cálculo que se apresentou é uma estimativa aproximada.



6. Acesso

Neste capítulo analisa-se a evolução no número de utentes atendidos no SNS, em contexto de primeira consulta de fertilidade, entre 2021 e 2024, e o número de utentes em lista de espera para primeira consulta no final de cada um dos anos. Adicionalmente, avalia-se o cumprimento dos TMRG para os utentes atendidos, bem como para os utentes que, no final de cada ano, se encontravam em lista de espera para consulta.

Relativamente ao acesso a técnicas de PMA, avalia-se a evolução do número de técnicas de 1.^a e 2.^a linhas realizadas nos hospitais do SNS e nos centros privados autorizados a ministrar técnicas de PMA e o tempo de espera para acesso a cada tipo de técnica²⁰. Os dados relativos às técnicas PMA realizadas em prestadores públicos foram remetidos à ERS pelos próprios prestadores em resposta a pedido de elementos datado de 8 de janeiro de 2025, e os dados relativos aos centros privados foram enviados à ERS pelo CNPMA em resposta ao pedido de cooperação institucional datado de 3 de janeiro de 2025.

6.1. Primeiras consultas de fertilidade

6.1.1. Uteses atendidos

Entre 2021 e 2024 foram realizadas 37.796 primeiras consultas de apoio à fertilidade no SNS²¹. Após uma redução na atividade realizada em 2022 e 2023, em 2024 observou-se um aumento de 20,5% no número de primeiras consultas realizadas, face a 2023, tendo o número de consultas aproximando-se do valor observado em 2021. Note-se que o valor registado em 2021, deve ser analisado tendo em consideração o impacto da pandemia de COVID-19 na atividade realizada no SNS, que levou à redução da atividade programada em 2020 e à consequente recuperação da atividade em 2021 (cfr. tabela 9).

²⁰ Cumpre destacar que os dados remetidos pelos prestadores à ERS, e que são igualmente reportados à ACSS, não são iguais aos registados pelos prestadores junto do CNPMA. Relativamente às IA, os dados reportados pelos prestadores sobre a atividade realizada em determinado mês correspondem aos dados da atividade realizada no mês anterior. Na plataforma de registo do CNPMA os registos são efetuados tendo em consideração a data em que a inseminação se realiza. Para os ciclos de FIV/ICSI, os dados enviados à ERS correspondem aos ciclos em que efetivamente se realizou a técnica. No caso do reporte ao CNPMA, são contabilizados todos os ciclos iniciados mesmo que não se tenha realizado a técnica (incluindo os que não tiveram ovócitos maduros no dia da punção).

²¹ Incluem-se na análise as consultas realizadas a pedido dos CSP, as que tiveram origem em pedidos internos (intra-hospitalares) e as realizadas a pedido de outras unidades hospitalares (inter-hospitalares). Dos dados remetidos pelas ULS foram excluídos 236 registos sem data de consulta associada.



Tabela 9 – Primeiras consultas de apoio à fertilidade realizadas

Ano	Primeiras consultas
2021	10 428
2022	8 709 (▼ -16,5%)
2023	8 463 (▼ -2,8%)
2024	10 196 (▲ +20,5%)
Total	37.796

A maioria das consultas de apoio à fertilidade realizou-se em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde localizados na NUTS II do Norte, região que apresenta o maior número de estabelecimentos com capacidade para realizarem estas consultas, assim como o maior número de médicos especialistas em ginecologia-obstetrícia²² (cfr. tabela 10).

Tabela 10 – Primeiras consultas de apoio à fertilidade realizadas, entre 2021 e 2024, por NUTS II

NUTS II	2021	2022	2023	2024	Total
Norte	5.033	3.004	2.538	3.031	13.606
Centro	1.720	1.774	1.796	2.071	7.361
Oeste e Vale do Tejo	189	188	127	187	691
Península de Setúbal	631	831	763	1.163	3.388
Grande Lisboa	2.493	2.721	3.064	3.468	11.746
Alentejo	0	0	0	0	0
Algarve	362	191	175	276	1.004
Portugal Continental	10.428	8.709	8.463	10.196	37.796

No entanto, considerando a atividade realizada apenas em 2024 – do qual resulta uma maior atividade realizada pela NUTS II da Grande Lisboa –, e ponderando o número de consultas realizadas em cada NUTS II pelo número de médicos especialistas em ginecologia-obstetrícia, resulta que a NUTS II da Península de Setúbal e a NUTS II da Grande Lisboa apresentam os rácios mais elevados de primeiras consultas por médico, exibindo valores significativamente acima do valor nacional (cfr. tabela 11).

²² Para efeitos de avaliação dos médicos especialistas em ginecologia-obstetrícia, recorreu-se à informação disponível do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, tendo sido considerado o universo de ULS que realizam consultas de apoio à fertilidade. A informação foi extraída no dia 16 de junho de 2025.



Tabela 11 – Primeiras consultas de apoio à fertilidade realizadas em 2024, por NUTS II

NUTS II	N.º de primeiras consultas	Rácio de primeiras consultas por médico
Norte	3.031	6,4
Centro	2.071	8,7
Oeste e Vale do Tejo	187	5,3
Península de Setúbal	1.163	31,4
Grande Lisboa	3.468	16,4
Alentejo	0	-
Algarve	276	4,1
Portugal Continental	10.196	9,6

Das 37.796 primeiras consultas realizadas entre 2021 e 2024, identificaram-se 25.004 (66,2%) com prioridade atribuída, destacando-se a elevada percentagem de consultas triadas com prioridade normal (89,5%), à qual corresponde um TMRG de 120 dias (cfr. tabela 12).

Tabela 12 – Primeiras consultas de apoio à fertilidade realizadas por nível de prioridade (%)

Ano	Primeiras consultas			
	Muito prioritário	Prioritário	Normal	Total
2021	115 (1,7%)	288 (4,1%)	6.565 (94,2%)	6.968
2022	231 (4,3%)	294 (5,5%)	4.836 (90,2%)	5.361
2023	299 (5,3%)	457 (8,1%)	4.893 (86,6%)	5.649
2024	391 (5,6%)	551 (7,8%)	6.084 (86,6%)	7.026
Total	1.036 (4,1%)	1.590 (6,4%)	22.378 (89,5%)	25.004

Para uma amostra de 16.499 primeiras consultas realizadas em 15 unidades hospitalares, nos quatro anos analisados²³, foi obtida uma mediana da idade dos utentes à data de inscrição para consulta de 34 anos e um desvio padrão de 5,2 anos.

Por outro lado, na análise do tempo de espera para atendimento considerou-se uma amostra de 22.617 (59,8%) consultas, que corresponde às consultas reportadas com

²³ A amostra analisada corresponde aos registos remetidos pelos prestadores de cuidados de saúde com informação sobre a idade dos utentes à data de inscrição para consulta.



registo de prioridade, data do pedido e data de realização de consulta – elementos essenciais à aferição do cumprimento do TMRG definido para cada nível de prioridade.

Para o total de utentes atendidos em 2024, foi obtida uma mediana do tempo de espera para realização de primeira consulta de 142 dias (cfr. tabela 13). Não obstante ter-se observado uma redução de 26 dias na mediana do tempo de espera para atendimento, face ao ano anterior, o valor do indicador manteve-se acima dos 120 dias – tempo máximo para atendimento para os utentes triados com prioridade normal.

Tabela 13 – Mediana do tempo de espera para atendimento

Ano	Mediana do tempo de espera
2021	106
2022	139
2023	168
2024	142
Total	138

No total dos utentes atendidos nos hospitais do SNS, entre 2021 e 2024, 69,5% foram sujeitos a tempos de espera superiores ao limite legalmente estabelecido para a sua prioridade (cfr. tabela 14). Em todos os anos analisados, as percentagens de incumprimento mais elevadas observaram-se para os utentes triados como “*muito prioritários*”, aos quais correspondem o TMRG mais baixo – 30 dias –, com a maior percentagem de incumprimento a observar-se em 2023 (92,2%), e com a única exceção a registar-se em 2024, ano em que se observou uma maior percentagem de incumprimento nos utentes com prioridade “*normal*”.

Tabela 14 – Incumprimento do tempo espera para atendimento por nível de prioridade

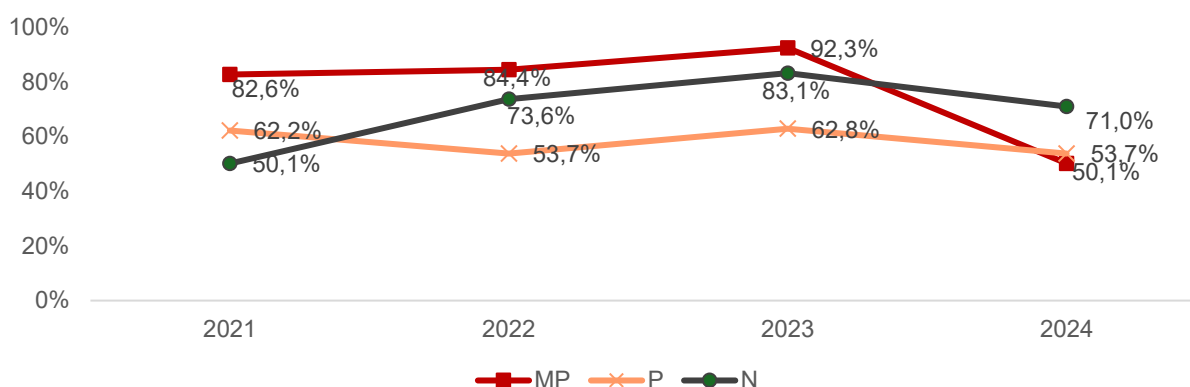
Ano	Indicador	Muito prioritário	Prioritário	Normal	Total
2021	Consultas realizadas	115	288	4.179	4.582
	Consultas > TMRG	95	179	2.093	2.367
	% > TMRG	82,6%	62,2%	50,1%	51,7%
2022	Consultas realizadas	231	294	4.836	5.361
	Consultas > TMRG	195	158	3.558	3.911
	% > TMRG	84,4%	53,7%	73,6%	73,0%
2023	Consultas realizadas	299	457	4.893	5.649
	Consultas > TMRG	276	287	4.067	4.630
	% > TMRG	92,3%	62,8%	83,1%	82,0%



Ano	Indicador	Muito prioritário	Prioritário	Normal	Total
2024	Consultas realizadas	391	551	6.083	7.025
	Consultas > TMRG	196	296	4.317	4.809
	% > TMRG	50,1%	53,7%	71,0%	68,5%
Total	Consultas realizadas	1.036	1.590	19.991	22.617
	Consultas > TMRG	762	920	14.035	15.717
	% > TMRG	73,6%	57,9%	70,2%	69,5%

O gráfico 3 ilustra a evolução da percentagem de incumprimento nos quatro anos analisados, para os três níveis de prioridade, e permite identificar a estabilidade na percentagem de incumprimento dos casos “*prioritários*” (P), que contrasta com as variações observadas nas percentagens de incumprimento dos casos “*muito prioritários*” (MP) e “*normais*” (N).

Gráfico 3 – Evolução na percentagem de incumprimento do tempo espera para atendimento



A nível regional, os prestadores de cuidados de saúde localizados nas NUTS II da Península de Setúbal (86,3%) e do Centro (80,4%) registaram as percentagens de incumprimento de TMRG mais elevadas, considerando as 22.617 primeiras consultas realizadas entre 2021 e 2024 (cfr. tabela 15).

**Tabela 15 – Incumprimento do tempo espera para atendimento por NUTS II**

NUTS II	% > TMRG
Norte	52,7%
Centro	80,4%
Oeste e Vale do Tejo	28,0%
Grande Lisboa	78,1%
Península de Setúbal	86,3%
Alentejo	-
Algarve	80,2%

6.1.2. Utentes em lista de espera

A 31 de dezembro de 2024 havia 4.271 utentes a aguardar primeira consulta hospitalar no âmbito da especialidade de apoio à fertilidade (cfr. tabela 16). Da análise à evolução da lista de espera para primeira consulta hospitalar, constata-se um aumento no número de utentes em lista de espera desde 2021 – de 2021 para 2022 o número de utentes em espera aumentou 28,2%, de 2022 para 2023 aumentou 7,8% e de 2023 para 2024 aumentou 4,9%.

Tabela 16 – Utentes em espera para primeira consulta de apoio à fertilidade

Ano	Utentes em espera a 31 de dezembro
2021	2.947
2022	3.777 (▲ +28,2%)
2023	4.071 (▲ +7,8%)
2024	4.271 (▲ +4,9%)

Do total de utentes que, no final de cada um dos anos, aguardavam realização de consulta em prestadores públicos, identificaram-se 12.769 (85,3%) com prioridade atribuída, destacando-se a elevada percentagem de utentes em espera com prioridade normal, à qual corresponde um TMRG de 120 dias (cfr. tabela 17).



Tabela 17 – Utentes em espera para primeira consulta de apoio à fertilidade realizadas por nível de prioridade (%)

Ano	Primeiras consultas			Total
	Muito prioritário	Prioritário	Normal	
2021	19 (0,8%)	71 (2,9%)	2.324 (96,3%)	2.414
2022	26 (0,8%)	150 (4,7%)	2.986 (94,4%)	3.162
2023	14 (0,4%)	119 (3,5%)	3.294 (96,1%)	3.427
2024	6 (0,2%)	120 (3,2%)	3.640 (96,7%)	3.766

Para efeitos de análise do tempo de espera dos utentes a aguardar por consulta, consideraram-se 12.615 (98,8%) pedidos de consulta – 2.414 dos quais relativos a 2021, 2.986 relativos a 2022, 3.140 a 2023 e 3.640 a 2024 –, que correspondem aos registos com informação sobre a prioridade e a data do pedido de consulta – elementos essenciais à aferição do cumprimento do TMRG, definido para cada nível de prioridade, para os utentes em espera.

De acordo com os dados analisados, foi possível concluir que, no final de 2024, para 43,0% dos utentes que estavam a aguardar por primeira consulta de apoio à fertilidade, já tinha sido excedido o TMRG aplicável (cfr. tabela 18). Face a 2023, observou-se uma redução na percentagem de incumprimento global (de 2,2 pontos percentuais (p.p.)), que já se vinha a observar desde 2022.

Tabela 18 – Incumprimento do tempo espera para os utentes em espera por nível de prioridade

Ano		Muito prioritário	Prioritário	Normal	Total
2021	Consultas em espera	19	71	2.324	2.414
	Consultas > TMRG	18	49	795	862
	% > TMRG	97,4%	69,0%	34,2%	35,7%
2022	Consultas em espera	26	150	2.986	3.162
	Consultas > TMRG	21	102	1.415	1.538
	% > TMRG	80,8%	68,0%	47,4%	48,6%
2023	Consultas em espera	14	119	3.140	3.273
	Consultas > TMRG	10	61	1.409	1.480
	% > TMRG	71,4%	51,3%	44,9%	45,2%



Ano		Muito prioritário	Prioritário	Normal	Total
2024	Consultas em espera	6	120	3.640	3.766
	Consultas > TMRG	1	43	1.577	1.621
	% > TMRG	16,7%	35,8%	43,3%	43,0%

Em 2022 e 2023 as maiores percentagens de incumprimento observaram-se para os utentes considerados “*muito prioritários*”. Já em 2024, a maior a percentagem de incumprimento registou-se nas consultas com prioridade “*normal*”.

6.2. Técnicas de PMA

6.2.1. Centros públicos de PMA

O aumento do número de primeiras consultas de apoio à fertilidade observado em 2024 foi acompanhado por um aumento no número total de técnicas de 1.^a linha realizadas nos centros públicos de PMA (6,3% face a 2023)²⁴. Concretamente, em todos os anos analisados, com exceção de 2023 – devido à redução no número de IA –, observou-se um aumento no número de técnicas de 1.^a linha realizadas.

No que se refere às IA, o recurso a esta técnica diminuiu entre 2021 e 2023²⁵, tendo-se registado um ligeiro aumento no número de IA realizadas em 2024. Por outro lado, desde 2021 registou-se um aumento no número de IO realizadas no SNS, tendo sido registado um aumento de 26,0% no número de técnicas realizadas, entre 2021 e 2024 (cfr. tabela 19).

Tabela 19 – Induções de ovulação e inseminações artificiais realizadas nos centros públicos de PMA

Ano	IO	IA	Total técnicas 1. ^a linha
2021	701	1.024	1.725
2022	772 (▲+10,1%)	985 (▼-3,8%)	1.757 (▲+1,9%)
2023	778 (▲+0,8%)	969 (▼-1,6%)	1.747 (▼-0,6%)
2024	883 (▲+13,5%)	974 (▲+0,5%)	1.857 (▲+6,3%)

²⁴ Cumpre referir que a ULS do Alto Ave não remeteu informação sobre as IO realizadas e a ULS de São José não remeteu dados sobre as IA realizadas.

²⁵ O último relatório publicado pelo CNPMA, relativo à atividade de 2022, apontava para uma redução das IA e para um aumento das outras técnicas de PMA – FIV e ICSI.



Total	3.134	3.952	7.086
-------	-------	-------	-------

Quanto às técnicas de PMA de 2.^a linha, entre 2021 e 2024, observou-se um aumento de cerca de 29,6% no número de técnicas realizadas, com o número de técnicas de 2.^a linha a aumentar consistentemente ao longo dos períodos analisados, com a única exceção a observar-se em 2024 com as FIV a diminuírem 1,2% (cfr. tabela 20).

Tabela 20 – Número FIV e ICSI realizadas nos centros públicos de PMA

Ano	FIV	ICSI	Total técnicas 2. ^a linha ²⁶
2021	1.386	1.308	2.694
2022	1.415 (▲+2,1%)	1.428 (▲+9,2%)	2.843 (▲+5,5%)
2023	1.605 (▲+13,4%)	1.679 (▲+17,6%)	3.284 (▲+15,5%)
2024	1.586 (▼-1,2%)	1.906 (▲+13,5%)	3.492 (▲+6,3%)
Total	5.992	6.321	12.313

Em termos regionais, as unidades hospitalares localizadas nas NUTS II do Norte e do Centro foram as que a realizaram maior número de técnicas de PMA, tendo sido responsáveis por, respetivamente, 48,7% e 25,2% de toda a atividade de PMA realizada (cfr. tabela 21). Este resultado contrasta com o obtido na análise às primeiras consultas, que permitiu concluir que a NUTS II da Grande Lisboa era a segunda região com maior volume de primeiras consultas realizadas no período entre 2021 e 2024.

Tabela 21 – Número técnicas de PMA realizadas, por NUTS II, entre 2021 e 2024 (%)

NUTS II	IO	IA	FIV	ICSI	Total
Norte	964 (30,8%)	2.526 (63,9%)	2.351 (39,2%)	3.598 (56,9%)	9.439 (48,7%)
Centro	1.383 (44,1%)	475 (12,0%)	1.847 (30,8%)	1.183 (18,7%)	4.888 (25,2%)
Oeste e Vale do Tejo	65 (2,1%)	-	-	-	65 (0,3%)
Grande Lisboa	155 (4,9%)	611 (15,5%)	1.051 (17,5%)	1.105 (17,5%)	2.922 (15,1%)
Península de Setúbal	321 (10,2%)	340 (8,6%)	743 (12,4%)	435 (6,9%)	1.839 (9,5%)
Alentejo	-	-	-	-	-
Algarve	246 (7,8%)	-	-	-	246 (1,3%)
Total	3.134	3.952	5.992	6.321	19.399

²⁶ Foram ainda reportados 82 ciclos de FIV e ICSI e de ICSI e FIV – 15 realizados em 2021, 29 realizados em 2022, 26 realizados em 2023 e 12 realizados em 2024.



Relativamente ao tempo de espera para acesso às técnicas de PMA, importa salientar que apenas foi possível aferir o tempo de espera para uma amostra reduzida de utentes – concretamente, a análise que se segue considera apenas 23,7% das utentes que no período em análise tiveram acesso a técnicas de PMA (cfr. tabela 22) – tendo sido reportadas limitações ao nível dos sistemas informáticos em utilização nas unidades hospitalares, que não permitem o apuramento integral e fiável dos dados relativos ao tempo de espera para todas as técnicas.

A este respeito, cumpre referir que em 2021, o relatório sobre o alargamento dos programas públicos de acesso à PMA e promoção de doações ao BPG, já dava conta da necessidade de implementar um “[...] *Sistema de Informação específico para esta área de subespecialidade clínica, não só no apoio à prática clínica, como também para uma monitorização local, regional e nacional de indicadores assistenciais, de qualidade, de produtividade e de apoio à decisão dos gestores e dos responsáveis pela definição de políticas nesta área. Ao mesmo tempo, esta solução integrada asseguraria a caracterização e a gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA, em cada centro e a nível nacional [...]*”.

Note-se que em resposta ao pedido de cooperação institucional remetido pela ERS, o CNPMA veio reforçar a necessidade de investimento num sistema de informação específico de forma a assegurar a caracterização e a gestão do acesso aos cuidados de PMA.

Deste modo, para efeitos de aferição de tempo de espera considerou-se o volume de atividade que se apresenta na tabela *infra*, desagregado por NUTS II e tipo de técnica.

Tabela 22 – Número de técnicas de PMA, realizadas entre 2021 e 2024, consideradas para efeitos de aferição do tempo de espera (%)

NUTS II	IO	IA	FIV	ICSI	Total
Norte	104 (10,8%)	553 (21,9%)	876 (37,3%)	612 (17,0%)	2.145 (22,7%)
Centro	-	-	-	-	-
Oeste e Vale do Tejo	-	-	-	-	-
Grande Lisboa	-	-	342 (32,5%)	277 (25,1%)	619 (21,2%)
Península de Setúbal	321 (100%)	340 (100%)	743 (100%)	435 (100%)	1.839 (100%)
Alentejo	-	-	-	-	-
Algarve	-	-	-	-	-
Total	425 (13,6%)	893 (22,6%)	1.961 (32,7%)	1.324 (20,9%)	4.603 (23,7%)



De acordo com os dados analisados, foi possível constatar a existência de diferenças no valor da mediana do tempo de espera consoante o tipo de técnica de PMA realizada. Em concreto, no período analisado, as técnicas de PMA de 2.^a linha exibiram medianas de tempos de espera superiores, face aos observados para as técnicas de PMA de 1.^a linha, o que poderá ser justificado pela complexidade associada às técnicas. Considerando a amostra analisada, os tempos de espera para acesso a FIV e ICSI foram superiores a um ano, enquanto o tempo de espera para acesso a IA se fixou nos 163 dias e para a IO nos 204 dias (cfr. tabela 23).

Tabela 23 – Tempo de espera para atendimento por tipo de técnica de PMA (em dias)

Métrica	IO	IA	FIV	ICSI
Mínimo	0	8	36	11
Mediana	204	163	426	452
Média	351	255	557	618
Máximo	4.201	4.230	4.257	5.225
Amplitude Interquartil	279	168	251	342

Note-se que foi possível observar uma assimetria positiva nos dados, com utentes a serem sujeitos a tempos de espera significativamente mais elevados, face à mediana do tempo de espera.

De acordo com os dados analisados, as NUTS II da Península de Setúbal e da Grande Lisboa apresentaram globalmente as medianas do tempo de espera mais elevadas, para o período analisado – com a única exceção a verificar-se no caso das ICSI, onde em segundo lugar se destaca a NUTS II do Norte (cfr. tabela 24). No entanto, importa destacar que os dados disponíveis não permitem retratar com completude a realidade, na medida em que não estão disponíveis dados de quatro das sete NUTS II, nem de todas as unidades hospitalares com atividade em PMA.



Tabela 24 – Mediana do tempo de espera para atendimento, por tipo de técnica de PMA e NUTS II (em dias)

NUTS II	IO	IA	FIV	ICSI	Total
Norte	132	142	346	399	312
Centro	-	-	-	-	-
Oeste e Vale do Tejo	-	-	-	-	-
Grande Lisboa	-	-	375	372	374
Península de Setúbal	227	218	483	605	457
Alentejo	-	-	-	-	-
Algarve	-	-	-	-	-
Total	204	163	426	452	376

Ora, considerando o total de consultas e técnicas realizadas entre 2021 e 2024, foi possível concluir que apenas as IA apresentaram uma mediana do tempo de espera desde a referenciação para a primeira consulta hospitalar de apoio à fertilidade e a realização da primeira técnica de PMA inferior a um ano (cfr. tabela 25). Em concreto, de acordo com os dados analisados apurou-se uma mediana do tempo de espera total que variou entre os 301 dias para as IA e os 590 dias para as ICSI.

Tabela 25 – Mediana do tempo de espera para atendimento desde a referenciação para a primeira consulta até à realização da técnica (em dias)

Técnica	Mediana
IO	342
IA	301
FIV	546
ICSI	590

6.2.2. Centros privados de PMA

De acordo com a informação remetida pelo CNPMA à ERS, em 2023 os centros privados realizaram 8.759 técnicas de PMA, onde se incluem as IA, as FIV e as ICSI²⁷ (cfr. tabela 26). Face a 2022, observou-se um aumento do número de ciclos realizados, justificado pelo aumento no número de FIV/ICSI, uma vez que também no caso dos centros privados se observou uma redução número de IA realizadas.

²⁷ O CNPMA não remeteu informação sobre as IO realizadas e o número de FIV e ICSI foram remetidos de forma agregada.



Tabela 26 – Número de técnicas de PMA realizadas nos centros privados

Ano	IA	FIV/ICSI	Total
2021	1.504	6.596	8.100
2022	1.472 (▼ -2,1%)	7.273 (▲+10,3%)	8.745 (▲+8,0%)
2023	1.301 (▼ -11,6%)	7.458 (▲+2,5%)	8.759 (▲+0,2%)
2024 ²⁸	n.d.	n.d.	n.d.
Total	4.277	21.327	25.604

Da análise do número de técnicas de PMA realizadas por NUTS II constata-se que a atividade realizada pelos centros privados localizados na Grande Lisboa corresponde a 54,1% de toda a atividade de PMA realizada pelo setor privado – e a 62,0% da atividade de FIV e ICSI (cfr. tabela 27). Recorde-se que a NUTS II da Grande Lisboa, embora fosse a segunda região com maior volume de primeiras consultas realizadas no SNS, não era das regiões com maior atividade de PMA realizada no setor público no período analisado. Por outro lado, e embora a análise ao tempo de espera para acesso às técnicas de PMA tenha sido realizada com base numa amostra pouco representativa, os resultados indicaram que a NUTS II da Península de Setúbal e da Grande Lisboa apresentaram globalmente as medianas do tempo de espera mais elevadas, para o período analisado.

Tabela 27 – Número de técnicas de PMA realizadas nos centros privados, por NUTS II (%)

NUTS II	IA	FIV/ICSI	Total
Norte	1.064 (32,1%)	6.836 (24,9%)	7.900 (30,9%)
Centro	511 (14,9%)	3.179 (11,9%)	3.690 (14,4%)
Oeste e Vale do Tejo	-	-	-
Grande Lisboa	2.650 (52,6%)	11.210 (62,0%)	13.860 (54,1%)
Península de Setúbal	-	-	-
Alentejo	-	-	-
Algarve	52 (0,5%)	102 (1,2%)	154 (0,6%)
Total	4.277 (100%)	21.327 (100%)	25.604 (100%)

Neste contexto, a necessidade de ajustar a capacidade de resposta do SNS às exigências da população, foi destacada pelo CNPMA em resposta ao pedido de

²⁸ De acordo com os esclarecimentos remetidos pelo CNPMA à ERS, os dados relativos à atividade realizadas pelos centros privados de PMA em 2024 ainda não se encontram disponíveis.



cooperação institucional da ERS. Em concreto, o CNPMA veio dar conta da necessidade urgente de investimento efetivo nos nove Centros de PMA do SNS e no BPG e Centros afiliados, de forma a ajustar a resposta do SNS às necessidades da população, referindo a necessidade de aumentar a capacidade instalada através da dotação em recursos humanos, infraestruturas e equipamentos, e de investimento num sistema de informação nacional dedicado e interoperável.

Além disso, o CNPMA referiu a possibilidade de abertura de um novo Centro de PMA, para alargar o acesso a tratamentos com recurso a gâmetas próprios, e de mais um Centro afiliado do BPG, de acordo com as necessidades geográficas. Por outro lado, mencionou a necessidade de promover o BPG e os Centros afiliados junto da população, com o objetivo de captar potenciais dadores e referiu a possibilidade de aquisição direta, pelos Centros de PMA, de gâmetas doados ao setor privado para garantir resposta a tratamentos de PMA com recurso a gâmetas de dadores terceiros, nas situações que ultrapassem um tempo de espera de 12 meses.

Estas mesmas recomendações surgem no relatório sobre o alargamento dos programas públicos de acesso à PMA e promoção de doações ao BPG, elaborado em 2021, que destaca também a necessidade de promoção do acesso à PMA. Concretamente, para as situações que ultrapassem os 12 meses de espera, o grupo de peritos refere a possibilidade de subcontratação de centros públicos com capacidade de resposta, a implementação de programas de recuperação de listas de espera nos centros públicos que disponham de capacidade para realizar atividade adicional e a possibilidade de referenciação para centros de PMA do setor privado, de acordo com o previsto na lei.



7. Conclusões

No âmbito do presente estudo – integrante do processo de monitorização n.º PMT/004/2024 –, da análise da informação remetida, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, quer pela ACSS e CNPMA, **foi possível concluir que, em termos de oferta, em 2024:**

- Existiam nove centros públicos autorizados a ministrar técnicas de PMA Portugal continental e 17 centros privados;
- A NUTS II do Norte apresentava o maior número de centros de PMA públicos e privados, contrastando com as NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e do Alentejo que não dispunham de oferta pública nem privada.

Relativamente à **procura por cuidados de PMA**, recorreu-se à percentagem de mulheres em idade fértil para medir a **procura potencial**, tendo-se concluído que as NUTS II da Grande Lisboa e da Península de Setúbal tinham a maior a percentagem de mulheres em idade fértil, embora não fossem estas as NUTS II que, em 2024, apresentavam a maior oferta pública – dispondo de, respetivamente, dois e um ponto de oferta pública.

Relativamente à **procura efetiva**, foi possível concluir que:

- Em 2024, observou-se um **aumento de 20,5% no número de primeiras consultas** realizadas no SNS, face a 2023, tendo-se aproximado do observado em 2021 – ano marcado pela recuperação da atividade pós-pandemia;
- Para o total de utentes atendidos em 2024, foi obtida uma mediana do tempo de espera para realização de primeira consulta de 142 dias e uma percentagem de **incumprimento do TMRG de 68,5%**, considerando uma amostra de consultas que continha o registo de todas as informações necessárias à aferição do cumprimento do TMRG;
- Por outro lado, verificou-se **um aumento consistente no número de utentes em lista de espera desde 2021**. Dos utentes que no final de 2024 estavam a aguardar por primeira consulta de apoio à fertilidade, para **43,0%** já tinha sido excedido o TMRG aplicável;



- O aumento do número de primeiras consultas de apoio à fertilidade, foi acompanhado por um **aumento no número total de técnicas de 1.ª linha realizadas nos centros públicos de PMA**, com a única exceção a registar-se em 2023, devido à **diminuição de recurso a IA**, que tem vindo a registar-se ao longo dos últimos quatro anos.
- Quanto às **técnicas de PMA de 2.ª linha**, entre 2021 e 2024, observou-se um **aumento** de cerca de **30,6%** no número de técnicas realizadas. Com exceção da redução no número de FIV observada em 2024, o número de técnicas de 2.ª linha aumentou consistentemente ao longo do período analisado;
- As unidades hospitalares localizadas nas **NUTS II do Norte e do Centro** foram as que a realizaram **maior número de técnicas de PMA**, tendo sido responsáveis por, respetivamente, 48,7% e 25,2% de toda a atividade de PMA realizada. Este resultado **contrasta** com o obtido na análise às primeiras consultas, que permitiu concluir que a **NUTS II da Grande Lisboa** era a segunda com maior **volume de primeiras consultas** realizadas no período entre 2021 e 2024.
- Relativamente ao **tempo de espera para acesso** às técnicas de PMA, importa salientar que apenas foi possível aferir o tempo de espera para uma amostra reduzida de utentes (23,7%), dadas as **limitações ao nível dos sistemas informáticos** em utilização nas unidades hospitalares, que não permitem o apuramento integral e fiável dos dados relativos ao tempo de espera para todas as técnicas.
 - A este respeito, cumpre referir que em 2021, o relatório sobre o alargamento dos programas públicos de acesso à PMA e promoção de doações ao BPG, já dava conta da necessidade de implementar um Sistema de Informação específico que permitisse assegurar a caracterização e a gestão do acesso a consultas e tratamentos PMA.
- Considerando a atividade realizada entre 2021 e 2024, foi possível concluir que as técnicas de **PMA de 2.ª linha** apresentam **medianas de tempos de espera superiores**, face aos observados para as técnicas de PMA de 1.ª linha.



- Os tempos de espera para acesso a FIV e ICSI foram superiores a um ano, enquanto o tempo de espera para acesso a IA se fixou nos 163 dias e para IO nos 204 dias.
- Apenas as IA apresentaram uma mediana do tempo de espera desde a referenciação para a primeira consulta hospitalar de apoio à fertilidade e a realização da primeira técnica de PMA inferior a um ano, tendo sido apurada uma mediana do tempo de espera total que variou entre os 301 dias para as IA e os 590 dias para as ICSI.
- As **NUTS II da Península de Setúbal e da Grande Lisboa** apresentaram globalmente as **medianas do tempo de espera mais elevadas**, para o período analisado;
- Nos **centros privados** também se observou um **aumento do número de ciclos** realizados, justificado pelo aumento no número de FIV/ICSI, uma vez que as IA realizadas também diminuíram;
- A atividade realizada pelos centros privados localizados na **NUTS II da Grande Lisboa** correspondeu a **54,1% de toda a atividade de PMA** realizada pelo setor privado.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2025

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt