

Two decades of Medically Assisted Reproduction in Portugal: from gamete donation to fertility preservation

Duas décadas de Procriação Medicamente Assistida em Portugal: da dádiva de gâmetas à preservação da fertilidade

Ana Sofia Pais¹

A celebração dos 20 anos da Procriação Medicamente Assistida (PMA) em Portugal convida a uma reflexão que vai além das conquistas biológicas e tecnológicas. A consolidação da medicina da reprodução no país depende de alinhar a inovação científica com a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a proteção efetiva dos direitos fundamentais de todos os intervenientes.

A PMA engloba as intervenções clínicas destinadas ao tratamento da infertilidade, tais como a estimulação ovárica, a inseminação artificial e o transplante uterino, bem como as técnicas de reprodução assistida. Estas últimas envolvem a manipulação *in vitro* de gâmetas e/ou embriões com o objetivo de obter uma gravidez, abrangendo, entre outras, a fertilização *in vitro* (FIV), a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a transferência de embriões (TE), a biópsia embrionária, o teste genético pré-implantatário (PGT), a criopreservação e a doação de gâmetas e embriões.¹

Em Portugal, a atividade clínica em PMA foi regulamentada pela Lei n.º 32/2006, que instituiu igualmente o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) como órgão regulador dos aspetos éticos, sociais e legais.² Ao longo das últimas duas décadas, este enquadramento acompanhou a evolução social do país. Em 2016 (Lei n.º 17/2016), o acesso foi universalizado para todas as mulheres, independentemente do estado civil ou orientação sexual.³ Em 2019 (Lei n.º 48/2019), foi revogado o anonimato dos dadores, assegurando aos nascidos por PMA o direito ao conhecimento da identidade civil do dador aos 18 anos.⁴ Mais recentemente, a Lei n.º 35/2025 prorrogou

o regime transitório aplicável à utilização de embriões criados ao abrigo da legislação anterior.⁵

No que diz respeito aos limites etários, a lei fixou os 18 anos como idade mínima legal para os beneficiários.² O limite máximo global foi regulamentado em 2017 pelo CNPMA (Deliberação n.º 15-II/2017), estabelecendo os 50 anos (49 anos e 364 dias) como a idade limite para a mulher realizar qualquer tratamento em Portugal.⁶ No âmbito do SNS, as regras de financiamento público definem critérios mais restritivos: até aos 42 anos (41 anos e 364 dias) para a inseminação artificial e até aos 40 anos (39 anos e 364 dias) para a FIV e ICSI.⁷

Estas alterações legislativas ocorreram em paralelo com o contínuo adiamento do projeto parental na sociedade portuguesa, verificado pelo aumento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho.⁸ Este facto é influenciado por determinantes socioeconómicas, profissionais e de estilo de vida.⁹ Neste contexto observa-se o impacto do envelhecimento reprodutivo, no qual há um declínio fisiológico da reserva ovárica, com diminuição da hormona anti-Mülleriana e da contagem de folículos antrais, bem como alterações na qualidade ovocitária.^{10,11} A diminuição da qualidade decorre de alterações meióticas que culminam no aumento exponencial das taxas de aneuploidia embrionária com o avanço da idade materna. Em termos clínicos, tal associa-se a infertilidade, com menor taxa de implantação e de gravidez por ciclo, bem como maior incidência de abortos espontâneos.¹¹

Consequentemente, observa-se uma procura crescente pelas técnicas de PMA e, em particular, o recurso cada vez mais frequente a tratamentos com doação de gâmetas, que surgem frequentemente como uma alternativa eficaz para a concretização da gravidez em idades maternas mais avançadas.¹² Embora a dádiva

1. Editora associada da AOGP. Serviço de Medicina da Reprodução, ULS Coimbra. Eugénio Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

permanência voluntária e altruísta, a perda do sigilo da identidade veio reconfigurar a tomada de decisão dos potenciais dadores.⁴

É sobre esta dinâmica que incide o estudo original de Ana Galhardo et al. (*“Motivações para a doação e ambivalência em potenciais dadores/as de gâmetas”*), publicado neste número da *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. Os autores mostram que, mesmo quando a compensação financeira assume relevância, a empatia e o desejo de ajudar a concretizar projetos parentais permanecem como motivadores centrais. Particularmente relevante é a constatação de que o conhecimento informado e a proximidade com a realidade da infertilidade tendem a reduzir a ambivalência. Estes resultados reforçam a importância do acompanhamento psicológico estruturado e da realização de campanhas públicas de consciencialização, com enfoque no Banco Público de Gâmetas.

Neste contexto, a preservação da fertilidade consolidou-se como uma intervenção relevante em medicina da reprodução. Além da indicação médica clássica destinada a salvaguardar o potencial reprodutivo antes de tratamentos gonadotóxicos, predominantemente na área da oncologia, a vitrificação de ovócitos expandiu-se à indicação não médica. A criopreservação de gâmetas em idades mais jovens permite preservar o potencial reprodutivo e a taxa de euploidia embrionária do escalão etário do momento da colheita, reduzindo as taxas de insucesso associadas ao envelhecimento ovocitário e atenuando a necessidade futura do recurso à doação ovocitária.¹³

Mais do que uma resposta individual, a disponibilização da preservação da fertilidade não médica no SNS deve ser perspectivada como uma estratégia preventiva para atenuar o envelhecimento reprodutivo e diminuir a dependência da doação de gâmetas. O projeto parental das famílias não deve ficar excessivamente refém da dívida de terceiros, devendo a preservação da fertilidade ser reconhecida como um verdadeiro instrumento de proteção dos direitos reprodutivos e do planeamento familiar.^{13,14} Não obstante, importa sublinhar que a preservação da fertilidade não deve ser encarada como uma garantia absoluta de gravidez futura nem como um incentivo ao adiamento da maternidade, uma vez que não elimina as complicações obstétricas e perinatais inerentes à idade materna avançada.^{9,14}

No SNS, a preservação permanece adstrita exclusivamente a indicações médicas, estando a vertente não médica limitada ao setor privado e condicionando a sua equidade de acesso à capacidade financeira individual.⁷ Esta assimetria expõe um contraste entre a equidade de acesso formalmente consagrada na lei e a realidade operacional da rede pública.^{3,15} A escassez de dadores no Banco Público de Gâmetas e a morosidade das listas de espera entram frequentemente em colisão com o relógio biológico reprodutivo.¹² Nos casos em que as doentes se aproximam dos limites etários regulamentares de acesso aos tratamentos financiados pelo SNS, a demora no atendimento compromete a eficácia das intervenções e pode resultar na perda definitiva de elegibilidade no sistema público, comprometendo a equidade e os direitos reprodutivos dos utentes.¹⁵

Em suma, duas décadas após a introdução do enquadramento legal da PMA em Portugal, o desafio central reside em equilibrar a inovação tecnológica com a sustentabilidade dos cuidados públicos e a proteção dos direitos dos dadores, beneficiários e crianças. Neste quadro, deve assumir-se como prioridade a redução dos tempos de espera, o reforço do Banco Público de Gâmetas e o enquadramento da preservação da fertilidade no SNS como uma política de prevenção do envelhecimento reprodutivo. Esta abordagem permitirá promover os direitos reprodutivos em condições de equidade, mitigando a dependência da doação de gâmetas e salvaguardando a sustentabilidade do SNS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zegers-Hochschild F, Dyer S, Adamson GD, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2025. *Fertil Steril*. 2026;126(1):127-149. doi:10.1016/j.fertnstert.2026.02.022
2. Portugal. Lei n.º 32/2006, de 26 de julho. Procriação medicamente assistida. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 143 (26-07-2006). p. 5296-5304.
3. Portugal. Lei n.º 17/2016, de 20 de junho. Alarga o âmbito de aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 116 (20-06-2016). p. 1919-1921.
4. Portugal. Lei n.º 48/2019, de 8 de julho. Primeira alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, sobre procriação medicamente assistida. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 128 (08-07-2019). p. 3432-3435.
5. Portugal. Lei n.º 35/2025, de 14 de julho. Alteração à Lei n.º 32/2006, relativa ao regime transitório dos embriões criopreservados. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 134 (14-07-2025).

6. Portugal. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Deliberação n.º 15-II/2017. Limites etários para acesso às técnicas de PMA. Diário da República, 2.ª série, N.º 102 (26-05-2017).
7. Portugal. Administração Central do Sistema de Saúde. Normativa n.º 4/2022: Acesso a Tratamentos de Procriação Medicamente Assistida no Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Lisboa: ACSS; 2022 [citado em 2026 Set 9]. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Normativa-4-2022-Acesso-a-Tratamentos-de-Procria%C3%A7%C3%A3o-Medic_DO_.pdf
8. Pordata; Fundação Francisco Manuel dos Santos. Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em Portugal [Internet]. Lisboa: Pordata; [citado em 2026 Set 9]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805-6716>
9. Nazaré PF, Pais ASF, Figueiredo-Dias M. Postponing Motherhood: A Demographic and Contemporary Issue. *Curr Women Health Rev.* 2022;18(1):28-36. doi:10.2174/1573404817666210208203220
10. Wallace WHB, Kelsey TW. Human Ovarian Reserve from Conception to the Menopause. *PLoS One.* 2010;5(1):e8772. doi:10.1371/journal.pone.0008772
11. Franasiak RM, Forman EJ, Hong KH, et al. The nature of aneuploidy with increasing maternal age: a review of 15,169 consecutive trophoctoderm biopsies with comprehensive chromosome screening. *Fertil Steril.* 2014;101(3):656-663. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.11.004
12. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Relatório de Atividade dos Centros de PMA em Portugal e Atividade do Banco Público de Gâmetas [Internet]. Lisboa: CNPMA; 2023 [citado em 2026 Set 9]. Disponível em: <https://www.cnpma.org.pt>
13. ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation; Anderson RA, Amant F, Braat D, et al. ESHRE guideline: female fertility preservation. *Hum Reprod Open.* 2020;2020(4):hoaa052. doi:10.1093/hropen/hoaa052
14. ESHRE Task Force on Ethics and Law; Dondorp W, de Wert G, Pennings G, et al. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Hum Reprod.* 2012;27(5):1231-1237. doi:10.1093/humrep/des029
15. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde de Procriação Medicamente Assistida no SNS [Internet]. Porto: ERS; 2021 [citado em 2026 Set 9]. Disponível em: <http://ers.pt/pt/flipbooks/acesso-pma/>

CONFLITO DE INTERESSES

A autora declara não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Sofia Pais

E-mail: asfpais@uc.pt

<https://orcid.org/0000-0002-1977-5258>