

O IMPACTO NAS FINANÇAS FAMILIARES DO RECURSO A TÉCNICAS DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA

Natália Maria Viegas Costa

TRABALHO DE PROJETO

Curso: **Mestrado em Contabilidade e Finanças**

Docente/Orientador: Prof. Dr. Paulo Jorge Silveira Ferreira

Ano Letivo: 2022 | 2023

julho | 2023

“...realça-se que em 2018 nasceram em Portugal 2733 crianças como resultado do uso de várias técnicas de PMA, o que representa 3,1% do número total de crianças nascidas no nosso país nesse ano.”

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida,
Relatório da Atividade em PMA - 2018

O impacto nas finanças familiares do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida.

Para a minha filha Nídia, que antes de existir já era uma inspiração.

Agradecimentos

Este trabalho de projeto não poderia ser concluído sem o apoio de todas as pessoas que me são próximas e que nunca me deixaram desmotivar.

Em primeiro lugar, deixo o meu agradecimento ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Jorge Silveira Ferreira por toda a compreensão que demonstrou ao orientar e guiar este projeto.

Em segundo lugar, deixo um especial agradecimento a todas as pessoas que, mesmo sabendo tratar-se de um tema “sensível” tiveram a amabilidade de responder ao questionário proposto.

O meu terceiro agradecimento destina-se à Associação Portuguesa de Fertilidade, por ter aceite partilhar o meu questionário nas suas redes sociais tão prontamente.

O meu último agradecimento destina-se ao meu marido, por me convencer a ingressar no mestrado e, incentivar e motivar para chegar à fase final deste projeto.

Deixo a todos, um grande OBRIGADO!

Resumo

Estima-se que um em cada sete casais tenham utilizado técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA). Em Portugal a infertilidade tem prevalência entre os 9 e 10 por cento e levou a que no ano de 2018 tenham nascido 2733 crianças através da aplicação de várias técnicas de PMA. Estes valores significam que nesse ano, cerca de 3% de todas as crianças nascidas em Portugal são resultado da utilização de técnicas de PMA. Alguns autores referem que a utilização dos tratamentos de PMA continua muito dependente da capacidade financeira dos casais, o que levou à criação do objetivo do presente trabalho, que pretende aumentar o conhecimento na perspetiva do utente, da parte económica e financeira que está subjacente ao recurso a técnicas de PMA. Para tal, foi utilizada informação primária recolhida através de questionário, aplicado a uma amostra não probabilística por conveniência. Foram colocadas questões que permitissem conhecer o comportamento da amostra perante as despesas de PMA e o seu esforço económico familiar. A partir do questionário foram obtidas 186 respostas, das quais 173 consideradas válidas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Da análise efetuada ao esforço económico familiar, foi possível concluir que cerca de metade da amostra (56,6%) se situa num esforço económico familiar médio e, embora sintam preocupações com o pagamento das despesas de PMA, não sentiram limitações financeiras de acesso, nem consideram que a PMA lhe tenha comprometido o futuro financeiro.

Palavras-Chave: infertilidade, procriação medicamente assistida, esforço económico e financeiro.

Abstract

It is estimated that one in seven couples have used Assisted Reproduction Treatments (ART). In Portugal, infertility has a prevalence between 9 and 10 percent, and led to the birth of 2733 children in 2018, through the application of several ART techniques. These numbers mean that in that year, about 3% of all children born in Portugal result from the use of ART techniques. Some authors refer that the use of ART treatments remains very dependent on the financial capacity of the couples. That led to establishing the main objective of the present paper, which aims to increase knowledge from the user's perspective, of the economic and financial burden that underlies the use of ART. To achieve the main objective, primary information was collected through a questionnaire applied to a non-probabilistic convenience sample. The questions asked intended to find more about the sample behavior towards ART expenses and their family economic strain. From the questionnaire, 186 responses were obtained, of which 173 were considered valid, according to the inclusion and exclusion criteria. From the analysis carried out to the family economic effort, it was possible to conclude that about half of the sample (56.6%) is in an average family economic effort and, although they have concerns about the payment of ART expenses, they did not feel financial limitations of access, nor do they consider that the ART has compromised their financial future.

Keywords: infertility, assisted reproduction treatments, economic and financial strain.

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

CNPMA - Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

FESS - Family Economic Strain Scale

FIV - Fertilização In Vitro

IA - Inseminação artificial

ICMART - The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies

ICSI - Injeção Intracitoplásmica de espermatozoides

ISF – Índice Sintético de Fecundidade

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

NUTS II - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos, tipo II

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCA - Principal Component Analysis

PMA – Procriação Medicamente Assistida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPMR – Sociedade Portuguesa de Medicina Reprodutiva

TEC - Transferência de embriões criopreservados

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|-----|
| ÍNDICE DE ANEXOS..... | ix |
| ÍNDICE DE FIGURAS | x |
| ÍNDICE DE TABELAS | xii |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 4 |
| CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA: INFERTILIDADE E FINANÇAS FAMILIARES | 6 |
| 2.1. Infertilidade | 6 |
| 2.1.1. Infertilidade: Conceitos, causas e fatores de risco | 6 |
| 2.1.2. Prevalência e Índice Sintético de Fecundidade | 9 |
| 2.1.3. Procriação Medicamente Assistida | 11 |
| 2.1.4. A Legislação e o Serviço Nacional de saúde na PMA | 13 |
| 2.1.5. A PMA no Código do Trabalho e no Imposto sobre o Rendimento das pessoas singulares | 17 |
| 2.1.6. Análise aos tratamentos de PMA realizados em Portugal de 2014 a 2018 | 17 |
| 2.2. Finanças familiares | 20 |
| 2.2.1. Planeamento financeiro das famílias..... | 20 |
| 2.2.2. Esforço económico familiar | 22 |
| 2.2.3. A PMA nas finanças familiares | 23 |
| CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E QUESTÕES..... | 26 |
| 3.1. Objetivos gerais e específicos..... | 26 |
| 3.2. Tipo de estudo | 26 |
| 3.3. Amostra | 27 |
| 3.4. Metodologia de recolha e tratamento de dados | 28 |
| CAPÍTULO IV – RESULTADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS | 33 |
| 4.1. Análise descritiva de resultados | 33 |
| 4.1.1. Perfil do entrevistado | 33 |
| 4.1.1.1 Perfil Sociodemográfico e económico..... | 33 |

| | |
|---|----|
| 4.1.1.2 Posição dos entrevistados face aos tratamentos de PMA..... | 38 |
| 4.1.1.3 Relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico..... | 40 |
| 4.1.2. Análise ao Grupo II..... | 41 |
| 4.1.2.1 Perceção e atitudes perante a despesa..... | 41 |
| 4.1.2.2 Relação entre o rendimento e o comportamento dos entrevistados face às despesas de PMA..... | 46 |
| 4.1.3. Análise ao Grupo III | 49 |
| 4.1.3.1. Esforço Económico Familiar..... | 49 |
| 4.1.3.1 Medição do Esforço Económico Familiar | 51 |
| 4.1.3.2 Relação entre o rendimento e o esforço económico familiar..... | 52 |
| CONCLUSÃO | 54 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 57 |
| ANEXOS..... | 64 |
| ANEXO I – Questionário - Procriação Medicamente Assistida (PMA) - Impacto nas finanças familiares..... | 65 |
| ANEXO II – Divulgação do questionário..... | 71 |
| ANEXO III – Teste de normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a variável rendimento. | 72 |
| ANEXO IV – Teste χ^2 de independência para as variáveis rendimento e local de acompanhamento médico..... | 73 |
| ANEXO V – <i>Rho de Spearman</i> para o grupo II..... | 74 |
| ANEXO VI – Análise de Componente Principal da escala de esforço económico familiar. | 75 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXO I – Questionário - Procriação Medicamente Assistida (PMA) - Impacto nas finanças familiares..... | 65 |
| ANEXO II – Divulgação do questionário. | 71 |
| ANEXO III – Teste de normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a variável rendimento. | 72 |
| ANEXO IV – Teste χ^2 de independência para as variáveis rendimento e local de acompanhamento médico..... | 73 |
| ANEXO V – <i>Rho de Spearman</i> para o grupo II..... | 74 |
| ANEXO VI – Análise de Componente Principal da escala de esforço económico familiar. | 75 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----------|
| Figura 1 - Fatores de risco que condicionam o estado de saúde do indivíduo. | 8 |
| Figura 2 - Índice Sintético de fertilidade, de 2010 a 2021 | 10 |
| Figura 3 - Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho | 11 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1 - Evolução do número de ciclos por técnica de PMA, entre 2015 e 2018..... | 18 |
| Gráfico 2 - Screen Plot (esforço económico familiar) | 31 |
| Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por género | 33 |
| Gráfico 4 - Distribuição por faixas etárias..... | 34 |
| Gráfico 5 - Distribuição por estado civil..... | 35 |
| Gráfico 6 - Distribuição Geográfica | 35 |
| Gráfico 7 - Relação entre a distribuição geográfica dos centros médicos autorizados e a distribuição geográfica da amostra | 36 |
| Gráfico 8 - Distribuição do Rendimento do Agregado Familiar | 37 |
| Gráfico 9 - Posicionamento face aos tratamentos de PMA..... | 38 |
| Gráfico 10 - Local de acompanhamento médico | 39 |
| Gráfico 11 - Análise à existência de poupança..... | 41 |
| Gráfico 12 - Comportamento perante despesas médicas inesperadas | 43 |
| Gráfico 13 - Análise do comportamento dos entrevistados face às despesas de PMA. ... | 44 |
| Gráfico 14 - Esforço Económico Familiar | 50 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 - Evolução no número de ciclos por técnica de PMA, entre 2015 e 2018..... | 18 |
| Tabela 2 - Exemplos de custos diretos e indiretos de PMA. | 24 |
| Tabela 3 - Tabela de Variância explicada (esforço económico familiar)..... | 30 |
| Tabela 4 - Teste de KMO e Bartlett (esforço económico familiar)..... | 31 |
| Tabela 5 - Alfa de Cronbach (esforço económico familiar)..... | 32 |
| Tabela 6 - Categorias de esforço económico..... | 32 |
| Tabela 7 - Número de entidades que acompanham os entrevistados..... | 39 |
| Tabela 8- Razões de poupança..... | 42 |
| Tabela 9 - Rho de Spearman para Rendimento/Comportamento perante a despesa..... | 47 |
| Tabela 10 - Estatísticas descritivas (Esforço económico familiar)..... | 51 |
| Tabela 11 - Esforço económico familiar da amostra..... | 51 |
| Tabela 12 - Análise à questão " Comparando a sua situação durante/após o tratamento de PMA com a de outras famílias, diria que o seu rendimento é?"..... | 52 |
| Tabela 13 - Rho de Spearman para Rendimento/Esforço económico familiar..... | 52 |

INTRODUÇÃO

Estima-se que um em cada sete casais tenham utilizado técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA). Em Portugal a infertilidade tem prevalência entre os 9 e 10 por cento e levou a que no ano de 2018 tenham nascido 2733 crianças através da aplicação de várias técnicas de Procriação Medicamente Assistida. Estes valores significam que nesse ano, cerca de 3% de todas as crianças nascidas em Portugal são resultado da utilização de técnicas de PMA (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2021).

Os progressivos avanços na ciência e na tecnologia têm aumentado as possibilidades para a reprodução humana. A introdução de técnicas de procriação medicamente assistida veio permitir não só a criação de uma alternativa à incapacidade de ter filhos, como também um prolongamento da fertilidade. No entanto, apesar dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área da saúde reprodutiva, a percentagem de casais que constitui esta população continua a sentir necessidades que não estão a ser atendidas. Entre estas necessidades está de forma recorrente a necessidade de acesso aos tratamentos, que continua muito dependente da capacidade financeira dos casais, devido às restrições existentes para a realização dos tratamentos através dos Centros públicos de PMA (Silva & Machado, 2010).

Faria (2013) refere que poucos são os estudos realizados sobre a temática de acesso aos tratamentos de PMA, embora nos resultados do trabalho de Galhardo, Gouveia e Cunha, (2012) seja referido que na “Escala de Preocupações em PMA”, os aspetos financeiros, as faltas ao trabalho e, a sobrecarga financeira que o insucesso do tratamento poderá acarretar, são claramente uma das preocupações de quem se submete a este tipo de procedimentos.

Foram elaboradas as questões de partida da investigação, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a realidade económica e financeira dos casais que recorrem a PMA. A questão de partida principal prende-se na avaliação do impacto nas finanças familiares do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida. As questões de partida secundárias pretendem verificar a existência da perceção desse impacto antes do início dos tratamentos (verificação de medidas de poupança,

recurso a crédito e gestão de rendimentos e despesas); a existência de tomada de decisões de saúde com base nas condições financeiras da família e por fim, medir o esforço económico da família que recorre a PMA.

Nos últimos anos verifica-se um aumento na utilização de tratamentos de PMA. Uma avaliação económica nesta área é importante para complementar a informação divulgada em diferentes níveis. A nível nacional pode ser um importante instrumento de decisão a nível político, a nível económico pode ser um instrumento de gestão de orçamentos e responsabilidades e a nível pessoal, pode auxiliar os indivíduos na tomada de decisão clínica (Garceau, et al., 2002). Este projeto apresenta como contributos, um aumento do conhecimento na perspetiva do utente, da parte económica e financeira que está subjacente ao recurso a técnicas de procriação medicamente assistida. Relativamente à amostra estudada, permitiu verificar de que forma os tratamentos foram financiados pelos utentes, se a sua condição financeira exerceu influência na tomada de decisões ao longo do tratamento, e qual o nível de esforço económico sentido pela família no recurso a PMA.

O projeto apresentado tem carácter exploratório e descritivo, de natureza quantitativa, tendo por base informação primária recolhida através de questionário, realizado a uma amostra não probabilística por conveniência. A distribuição dos questionários foi efetuada por divulgação virtual, através da partilha do *link* nas redes sociais, fóruns, grupos de apoio, e pela Associação Portuguesa de Fertilidade, através das suas redes sociais.

O presente projeto é composto por quatro capítulos, aos quais acresce a introdução e a conclusão. O Capítulo I apresenta um breve enquadramento do tema em investigação. O Capítulo II é composto pela Revisão da Literatura, onde se abordam os conceitos necessários à boa compreensão do estudo, através da apresentação das definições de infertilidade, procriação medicamente assistida e finanças familiares para melhor compreensão da temática em estudo. O Capítulo III contém a Metodologia de investigação utilizada durante o desenvolvimento do projeto. O Capítulo IV apresenta os dados recolhidos com o questionário, bem como o seu tratamento estatístico e respetiva análise.

Uma das limitações deste estudo prende-se com a incapacidade em fornecer informação detalhada e desagregada dos custos suportados pelos utilizadores das técnicas de PMA, impedindo o cálculo da capacidade de financiamento do tratamento.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A ciência económica é considerada como uma ciência de escolhas, onde se tentam identificar as melhores escolhas possíveis para responder com recursos limitados a necessidades ilimitadas. Um dos ramos especializados da ciência económica são as finanças, onde estão inseridas as finanças pessoais e familiares. Esta vertente das finanças, que segundo a definição dada por Pires (2006) “tem o objetivo de estudar e analisar as condições de financiamento de bens e serviços necessários à satisfação de necessidades e desejos dos indivíduos”, pode resumir-se dizendo que estuda aplicação de conceitos económicos nas decisões financeiras da pessoa e/ou da família.

A importância da pesquisa sobre as práticas financeiras das famílias é mencionada por Dew (2008) ao referir que esta temática tem sido reafirmada na literatura como uma problemática complexa, justificando a sua presença contínua como objeto de estudo entre investigadores.

As finanças familiares sofrem ajustamentos feitos pelos indivíduos ao longo das várias etapas da sua vida familiar. Destas etapas surgem novas necessidades e novos desejos entre os quais pode constar, a aquisição de casa ou carro, a constituição de família ou o acesso a cuidados de saúde Lauwe, Henri e Nunes (1965). Em algumas famílias existe ainda o cruzamento de necessidades, como por exemplo, a necessidade de constituição de família pode estar dependente da necessidade de acesso a cuidados de saúde. Estas famílias, segundo o estudo de Carvalho & Santos (2009) têm uma prevalência em Portugal de cerca de nove por cento.

A pesquisa exploratória efetuada refletiu que em Portugal poucos foram os trabalhos realizados no âmbito económico e financeiro da medicina reprodutiva na perspetiva do utente, sendo predominante pesquisas efetuadas em áreas como a medicina, a psicologia ou a sociologia (Galhardo, Gouveia, e Cunha, 2012); ou trabalhos efetuados na perspetiva do centro de reprodução assistida (Figueiredo, 2004). Em alguns trabalhos, como Faria (2013), Silva & Machado (2010) ou Silva, Carvalho, & Cardoso (2006), cujo objetivo principal era estudar as barreiras de acesso aos serviços de PMA, é referida a condição económica como uma das barreiras de

acesso, mas o objetivo principal foi analisar as barreiras médicas e físicas. Fora de Portugal, existem alguns estudos efetuados na perspetiva económica e financeira do utente (Chambers, Adamson, & Eijkemans, 2013; Wu et al., 2014). No primeiro foi utilizada uma abordagem de valores de mercado como valores aproximados de custos e as suas conclusões mostram que a atribuição de incentivos económicos afetaria não só o acesso a PMA, como o modo com a própria PMA é praticada. No segundo estudo, foi solicitado a 332 casais, num período de 18 meses, o preenchimento de um diário de despesas, que permitiu determinar os custos gerais do tratamento, e verificar as relações existentes entre determinados custos e o tipo de tratamento de PMA efetuado. Os resultados obtidos permitiram verificar que os casais gastaram cerca de US \$ 6.955 para cada ciclo adicional de fertilização in vitro.

Em Portugal, o trabalho de Silva, Carvalho, & Cardoso (2006) refere que em Portugal poderá existir uma necessidade anual de PMA para 1500 casais férteis por milhão de habitantes, e que o custo médio para o paciente de cada ciclo de PMA numa entidade privada é de cerca de 4.318,89€, originando uma necessidade de comparticipação de cerca de 80% no preço atualmente pago, para que a utilização de PMA atingisse os níveis definidos internacionalmente como suficientes para fazer face às necessidades de PMA.

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA: INFERTILIDADE E FINANÇAS FAMILIARES

Neste capítulo abordam-se os conceitos necessários à boa compreensão do estudo, através da apresentação das definições de infertilidade, procriação medicamente assistida e finanças familiares.

2.1. Infertilidade

2.1.1. Infertilidade: Conceitos, causas e fatores de risco

Em 1994, 182 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) reuniram-se no Cairo para perspetivarem a população e o seu desenvolvimento através da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Foi desta conferência que partiu o Programa de Acção e o conceito de Saúde Reprodutiva, que veio definir que todas as pessoas têm direito a uma vida sexual satisfatória e segura, e poder de decisão sobre a parentalidade (Direcção Geral da Saúde, 2008).

O conceito de saúde reprodutiva ficou definido em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, como a capacidade de cada um em se reproduzir de forma a conseguir um filho são, com garantia de sobrevivência e sem riscos acrescidos para a mãe que resultem do parto e da gravidez (Organização das Nações Unidas , 1994). Para muitas famílias, esta capacidade não é por vezes alcançada espontaneamente, sendo necessária intervenção médica para o alcançar. Estas famílias são então confrontadas com o conceito de infertilidade (Remoaldo & Machado, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define infertilidade como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após doze meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção (Remoaldo & Machado, 2008)”. Em 2017, *The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (ICMART), em conjunto com outras organizações e através dos autores Zegers-Hochschild, et al. (2017) incluíram ainda na definição de infertilidade, a diminuição da capacidade de reprodução. Nestes casos e com base em

historiais médicos e testes de diagnóstico, podem ser iniciadas antes dos doze meses, intervenções médicas para alcançar a gravidez. Quando se fala em infertilidade, é por vezes incluído ainda o conceito de esterilidade, que de acordo com Zegers-Hochschild, et al. (2017) se trata de um estado permanente e ao longo da vida de infertilidade. Remoaldo & Machado (2008) referem que o termo de esterilidade tem sido abandonado pelos profissionais de saúde, devido ao estigma negativo a que está associado e porque num número razoável de casos esta situação já pode ser ultrapassada.

Para que sejam selecionadas as intervenções médicas mais adequadas, é necessário identificar o tipo e causas de infertilidade que afetam determinado indivíduo ou família. Inicialmente, a infertilidade pode ser distinguida como primária ou secundária. Entende-se infertilidade primária como aquela que gera incapacidade de alcançar uma primeira gravidez espontânea e, infertilidade secundária como aquela que gera incapacidade de alcançar uma segunda ou mais gravidezes espontâneas. Autores como Remoaldo & Machado (2008) consideram a infertilidade secundária como ambígua, pelo facto de incluir primeiras gravidezes que tenham terminado em episódios de morte fetal.

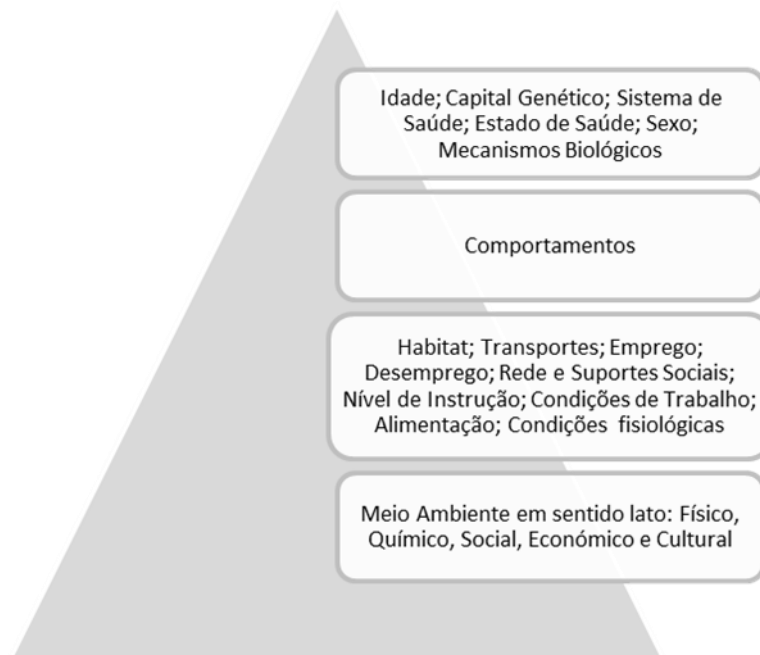
Uma vez determinado o tipo de infertilidade, é necessário identificar as suas causas. A Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMA) identifica em (<http://www.spmr.pt> - consultado em 05/08/2020) que as causas podem ser masculinas, feminina, mistas ou inexplicadas, sendo que:

- 20 a 30% corresponde a causa masculina. Aqui estão incluídas essencialmente situações relacionadas com os gâmetas masculinos, nomeadamente a sua diminuição, mobilidade reduzida, configuração anormal ou ausência.
- 30 a 40% das situações correspondem a causa feminina. A infertilidade originada em causas femininas está maioritariamente relacionada com as seguintes situações: falência da ovulação, obstrução das trompas, doença do útero, muco cervical desfavorável, endometriose e aborto de repetição.
- cerca de 30% das situações correspondem a causa mista, resultando tanto de fatores masculinos como femininos.

- 5 a 10% das situações correspondem a causa inexplicada. Nestas situações não se deteta qualquer razão aparente para a infertilidade, sendo a sua causa desconhecida.

Remoaldo & Machado (2008) referem que são vários os fatores de risco que podem contribuir para uma situação de infertilidade, entre eles, fatores médicos, geográficos, demográficos, ambientais, sociais, económicos e culturais. Como é uma questão maioritariamente abordada por motivos médicos, os restantes fatores tendem a ser subvalorizados. A figura 1 identifica os fatores que mais se evidenciam, segundo os mesmos autores.

Figura 1 - Fatores de risco que condicionam o estado de saúde do indivíduo.



Fonte: Adaptado de Remoaldo & Machado (2008), pág 64.

Consideram-se como principais fatores os relacionados com o estado de saúde, capital genético e mecanismos biológicos, sendo estes fatores diagnosticados clinicamente.

Um dos principais fatores de risco também associado à infertilidade é a idade feminina, maioritariamente relacionado com o adiamento do papel da maternidade, motivado por diversas razões, entre elas, laborais, económicas ou sociais. “Nas sociedades atuais, o progressivo adiamento da carreira reprodutiva fez com que a

mulher passasse a ter o seu primeiro filho em idades em que a sua capacidade biológica para conceber começa a estar comprometida, [...]” Os autores Remoaldo & Machado (2008) referem ainda que não se deve descurar os restantes fatores, desde o sistema de saúde (relacionado com o número disponível de centros públicos autorizados a praticar PMA e os limites por si estabelecidos), às condições de trabalho e do meio ambiente.

As diferenças de acesso a PMA são consideradas como multifatoriais, podendo incluir diferenças de regulamentação e legislação, ambiente, financiamento, características demográficas e diferenças sociais e culturais (Chambers, Adamson, & Eijkemans, 2013). No presente trabalho é dado enfoque aos fatores de risco relacionados com a vertente económica e financeira das famílias enquadrados no meio ambiente em sentido lato da figura acima apresentada. Deste modo, e de acordo com autores como Remoaldo & Machado (2008) considera-se como fator de risco o rendimento das famílias. Famílias com baixos rendimentos sentem maior desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, em particular nos relacionados com a infertilidade. Algumas famílias têm acesso limitado a tratamentos como Fertilização *In Vitro* (FIV) ou a Injeção Intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI), pois o custo dos tratamentos é superior à sua capacidade de financiamento (Collins, 2002). Para além do acesso limitado, existe ainda a possibilidade de insucesso no decorrer do tratamento, representando uma grande preocupação para as famílias devido à sobrecarga financeira que acarreta (Galhardo, Gouveia e Cunha, 2012).

2.1.2. Prevalência e Índice Sintético de Fecundidade

A infertilidade está reconhecida como sendo uma doença de incapacidade do sistema reprodutivo que afeta a nível mundial cerca de dez a quinze por cento dos casais em idade fértil, e que, devido ao declínio da fertilidade, apresenta sinais de estar a aumentar (Rozen e Stern, 2023; Borghet e Wyns, 2018; Fertility Europe and European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive rights, 2021).

Não obstante o referido pela OMS, a verdadeira magnitude da prevalência permanece desconhecida (Dick, et al., 2003), seja pelas diferentes definições do termo

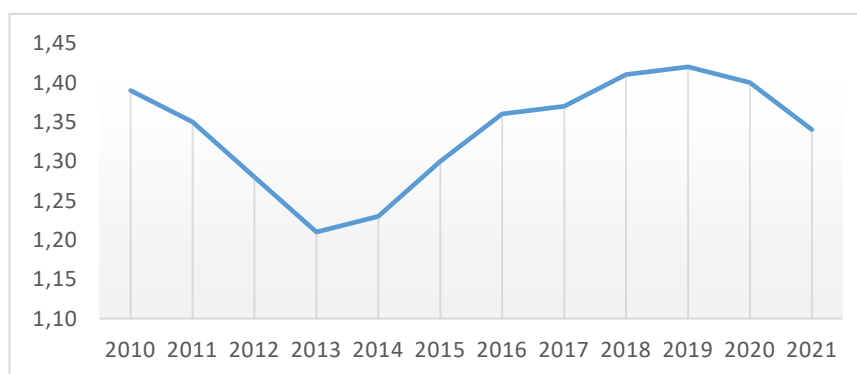
infertilidade e metodologias utilizadas pelos vários autores ou pelas grandes variações regionais (Figueiredo, 2004).

Remoaldo & Machado (2008) referem que a maioria dos estudos demográficos realizados foram baseados na vertente feminina, levando a que a avaliação da prevalência seja também efetuada nesta vertente, embora as últimas décadas do século XX tenham contribuído para desassociar a mulher ao ónus da infertilidade.

Em Portugal, foi realizado em 2009 um estudo na comunidade a que foi dado o nome de Afrodite (Carvalho & Santos, 2009), com o objetivo de caracterizar a infertilidade em Portugal. Os autores do estudo estimavam que naquela altura a prevalência em Portugal se situava entre os nove e dez por cento, sem que se verificassem diferenças regionais. Casal (2016), referiu numa Conferência Internacional realizada em 2015 no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa que se estima que em Portugal existam cerca de 300 000 casais inférteis, e que um em cada sete desses casais procura ajuda para alcançar a gravidez.

Relativamente ao Índice Sintético de Fecundidade (ISF), de acordo com o Relatório da População Mundial, em 2022 Portugal situava-se nos 1,3 filhos por mulher.

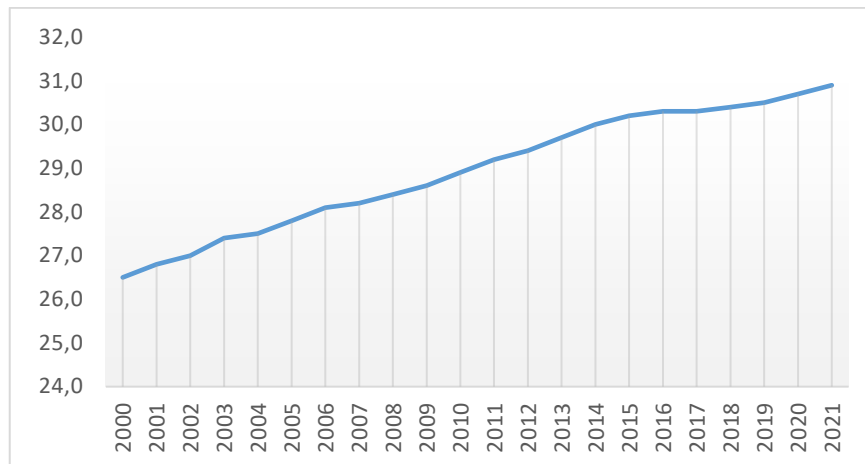
Figura 2 - Índice Sintético de fertilidade, de 2010 a 2021



Fonte: Elaborado a partir dos Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução, disponíveis em PORDATA (2022).

Em 2013, o ISF passou a registar uma tendência crescente, contrariando os anos anteriores. Esta tendência crescente deixou de se verificar em 2020.

Figura 3 - Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho



Fonte: Elaborado a partir dos Indicadores Demográficos do INE: Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, disponíveis em PORDATA (2022).

A idade média de nascimento primeiro filho mantém a tendência crescente referida na pesquisa de Faria (2013). Em 2021, as mulheres tinham o seu primeiro filho com uma idade média de 30,9 anos, enquanto em 2001 a idade média de nascimento do primeiro filho era de 26,8 anos. Esta informação vai de encontro ao referido por Remoaldo & Machado (2008) que referem existir um adiamento do papel da maternidade.

Os baixos índices do ISF, associados a uma introdução à maternidade mais tardia, contribuem para a existência de baixos níveis de renovação de gerações (Mendes, et al., 2016). Para além disso, a introdução tardia à maternidade tem também efeitos na fertilidade feminina, uma vez que esta a partir dos 32 anos passa a sofrer um ligeiro declínio (ESHRE Capri Workshop Group, 2005).

2.1.3. Procriação Medicamente Assistida

O conceito de Procriação Medicamente Assistida pode ser definido como todas as intervenções que incluem o manuseamento *in vitro* de ovócitos, espermatozoides humanos ou embriões com o objetivo de reprodução. Estão incluídos nesta definição, procedimentos como a Fertilização *In Vitro* (FIV), a Injeção Intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI), a Transferência de embriões criopreservados (TEC), a

Inseminação artificial (IA), os diagnósticos genéticos de pré-implantação e outras técnicas laboratoriais de manipulação genética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias (Zegers-Hochschild, et al., 2017).

Estas técnicas ficaram estabelecidas na doutrina portuguesa através da Lei n.º 32/2006 de 26 de julho, com alterações pela Lei n.º 17/2016 de 20 de junho, Lei n.º 25/2016 de 22 de agosto e o Decreto Regulamentar n.º 6/2017 de 31 de julho. Nestes diplomas, foi estabelecida a identificação das técnicas permitidas e os seus beneficiários, atendendo aos seus direitos, deveres e sanções em caso de incumprimento. Embora não seja objeto do presente estudo uma exposição aprofundada das técnicas anteriormente mencionadas, é necessária uma breve exposição das mesmas, para uma melhor compreensão dos reais objetivos de estudo. Assim, de acordo com o estabelecido na Lei acima referida, identificam-se as seguintes técnicas:

- Inseminação artificial: De acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2022) a técnica referida na alínea a) do Artigo n.º 2 da Lei 32/2006 de 26 de julho, consiste em administrar fármacos por via oral ou injetável, de modo a promover a ocorrência da ovulação num determinado momento. Nessa altura, são introduzidos no útero, via cateter, os espermatozoides devidamente preparados no laboratório. É considerado como um tratamento simples e indolor, com taxas de sucesso a rondar entre os dez e quinze por cento.

- Fertilização *In Vitro*: De acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2022) a técnica referida na alínea b) do Artigo n.º 2 da Lei 32/2006 de 26 de julho, consiste em administrar fármacos por via injetável durante um determinado período, para efetuar uma estimulação dos ovários que permita obter um determinado número de ovócitos, recolhidos por via vaginal sob sedação ligeira. Estes ovócitos são posteriormente colocados em incubação junto com os espermatozoides previamente recolhidos e preparados, para que aconteça a sua fecundação. Após um período de desenvolvimento de dois a cinco dias, existe a possibilidade de transferir para o útero da paciente, um ou dois embriões. Este último procedimento é considerado simples e indolor, com taxas de sucesso a rondar entre os vinte e cinco e trinta por cento.

- Injeção Intracitoplásmica de espermatozoides: De acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2022) a técnica referida na alínea c) do Artigo n.º 2 da Lei 32/2006 de 26 de julho, consiste em utilizar os mesmos procedimentos da Fertilização *In Vitro*, com exceção do método utilizado para a fecundação dos ovócitos, em que na presente técnica, é selecionado em laboratório um único espermatozoide para injetar diretamente no ovócito. Esta técnica é habitualmente utilizada em situações com diagnósticos mais difíceis, admitindo-se por isso uma taxa de sucesso ligeiramente inferior à FIV.

- Transferência de embriões criopreservados: De acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2022) a técnica referida na alínea d) do Artigo n.º 2 da Lei 32/2006 de 26 de julho, consiste na transferência para o útero de embriões que havia sido previamente criopreservados, após terem sido garantidas as condições ideais à sua implantação.

A primeira criança resultado de uma técnica de procriação medicamente assistida nasceu em Inglaterra em 1978. Em Portugal, esta conquista aconteceu em 1986, quando nasceu no Hospital de Santa Maria em Lisboa o primeiro bebé resultado de Fertilização *In Vitro* (Remoaldo & Machado, 2008).

Estima-se que todos os anos sejam realizados cerca de 1.6 milhões de ciclos de PMA em todo o mundo, resultando num nascimento a nível mundial de cerca de 5 milhões de crianças (Chambers, Adamson, & Eijkemans, 2013). Em 2018, segundo os dados divulgados pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), foram realizados 14.431 ciclos, originando que 3,1% do total de crianças nascidas em Portugal resultou de tratamentos de PMA (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2021).

2.1.4. A Legislação e o Serviço Nacional de saúde na PMA

As técnicas de PMA são utilizadas em Portugal desde 1986, no entanto foi somente em 2006, através da aprovação da Lei 32/2006 de 26 de julho que a atividade passou a ser regulamentada. Silva & Costa (2011) referem que esta

situação classificou Portugal num dos últimos países entre os Estados membros da União europeia a legislar no campo da PMA.

A nível de legislação da PMA, registou-se em Portugal a seguinte evolução.

O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa¹ incumbe ao Estado a execução de medidas que permitam assegurar o direito à proteção da saúde.

A 24 de março de 1976, é publicado o Despacho 16/3 da Direção-Geral da Saúde que determina a criação de consultas de planeamento familiar em todos os centros de saúde.

A 15 de setembro de 1979 é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da publicação em Diário da República da Lei n.º 56/79, concretizando nos termos da Constituição o direito à proteção da saúde, e o acesso a todos os cidadãos à prestação de cuidados globais de saúde, independentemente da sua situação económica e social. (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

Em 1986, surge em Portugal o primeiro projeto de lei relacionado com PMA, o Despacho 37/86 de 14 de abril e o Decreto-Lei 319/86 de 25 de setembro, onde foi criada a Comissão para o Enquadramento Legislativo das Novas Tecnologias e estabelecidas regras de recolha, manipulação, conservação e utilização de gâmetas masculinos. Por não existirem mais iniciativas legislativas viáveis, o Decreto-Lei 319/86 manteve-se em vigor até à aprovação da Lei 32/2006 de 26 de julho, quando foram finalmente regulamentadas as técnicas de PMA e a sua utilização e constituído o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, responsável por regular, disciplinar e acompanhar a prática de PMA em Portugal, acompanhando a sua evolução científica, técnica e as suas implicações legais, sociais e éticas.

Em 2005, a Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro define o “conceito de informação de saúde e de informação genética, a circulação de informação e a intervenção sobre o genoma humano no sistema de saúde, bem como as regras para a colheita e conservação de produtos biológicos para efeitos de testes genéticos ou de investigação”.

¹ Através da publicação do Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 (Assembleia Constituinte).

Em 2008, foi criado o Projeto de Incentivos à Procriação Medicamente Assistida² como forma de aumentar a responsabilidade do Estado Português no financiamento dos tratamentos de infertilidade, tornando a capacidade de acesso aos tratamentos menos dependente do estatuto socioeconómico e mais equitativo. Foi também criada a rede de referência materno-infantil para diagnóstico e tratamento da infertilidade³, constituída essencialmente por cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares de primeira linha e cuidados hospitalares de segunda linha. A primeira abordagem da infertilidade, realizada nos cuidados de saúde primários por médicos de medicina geral ou familiar, pressupõe uma avaliação global da saúde reprodutiva e, caso seja necessário, posterior reencaminhamento para os cuidados hospitalares de primeira ou segunda linha. Nos cuidados hospitalares de primeira linha são realizados tratamentos médicos e/ou cirurgias através da consulta de infertilidade/medicina reprodutiva, e nos cuidados hospitalares de segunda linha os tratamentos médicos e/ou cirurgias são realizados num centro médico autorizado a realizar técnicas de procriação medicamente assistida.

Em 2009, através da Portaria 154/2009 de 9 de fevereiro foi estabelecida uma tabela de preços a praticar pelas instituições do serviço nacional de saúde nos tratamentos de PMA. Esta portaria foi revogada em 2012, pela Portaria n.º 273/2012 de 5 de setembro. Ainda em 2009, através do despacho n.º 10910/2009, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 22 de abril, a comparticipação dos medicamentos utilizados nos tratamentos aumentou de 37 % para 69 %.

Em 2011, o Despacho n.º 3219, de 9 de fevereiro, autoriza o Centro Hospitalar do Porto a criar um Banco Público de Gâmetas.

Em 2016, através da Lei n.º 17/2016 de 20 de junho, foi alargando o âmbito dos beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida a todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade. Esta informação é complementada com o Decreto Regulamentar n.º 6/2016 de 29 de dezembro, ao

² Através da publicação do Despacho n.º 14788/2008 no Diário da República, 2.ª série - N.º 102 de 28 de maio de 2008.

³ Através da publicação do Despacho n.º 24855/2008 no Diário da República, 2.ª série - N.º 193 de 6 de outubro de 2008.

referir que o acesso pelos casais de mulheres e por mulheres solteiras às técnicas de PMA, deve obedecer aos mesmos critérios que são aplicados aos casais heterossexuais.

Também em 2016, através da Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto, procedeu-se à terceira alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho para regular o acesso à gestação de substituição em caso de ausência, lesão ou doença do útero.

A quarta alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho surge em 2017⁴, alterando o prazo máximo de criopreservação dos espermatozoides, ovócitos, tecido celular e tecido ovárico para cinco anos.

A 11 de janeiro de 2017, é publicado em Diário da República o Despacho n.º 679/2017, que vem redefinir a estratégia de acesso às técnicas de PMA no SNS, de modo a garantir um acesso efetivo a todos os beneficiários consagrados na Lei. Esta redefinição passa essencialmente pela criação de uma rede nacional de Centros Públicos de PMA afiliados ao Banco Público de Gâmetas, permitindo descentralizar a colheita e controlo de gâmetas do Centro Hospitalar do Porto.

Em 2019, a Lei n.º 32/2006 sofreu uma nova alteração para definir a aplicação de um regime de confidencialidade.

Em 2021, através da Lei n.º 72/2021 de 12 de novembro, foi alterada a Lei n.º 32/2006, passando a ser permitido o recurso a técnicas de procriação medicamente assistida através da inseminação com sémen após a morte do dador, nos casos de projetos parentais expressamente consentidos. Ainda em 2021, através da Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro, foi alterado o regime jurídico aplicável à gestação de substituição.

⁴ Através da publicação da Lei n.º 58/2017, de 25 de julho no Diário da República n.º 142/2017, Série I

2.1.5. A PMA no Código do Trabalho e no Imposto sobre o Rendimento das pessoas singulares

Em 2019, através da Lei n.º 90/2019, de 4 de setembro foi efetuada uma alteração ao código do trabalho de modo a acomodar os utentes que recorrem a tratamentos de PMA, através do aditamento ao artigo 46º do Código do Trabalho, que passou a permitir ao trabalhador “...direito a três dispensas do trabalho para consultas no âmbito de cada ciclo de tratamentos de procriação medicamente assistida.”

Em termos de Imposto sobre o rendimento das pessoas singulares, o diploma em vigor à data do presente estudo permite aos sujeitos passivos deduzir à sua coleta um montante correspondente a 15% do valor suportado com despesas de saúde, tendo como limite de dedução total do agregado o valor de 1.000,00€ (mil euros).

2.1.6. Análise aos tratamentos de PMA realizados em Portugal de 2014 a 2018

De acordo com os dados apresentados pelo último relatório do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, todas as técnicas com exceção da técnica de IA em 2016 e FIV em 2018, apresentam um aumento no número de ciclos realizados face ao ano anterior. Verifica-se também que a técnica de PMA mais utilizada pelos centros autorizados em Portugal é a ICSI.

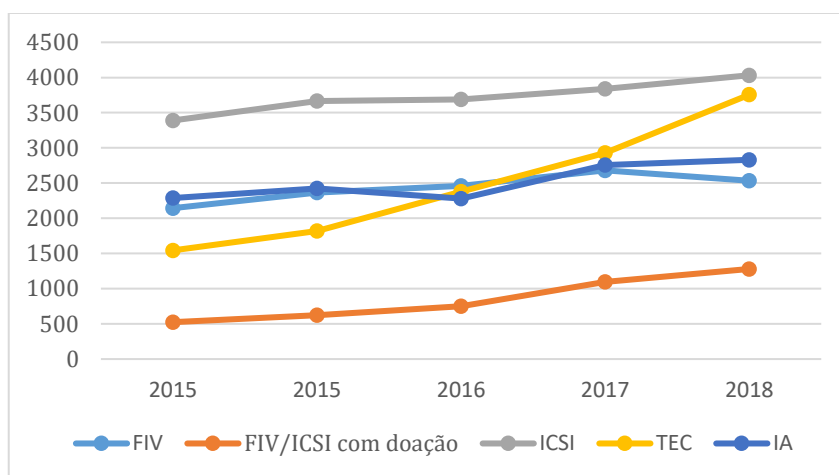
Os números apresentados incluem ciclos realizados por casais heterossexuais, casais de mulheres e mulheres sem parceiro, sendo que os últimos dois apenas apresentam ciclos a partir de 2016, inclusive, data em que entrou em vigor a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, e o do Decreto Regulamentar n.º 6/2016 que alargou âmbito dos beneficiários das técnicas de PMA.

Tabela 1 - Evolução no número de ciclos por técnica de PMA, entre 2015 e 2018.

| | 2014 | 2015 | VP | 2016 | VP | 2017 | VP | 2018 | VP | Total |
|----------------------------|------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| FIV | 2144 | 2363 | 10% | 2462 | 4% | 2681 | 9% | 2533 | -6% | 12183 |
| FIV/ICSI com doação | 524 | 621 | 19% | 752 | 21% | 1098 | 46% | 1280 | 17% | 4275 |
| ICSI | 3390 | 3664 | 8% | 3688 | 1% | 3840 | 4% | 4032 | 5% | 18614 |
| TEC | 1544 | 1819 | 18% | 2381 | 31% | 2927 | 23% | 3755 | 28% | 12426 |
| IA | 2288 | 2424 | 6% | 2280 | -6% | 2754 | 21% | 2831 | 3% | 12577 |
| Total | 9890 | 10891 | | 11563 | | 13300 | | 14431 | | |

Fonte: Adaptado de Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, (2021).

Gráfico 1 - Evolução do número de ciclos por técnica de PMA, entre 2015 e 2018.



Fonte: Adaptado de Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, (2021).

De acordo com Manning, et al. (citado por Collins, 2002) ao ser estudada a relação entre custos e utilização de cuidados de saúde, é possível verificar que a utilização de cuidados de saúde diminui quando o custo imputado ao utente aumenta. Deste modo, seria de esperar um aumento na utilização dos serviços de PMA, se os seus custos de acesso fossem menores. A redução dos custos suportados com os tratamentos, fomenta a sua utilização (Chambers, Adamson, & Eijkemans, 2013).

O estado desempenha um papel fundamental no acesso aos tratamentos de PMA (Collins, 2002), mas os beneficiários de tratamentos de PMA no setor público de saúde, ainda têm a seu cargo cerca de 31% do custo com o tratamento, relacionado com despesas de medicação (Custódio, 2021).

Com o Despacho n.º 14788/2008, o estado comprometeu-se a reduzir as “iniquidades no acesso à PMA e também no seu financiamento, em virtude de a realização destes tratamentos no sector privado depender fortemente do estatuto socioeconómico dos casais, com os de maior rendimento a poderem suportar os custos elevados dos tratamentos”. A esta iniciativa foi adicionado o Despacho n.º 10910/2009⁵, que criou um regime especial de comparticipação de alguns medicamentos usados em PMA, aumentando a sua comparticipação de 36% para 69%.

A nível europeu, o financiamento, acesso, e tipo de tratamentos de PMA disponíveis está regulamentado homogeneamente (Lima, et al., 2020). Portugal está posicionado no 5º lugar do Atlas de Fertilidade 2021 (Fertility Europe and European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive rights, 2021)⁶, caracterizando o país com uma boa regulamentação, acesso e financiamento. No entanto, na análise ao atlas efetuada pelo presidente da Sociedade Europeia de Reprodução Humana, é referido que relativamente a Portugal existe um enviesamento nos aspetos positivos apresentados, nomeadamente nas assimetrias existentes a nível de tempos de espera, acesso geográfico e quantidade de doações nacionais de gâmetas (Santos, 2022).

Para que o país pudesse satisfazer as necessidades existentes de PMA, de acordo com os níveis considerados como mínimos a nível internacional, seria necessário comparticipar cerca de 80% do valor pago pelas famílias no setor privado (Silva, Silva e Cardoso, 2006).

⁵ A lista de medicamentos comparticipados foi posteriormente atualizada com o Despacho n.º 15 443, de 1 de julho.

⁶ Foram avaliados 43 países quanto à legislação, comparticipação e perspetivas dos utentes na PMA.

2.2. Finanças familiares

Para efeitos económicos, a família é um conjunto de pessoas que têm entre si laços de sangue ou afetivos e que constituem uma relação de dependência e colaboração (Pires, 2006). Uma vez que qualquer desenvolvimento na comunidade começa com a família, é importante investigar a economia familiar (Yadollahi & Paim, 2011). Tratar as finanças pessoais ou familiares como uma área de conhecimentos sistemáticos e transmissíveis no âmbito da ciência económica é uma necessidade atual e inevitável (Pires, 2006).

Schuchardt, et al. (2007) referem que as finanças pessoais e familiares têm a sua base na economia, finanças e gestão, incorporando destes conceitos os princípios gerais de apoio à tomada de decisão e gestão de recursos das famílias e indivíduos.

A importância da investigação sobre as finanças pessoais e familiares tem sido afirmada na literatura. Conhecer os padrões de despesa, o controlo sobre os recursos e os processos de tomada de decisão dos casais em matéria financeira releva extrema importância, não só para a compreensão dos comportamentos económicos da família, mas também, para informar intervenções de diversa natureza para promoção do bem-estar familiar. Isso significa, investigar a forma com os indivíduos utilizam os recursos existentes e prever a sua resposta a uma mudança de circunstâncias (Browning & Finke, 2016).

2.2.1. Planeamento financeiro das famílias

Browning & Finke (2016) referem que o campo de estudo sobre o planeamento financeiro das famílias tem ainda muito espaço para exploração, o que torna difícil a seleção de uma metodologia apropriada. Segundo a investigação levada a cabo pelo autor, existem dois tipos fundamentais de investigação sobre o planeamento financeiro: o estudo da forma como os indivíduos devem gastar o seu dinheiro e, o estudo da forma como efetivamente gastaram o seu dinheiro. A análise da forma como os indivíduos gastaram o seu dinheiro é considerada uma pesquisa positiva e uma ciência social. O mesmo autor defende que o objetivo da ciência é

propor teorias sobre o funcionamento do mundo e depois testar essas teorias sistematicamente. Uma investigação na área do planeamento financeiro serve essencialmente para construir recomendação através da utilização de teorias, ou para testar essas mesmas teorias através da observação de dados.

Uma grande parte do planeamento e das decisões tomadas pelas famílias é afetado pelo ambiente em que se insere. Yadollahi & Paim (2011) referem que embora os seres humanos sejam considerados racionais economicamente, alguns indivíduos não tomam as suas decisões com base na razão. Segundo os autores do estudo, este planeamento começa geralmente com a identificação do problema, necessidade, desejo ou objetivo que necessita de ser alcançado. Uma vez identificado o objeto de planeamento, surge a necessidade de identificar valores, custos e recursos disponíveis. Decidir, planificar, implementar e alcançar o objetivo são as fases finais do processo, que culmina na sua avaliação.

Henri & Marie José (1950) referem que a noção de necessidade dada pela área económica raramente é distinguida da procura, e que em outras áreas como a psicologia ou a sociologia, a necessidade representa uma motivação ou um impulsionador de transformação social. A economia passou a demonstrar interesse na procura de mercado realizada por um determinado grupo de indivíduos (famílias), passando a estudar a necessidade mais como um estado do individuo/família e menos como um objeto. Segundo os mesmos autores, as diferentes categorias de necessidade das famílias podem ser agrupadas em dois grupos essenciais: as necessidades e obrigações; e as necessidades e aspirações. As necessidades e obrigações são aquelas que se consideram de extrema importância para o bom funcionamento da vida familiar, permitindo à família sobreviver. As necessidades e aspirações são aquelas que permitem à família situar-se como uma unidade básica da sociedade. Para os autores, as necessidades e aspirações são aquelas que devem ser tidas em especial consideração para que a família possa evoluir no seu meio cultural.

A gestão de recursos familiares tem um importante papel na gestão de necessidades das famílias (Yadollahi & Paim, 2011). O orçamento familiar pode ser um dos processos utilizados nesta gestão, permitindo às famílias atingir os seus objetivos através do planeamento e execução de etapas. No entanto, uma vez que os

recursos disponíveis são limitados, este planeamento obriga as famílias a previamente pensar nas suas escolhas, para que se traduzam na obtenção dos melhores resultados possíveis.

2.2.2. Esforço económico familiar

A contextualização e interesse na medição do esforço económico teve origem nos anos oitenta, em que se definiu que o esforço económico é uma avaliação subjetiva feita à situação financeira dos indivíduos. Esta avaliação inclui uma perceção da adequação dos seus recursos e preocupações financeiras e, uma perceção das expectativas económicas futuras (Hilton & Devall, 1997).

A avaliação económica procura informação sobre as variadas decisões que precisam de ser tomadas, independentemente da sua área de aplicação. Segundo Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart e Torrance (2015), a avaliação económica tem essencialmente duas características: permite uma análise de custos e consequências de diferentes cursos de ação e, é feita de escolhas. Estas duas características permitem definir a avaliação económica como uma análise comparativa de alternativas de decisão, tanto a nível de custos como de consequências.

Lyons & Yilmazer (2005) referem que uma análise ao esforço económico e financeiro da família permitirá estabelecer uma relação mais precisa entre o estatuto socioeconómico⁷ e a saúde. Segundo os autores, existe ainda uma forte correlação positiva entre a saúde e o estatuto socioeconómico, sem que exista grande consenso sobre a direção da causalidade, uma vez que existem evidências tanto no efeito da saúde no estatuto socioeconómico, como o inverso.

Autores como (DeVaney, 1994) e (Aldana & Liljenquist, 1998) compilaram uma lista de possíveis indicadores de esforço financeiro, dos quais se destacam: a incapacidade de satisfazer a suas necessidades básicas e as da sua família; pouca

⁷ O estatuto socioeconómico pode referir-se à posição de um determinado indivíduo numa hierarquia, com base nos seus atributos sociais e económicos, que lhe permitem um melhor acesso a recursos e comodidades (Cardoso, 2006)

liquidez monetária após pagamentos de contas; endividamento elevado; insatisfação com as suas finanças; insolvência pessoal; ocorrência de acontecimentos que tenham um elevado efeito negativo nas contas pessoais e uma fraca perceção de si em comparação com outros.

2.2.3. A PMA nas finanças familiares

Questões de saúde e finanças pessoais, quando combinadas entre si ou individualmente, afetam imensas famílias, podendo considerar-se que a saúde e a riqueza estão economicamente ligadas, uma vez que as melhorias desenvolvidas na área da saúde podem ser atribuídas às melhorias observadas na saúde pública e no desenvolvimento económico da sociedade (O'Neill, Sorhaindo, Xiao, & Garman, 2005).

Segundo O'Neill, Sorhaindo, Xiao, & Garman (2005), as famílias que lidam com despesas médicas mais elevadas, geralmente não conseguem cumprir com os planos de poupança e, uma em cada sete famílias americanas tem dificuldades em pagar os seus custos de saúde, levando a comportamentos desadequados na gestão da sua saúde, como por exemplo: atrasar procedimentos médicos, ou falhar a utilização de medicamentos prescritos (Kissel, 2004).

Vitt, Siegenthaler, Siegenthaler, Lyter, & Kent (2002) referem que exceto a aquisição de seguros de saúde, a maioria das famílias não faz planeamento financeiro para despesas de saúde, e demonstra pouco conhecimento da necessidade de preparação financeira para fazer face a situações médicas.

Os avanços tecnológicos, médicos, e científicos levaram um aumento no tipo de tratamentos disponíveis em PMA, originando um acréscimo de interesse sobre a área económica e financeira da infertilidade (Chambers, Adamson, & Eijkemans, 2013). O custo do tratamento passa a ser visto como um aspeto de relevo (Figueiredo, 2004), porque os custos com os tratamentos parecem ser um dos fatores de decisão no recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (Silva, Silva, & Cardoso, 2006).

Os custos relacionados com os tratamentos em PMA são normalmente classificados como custos diretos e custos indiretos. Os custos diretos são aqueles possíveis de ser imputados diretamente ao tratamento e os custos indiretos são aqueles que ocorrem em consequência do tratamento (Chambers, Adamson, & Eijkemans, 2013).

Tabela 2 - Exemplos de custos diretos e indiretos de PMA.

| Custos Diretos | Custos Indiretos |
|---------------------------------------|---|
| Medicamentos | Custos com complicações médicas associadas (Ex: Hiperestimulação ovárica) |
| Serviços de Laboratório e embriologia | Custos de deslocação e alojamento |
| Procedimentos médicos | Implicações com falhas laborais |
| Despesas Hospitalares e de enfermagem | Custos associados à gravidez |
| Encargos administrativos e gerais | |

Fonte: Adaptado de Chambers, Adamson, & Eijkemans, (2013).

Entre outros, são considerados como custos diretos as consultas e exames médicos, a medicação, as análises laboratoriais, o próprio procedimento de PMA, as despesas hospitalares, de enfermagem e administrativas e as taxas que sejam aplicadas (Collins, 2002).

A diferença entre o custo total, excluindo comparticipações, e o rendimento disponível dos utentes, considera-se como capacidade de financiar o tratamento (Chambers, Adamson, & Eijkemans, 2013). No entanto, Stephenson & Wagner (1993) referem que os custos da PMA geralmente não são estimados corretamente. Segundo os autores, para que tal aconteça, o custo deveria incluir não só os custos diretos de toda a medicação procedimentos realizados, mas também os custos de todos os tratamentos com insucesso e adicionais procedimentos médicos necessários. Se os cálculos fossem assim efetuados, os custos por bebé nascido por técnicas de PMA iriam ultrapassar significativamente os valores descritos na literatura (Stephenson & Wagner, 1993).

A taxa de insucesso por ciclo de PMA é de cerca de 75%, e representa para muitas famílias um fator decisivo na decisão de continuar ou adiar/desistir de tratamentos (Ghorbani, Hosseini, Yunesian, & Keramat, 2020).

Em Portugal, foram elaboradas tentativas de cálculo dos custos totais em técnicas de PMA, sem que tenham sido obtidos resultados efetivos que permitam descrever os custos, benefícios, e os problemas sociais, éticos e legais associados à PMA (Figueiredo, 2004).

Para além dos custos, a PMA tem ainda outras implicações nas finanças familiares. Existem problemas e limitações legais relativamente aos centros públicos, que já foram abordados no subcapítulo 2.1. Infertilidade, do presente trabalho, como a limitação da idade da mulher, a limitação do número de tratamentos, a limitação continuada de um tratamento por ano, a pouca regulamentação da maternidade de substituição, o curto período de criopreservação de embriões não-transferidos in vivo e o facto de a maioria dos seguros de saúde⁸ não reconhecerem a infertilidade como uma doença.

⁸ O não reconhecimento da infertilidade pelos seguros de saúde foi verificado na avaliação global feita pela *International Federation of Fertility Societies* em (Allan, et al., 2019)

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E QUESTÕES

Neste capítulo são apresentadas as etapas metodológicas utilizadas na elaboração do presente projeto, desde a identificação dos objetivos gerais e específicos à recolha, tratamento e análise de dados.

3.1. Objetivos gerais e específicos

Foi definido como objetivo geral para o presente projeto de mestrado, aumentar o conhecimento sobre a realidade económica e financeira das famílias que recorrem a PMA, através da avaliação do impacto económico e financeiro que o recurso a técnicas de PMA tem nas finanças familiares.

Para alcançar este objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar a existência de perceção desse impacto antes de o tratamento ser iniciado pelas famílias. Para tal, foi analisada a existência de poupanças ou recurso a crédito bancário destinadas a esse fim, bem como a gestão de rendimentos e despesas.

- Verificar a existência de tomada de decisões de saúde com base nas condições financeiras da família.

- Medir do esforço económico da família que recorre a PMA.

3.2. Tipo de estudo

Remoaldo & Machado (2008) referem que a existência de poucos estudos onde seja refletida a realidade das famílias portuguesas, torna difícil a escolha e utilização de uma metodologia *standard* na realização de estudos desta temática.

A presente investigação científica tem carácter exploratório e descritivo, de natureza quantitativa, tendo por base informação primária recolhida através de questionário, realizado a uma amostra não probabilística por conveniência.

3.3. Amostra

Marotti, et al. (2008) referem que por vezes é praticamente impossível examinar todos os elementos do público-alvo, sendo necessário estudar apenas uma amostra dessa população. Essa amostra deve ser dividida e descrita, de acordo com os seguintes critérios:

- **Critérios de Inclusão:** Itens que devem ser cumpridos para que o indivíduo seja elegível a participar num determinado estudo.
- **Critérios de Exclusão:** Itens que não permitem que o indivíduo seja elegível a participar num determinado estudo.
- **Técnica de amostragem:** Definida pelo investigador em função da pergunta de partida da investigação.
- **Consentimento livre e esclarecido:** Após ter sido informado de todos os aspetos relevantes, o indivíduo confirma voluntariamente a sua vontade de participar num determinado estudo.

No presente projeto, a amostra é composta por indivíduos que recorreram a tratamentos de procriação medicamente assistida em Portugal, nomeadamente Fertilização *in Vitro*, Injeção Intracitoplásmica, Transferência de embriões criopreservados e Inseminação artificial, ficando assim cumpridos os critérios de inclusão. Da presente amostra ficaram excluídos os indivíduos que embora tenham obtido ajuda médica na procriação, a mesma não está diretamente relacionada com PMA.

Uma vez que não parece ser possível quantificar e identificar o número de famílias que recorrem a este tipo de tratamento (Remoaldo & Machado, 2008), a informação primária recolhida foi obtida através de uma amostra não probabilística por conveniência. A todos os indivíduos que compõem a amostra foi solicitado o seu consentimento livre e esclarecido.

3.4. Metodologia de recolha e tratamento de dados

Fitzsimmons, Hira, Bauer, & Hafstrom (1993) referem que devido à natureza complexa da gestão financeira familiar, não é possível desenvolver uma medida geral que permita medir como as famílias gerem os seus recursos.

Com o objetivo de aumentar o conhecimento na perspetiva do utente, da parte económica e financeira que está subjacente ao recurso a técnicas de procriação medicamente assistida, recorreu-se a informação primária através da implementação da técnica de questionário. Foi realizado um primeiro questionário teste ao qual responderam cinco pessoas, cuja finalidade foi avaliar a clareza das questões colocadas e o tempo de resposta necessário ao seu preenchimento.

O questionário final, composto por escalas nominais e ordinais (Hill & Hill, 1998), incluiu questões fechadas e limitadas às possibilidades de escolha existentes, para evitar respostas fora de âmbito, organizadas em três grupos fundamentais: Grupo I – Perfil do Entrevistado; Grupo II – Perceção e atitudes perante a despesa; Grupo III – Esforço económico familiar.

A distribuição dos questionários foi efetuada por divulgação virtual, através da partilha do *link* nas redes sociais, email, fóruns, grupos de apoio, uma vez que é difícil identificar os indivíduos que se encontram nesta situação e estabelecer contacto com eles (Remoaldo & Machado, 2008). O questionário foi mantido *online* de 22 de setembro de 2021 a 01 de março de 2022, 160 dias.

Foram obtidas 186 respostas, das quais 173 consideradas válidas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão referidos no ponto 3.3. (responderam Sim, quando questionados sobre “Relativamente à sua situação pessoal, está a recorrer ou já recorreu nos últimos cinco anos a tratamentos médicos relacionados com infertilidade/PMA e, teve despesas médicas com esses tratamentos?”).

Toda a análise estatística que compõe este projeto foi realizada com recurso ao *Microsoft Office Excel* e ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

No Grupo I (Perfil do Entrevistado) foram utilizadas escalas nominais que permitiram caracterizar a amostra. As respostas obtidas foram analisadas em frequência e proporção. Foi ainda utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*,

calculado com apoio do *Microsoft Excel* para analisar a relação entre a distribuição geográfica dos centros médicos autorizados e a distribuição geográfica da amostra, uma vez que as variáveis estão organizadas de forma linear (organizadas por NUTSII).

Um estudo (Lima, et al., 2020), conclui que o valor do rendimento do agregado familiar está diretamente relacionado com a sua disposição de pagar pelos tratamentos. Quando maior for o rendimento do agregado familiar, maior é a disposição de pagamento. Com base nesta informação optou-se por analisar a relação entre a variável rendimento e os restantes parâmetros obtidos, de modo a verificar a existência da relação mencionada. Para a escolha do método de análise foi feito um teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*) à variável rendimento, tendo o teste retornado um $p=0,000$; $p\leq 0,05$, apontando para uma violação da suposição de normalidade. Uma vez que o conjunto de dados não cumpre com os pressupostos para a aplicação de testes paramétricos (Marôco, 2018) optou-se por utilizar o teste de independência Qui-Quadrado para analisar a relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico e, o coeficiente de correlação de *Spearman* (*Rho de Spearman*) para analisar a relação entre o rendimento e as restantes variáveis.

No Grupo II (Perceção e atitudes perante a despesa) foram utilizadas as escalas de Escolha Múltipla Simples, *Check-List* e *Likert* (Likert, 1932), distribuídas em função da subcategoria que estiver a ser analisada dentro do grupo. Este grupo permitiu avaliar o comportamento dos indivíduos ao nível de planeamento financeiro, das despesas com PMA e da sua capacidade em fazer face às mesmas. Na falta de questões metodológicas validadas, foram adaptadas ao contexto em estudo, questões do Grupo C do questionário aplicado em 2020 pelo Banco de Portugal sobre Literacia Financeira e questões aplicadas nas entrevistas de (Remoaldo & Machado, 2008) e (Faria, 2013). A informação obtida pelo grupo II foi analisada inicialmente através de frequência e proporção e os seus dados representados graficamente.

No Grupo III (Esforço Económico e Familiar) foi adaptada e utilizada a escala tipo *Likert* chamada "*Family Economic Strain Scale*" ou FESS, desenvolvida por (Hilton & Devall, 1997). Esta escala é composta por 13 itens, em que os 12 primeiros itens são compostos por afirmações sobre problemas relacionados com questões económicas, e as respostas obtidas numa escala de 1 a 5 (em que 1 corresponde a

“nunca” e 5 corresponde a “quase sempre”). O 13º item da escala serve para comparar a percepção que os indivíduos têm da sua situação financeira, comparativamente às outras famílias e as respostas serão obtidas numa escala de 1 a 5 (em que 1 significa “muito abaixo da média” e 5 significa “muito acima da média”). Para que seja revelado o valor do esforço económico da família, a cotação do item 13 deve ser revertida, para que possam ser somadas todas as respostas e obtido o valor total da escala. Este valor é considerado o revelador do esforço económico da família.

No que concerne à escala “Esforço económico familiar”, a mesma foi adaptada ao tema em estudo e validada através da utilização da *Principal Component Analysis (PCA)*⁹ e da Análise de *Kaiser-Meyer-Olkin*. Esta análise permitiu verificar quais os itens que contribuíram mais para a escala e verificar a adequação da escala numa análise fatorial. A mesma validação da escala de “Esforço económico familiar” foi efetuada por outros autores como Mixão (2007).

Da análise resulta que os últimos 2 itens têm um *eigenvalue* baixo, contribuindo pouco para a explicação das variâncias nas variáveis (ver tabela 3). Considera-se que os itens que mais contribuem são os primeiros 4, estando esta informação concordante com o *Screen Plot* apresentado no gráfico (2) abaixo.

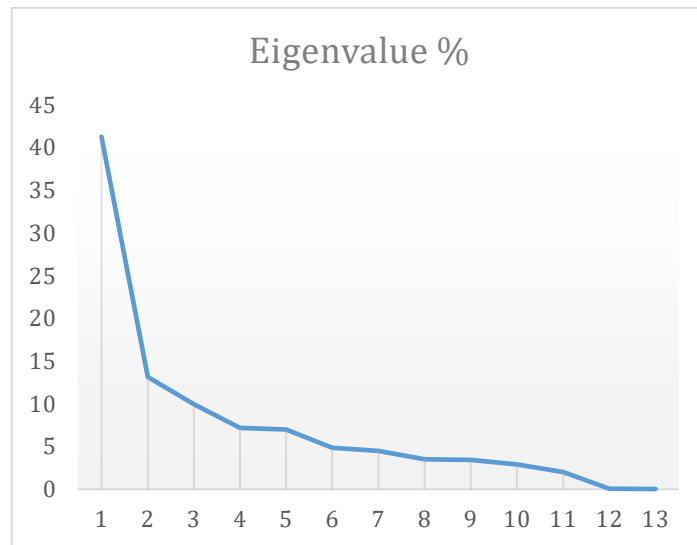
Tabela 3 - Tabela de Variância explicada (esforço económico familiar)

| Item | <i>Eigenvalue</i> | <i>% variance</i> |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 5,366 | 41,276 |
| 2 | 1,710 | 13,156 |
| 3 | 1,297 | 9,975 |
| 4 | 0,936 | 7,196 |
| 5 | 0,909 | 6,996 |
| 6 | 0,634 | 4,881 |
| 7 | 0,583 | 4,487 |
| 8 | 0,458 | 3,521 |
| 9 | 0,449 | 3,451 |
| 10 | 0,381 | 2,931 |
| 11 | 0,262 | 2,019 |
| 12 | 0,009 | 0,070 |
| 13 | 0,005 | 0,041 |

Fonte: Elaboração Própria

⁹ *Principal Component Analysis* ou Análise de Componentes Principais.

Gráfico 2 - Screen Plot (esforço económico familiar)



Fonte: Elaboração Própria

O KMO obtido para a escala utilizada foi de 0,802, e embora seja inferior aos resultados obtidos por outros autores¹⁰ na utilização da mesma escala, de acordo com Matos & Rodrigues (2019), considera-se que a adequabilidade da amostra é “ótima” quando o valor de KMO se situa entre 0,8 e 0,9.

Tabela 4 - Teste de KMO e Bartlett (esforço económico familiar)

| | | |
|--|---------------------|----------|
| Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem. | | ,802 |
| Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i> | Aprox. Qui-quadrado | 2083,452 |
| | df | 78 |
| | Sig. | 0,000 |

Fonte: Elaboração Própria

A consistência interna obtida pela escala utilizada foi de 0,854. Segundo Pestana & Gageiro (2008), o valor obtido traduz uma “boa” consistência. O Alfa de *Cronbach* para outros estudos que utilizaram esta escala foi de 0,92 e 0,95 (Mixão, 2007) e (Hilton & Devall, 1997).

¹⁰ (Mixão, 2007) e (Hilton & Devall, 1997)

Tabela 5 - Alfa de Cronbach (esforço económico familiar)

| Alfa de Cronbach | N | N de itens |
|-------------------------|----------|-------------------|
| ,854 | 173 | 13 |

Fonte: Elaboração Própria

À semelhança do que foi feito noutros estudos que utilizaram a escala de esforço económico familiar (Mixão, 2007), os resultados obtidos foram agrupados em 3 categorias de esforço económico. Sendo 13 o limite mínimo (todas as pessoas respondem 1) e, 65 o limite máximo (todas as pessoas respondem 5).

Tabela 6 - Categorias de esforço económico

| Limite mínimo | Limite máximo | Categorias de esforço económico |
|----------------------|----------------------|--|
| 13 | 30 | Baixo |
| 31 | 48 | Médio |
| 49 | 65 | Elevado |

Fonte: Elaboração Própria

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1. Análise descritiva de resultados

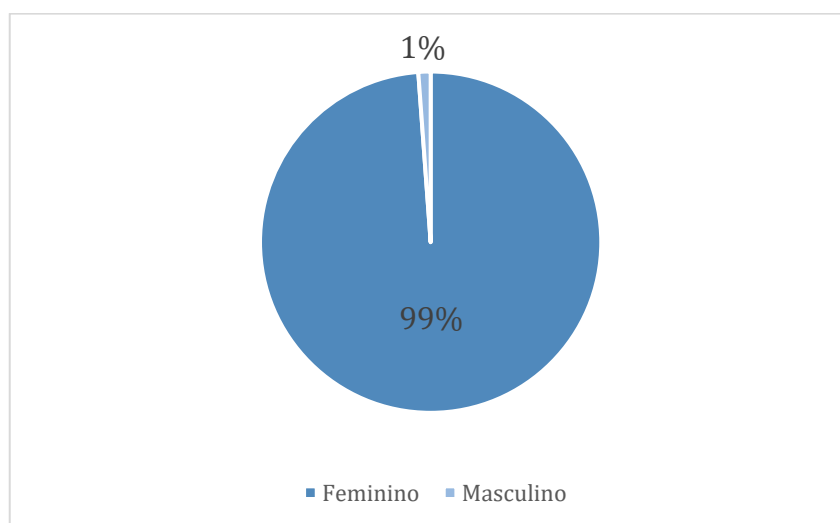
4.1.1. Perfil do entrevistado

A revisão da literatura permitiu verificar que fatores como a idade, género e/ou estatuto socioeconómico têm impacto nas decisões familiares e no seu esforço económico. Com base nesta informação, realizou-se uma análise aos dados sociodemográficos e económicos e, uma análise à posição dos inquiridos face aos tratamentos de PMA, com o objetivo de definir o perfil do entrevistado.

4.1.1.1 Perfil Sociodemográfico e económico

O gráfico 5 apresenta a distribuição dos entrevistados por género. O género feminino representa 99% da amostra (com 171 respostas), e o género masculino representa 1% da amostra (com 2 respostas).

Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por género

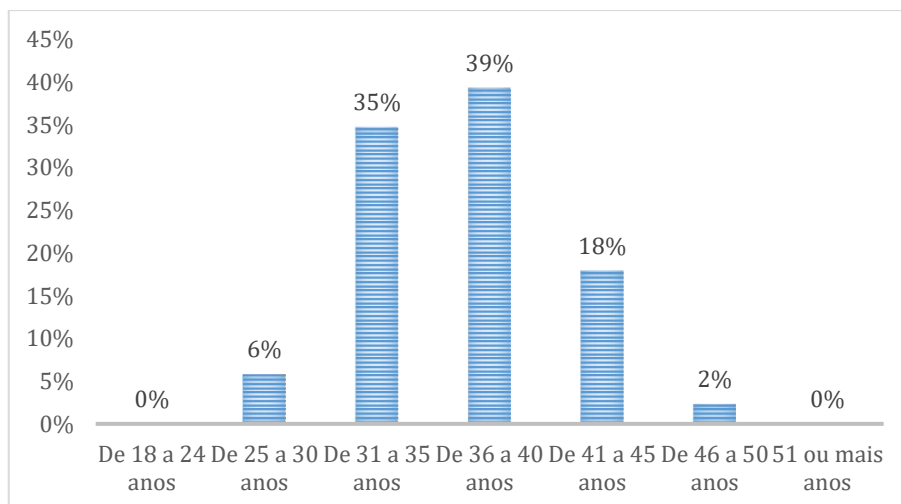


Fonte: Elaboração Própria

Os dados apresentados coincidem com a informação obtida por (Remoaldo & Machado, 2008) ao referir que a maioria dos estudos demográficos realizados foram baseados na vertente feminina.

Relativamente à idade dos elementos que compõem a amostra, é possível observar que a maioria dos entrevistados se posiciona nas faixas etárias entre os 31 e os 40 anos. Estas duas faixas etárias contêm 128 inquiridos, de uma amostra total de 173. Os dados apresentados estão concordantes com a informação recolhida pelo CNPMA no seu Relatório de PMA 2018 (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2021), que refere uma predominância na utilização de tratamentos de PMA de mulheres situadas nas faixas etárias entre 30 e 40 anos.

Gráfico 4 - Distribuição por faixas etárias

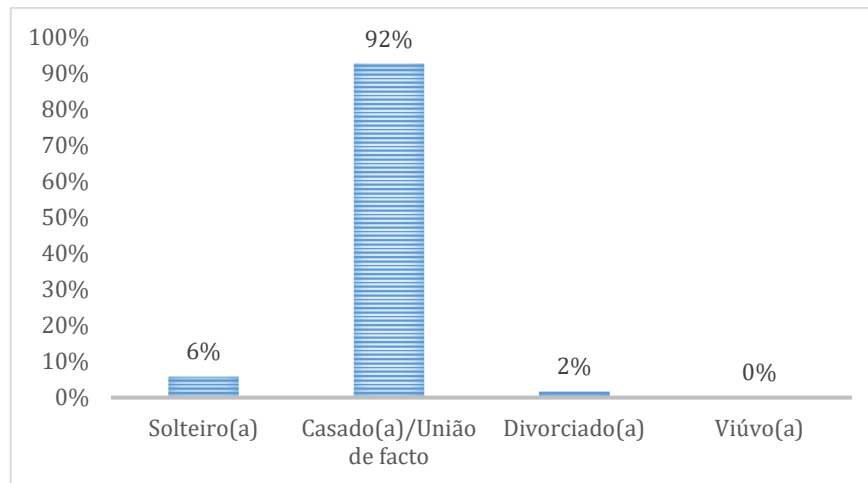


Fonte: Elaboração Própria

Até 2016, o estado civil era uma das limitações de acesso aos tratamentos de PMA, apenas podendo ser utilizados por casais heterossexuais. Após a publicação da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, estas técnicas passaram também a poder ser utilizadas por mulheres sem parceiro e casais de mulheres.

Na amostra obtida, apresentada abaixo no gráfico 4, é possível observar que a maioria dos inquiridos (160 de 173) se encontram posicionados no estado civil “Casado(a)/União de facto”.

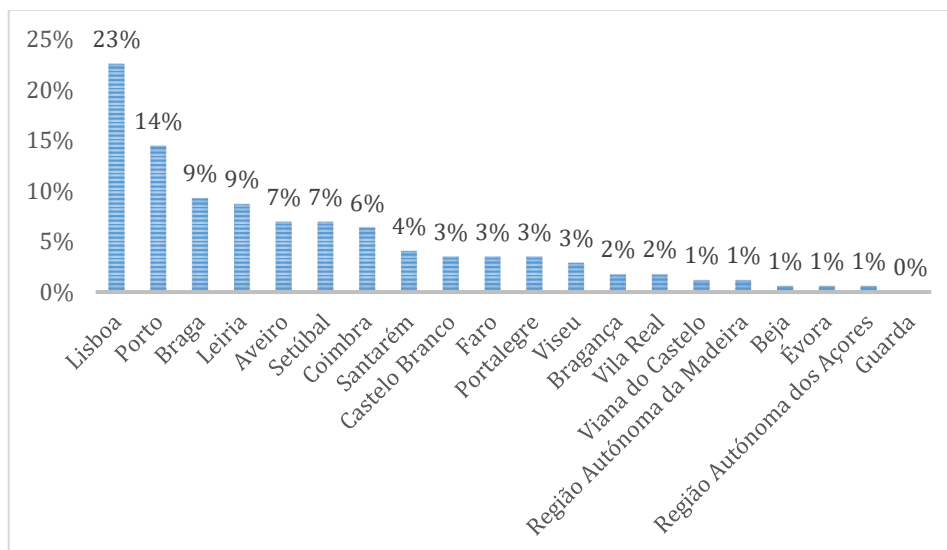
Gráfico 5 - Distribuição por estado civil



Fonte: Elaboração Própria

(Carvalho & Santos, 2009) referem no seu estudo sobre a prevalência da infertilidade, que não se verificam diferenças regionais. A amostra obtida, que se apresenta no gráfico (6) abaixo distribuída geograficamente, está presente em todos os distritos de Portugal, com exceção do distrito da Guarda. No entanto, verifica-se que Lisboa e Porto são os distritos com maior número de respostas, 23% dos entrevistados residem no distrito de Lisboa e 14% dos entrevistados residem no distrito do Porto.

Gráfico 6 - Distribuição Geográfica

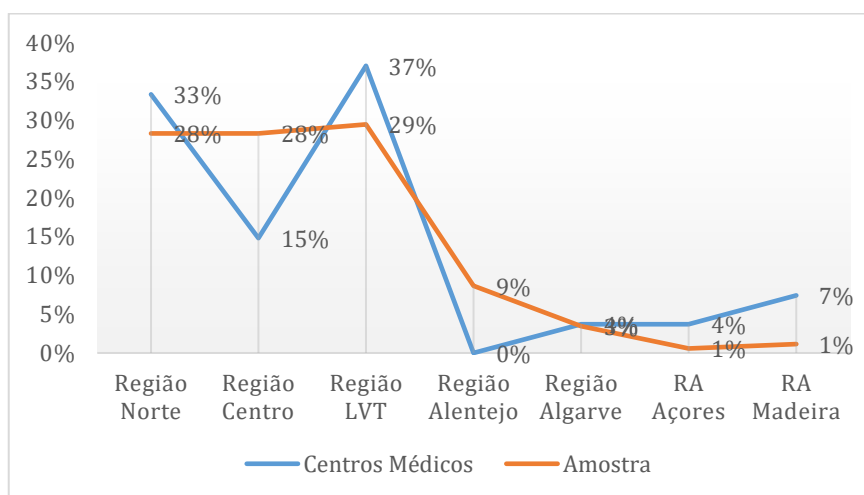


Fonte: Elaboração Própria

Existem em Portugal 27 centros médicos autorizados, sendo 10 públicos e 17 privados (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2021).

A revisão da literatura refere que uma das limitações de acesso aos tratamentos de PMA é a localização dos centros autorizados (Remoaldo & Machado, 2008) e (Faria, 2013). Assim, torna-se pertinente analisar a distribuição da amostra em função da localização dos centros médicos autorizados a realizar tratamentos de PMA.

Gráfico 7 - Relação entre a distribuição geográfica dos centros médicos autorizados e a distribuição geográfica da amostra



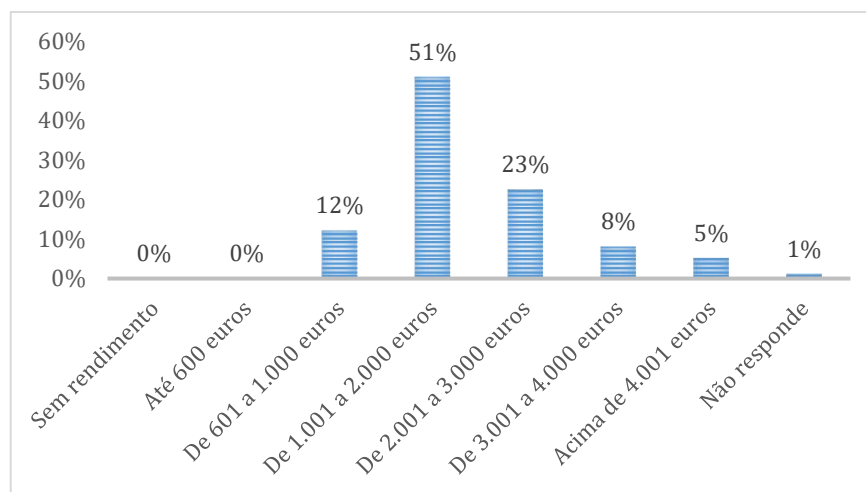
Fonte: Elaboração Própria

Para tornar a informação comparável, os distritos presentes na amostra foram agrupados de acordo com a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos, tipo II (NUTS II). A informação obtida foi comparada com a distribuição geográfica dos centros médicos, agrupada de acordo com a NUTS II, publicada no Relatório de 2018 do CNPMA.

Aos dados obtidos foi aplicado o coeficiente da correlação de *Pearson*, que retornou um $\rho = 0,85$, indicando uma forte correlação positiva entre a distribuição geográfica dos centros médicos autorizados e a distribuição geográfica da amostra obtida.

Cardoso (2006) refere que uma análise ao estatuto socioeconómico em termos multidimensionais, segundo alguns autores, deve combinar a informação fornecida pela ocupação profissional, pelo grau de educação e pelo rendimento. No entanto, o mesmo autor refere também que a elevada correlação entre os indicadores origina dúvidas quanto à vantagem da sua utilização combinada. Deste modo, optou-se por não analisar os referidos indicadores em conjunto.

Gráfico 8 - Distribuição do Rendimento do Agregado Familiar



Fonte: Elaboração Própria

O gráfico 8, representa a distribuição da amostra estudada, agrupada por classes de rendimento. A informação recolhida permite verificar que a maioria dos entrevistados situa o seu agregado familiar entre os 1.001 e os 3.000 euros (51%, de 1.001 a 2.000 euros e, 23% de 2.001 a 3.000 euros).

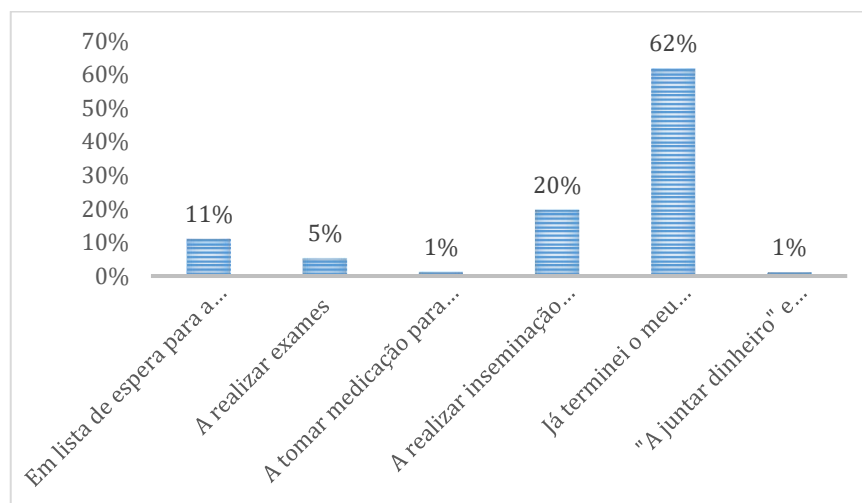
No contexto do trabalho apresentado, a análise do rendimento das famílias é um fator crucial para a análise do esforço económico da família, uma vez que o seu rendimento é considerado tanto como um dos fatores de risco da infertilidade (Remoaldo & Machado, 2008), como uma das iniquidades de acesso aos tratamentos de PMA (Faria, 2013). O rendimento das famílias é também um dos elementos principais para o apuramento do esforço económico familiar (Lyons & Yilmazer, 2005).

4.1.1.2 Posição dos entrevistados face aos tratamentos de PMA

Para verificar o cumprimento dos critérios de inclusão, foi questionado aos entrevistados se “Relativamente à sua situação pessoal, está a recorrer ou já recorreu nos últimos cinco anos a tratamentos médicos relacionados com infertilidade/PMA e, teve despesas médicas com esses tratamentos?”, sendo que à data da partilha dos questionários os últimos 5 anos se referem¹¹ ao período de 2017 a 2021. Das 186 respostas obtidas, 173 responderam “Sim” à questão, tendo os seus questionários sendo considerados válidos para efeitos de análise.

Os dados obtidos foram agrupados em função do posicionamento dos entrevistados face aos tratamentos de PMA, e apresentados no gráfico abaixo.

Gráfico 9 - Posicionamento face aos tratamentos de PMA.



Fonte: Elaboração Própria

O posicionamento está distribuído pela amostra da seguinte forma: 62% já terminou o tratamento; 20% está a realizar tratamentos de PMA; 11% está em lista de espera para um novo tratamento e/ou procedimento; 5% está a realizar os exames

¹¹ Autores como (Magalhães, 2019) e (Ribeiro, 2014) obtiveram na análise da sua amostra um período médio de duração de infertilidade de 3 anos. À data da publicação dos questionários os 3 anos corresponderiam a 2019, 2020 e 2021, no entanto, devido à situação pandémica vivida em que muitos centros médicos fecharam (Neves, 2021), optou-se por acrescentar 2 anos e analisar 5 anos.

necessários. Os restantes 2% estão divididos entre a toma de medicação para melhorar gâmetas e entrevistados que já desistiram dos tratamentos ou estão a “juntar dinheiro”.

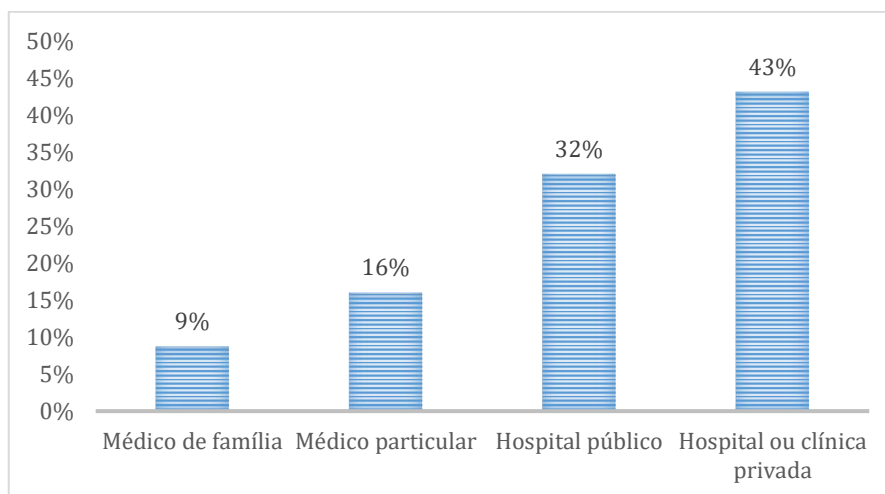
Da análise ao local de acompanhamento médico, resultou que 65% dos entrevistados são acompanhados por 1 entidade médica, e os restantes 35% são acompanhados por 2 ou mais entidades médicas. Embora em alguns casos exista acompanhamento em mais do que uma entidade, 43% dos entrevistados são acompanhados em Hospital ou Clínica Privada; 32% são acompanhados em Hospital Público; 16% são acompanhados em médicos particulares e 9% tem acompanhamento pelo médico de família.

Tabela 7 - Número de entidades que acompanham os entrevistados

| N.º de entidades | N.º | % |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Acompanhamento em 1 entidade | 112 | 65% |
| Acompanhamento em 2 entidades | 42 | 24% |
| Acompanhamento em 3 entidades | 10 | 6% |
| Acompanhamento em 4 entidades | 9 | 5% |
| Total | 173 | 100% |

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 10 - Local de acompanhamento médico



Fonte: Elaboração Própria

4.1.1.3 Relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico

Os custos associados aos tratamentos de PMA no privado são bastante elevados e existem por vezes situações em que as famílias não conseguem financiar a medicação (Casal, 2016). Na amostra analisada verifica-se que dos 65% dos entrevistados que são acompanhados exclusivamente por 1 entidade, 55% são acompanhados exclusivamente em hospital privado, tendo o seu rendimento maioritariamente situado nos escalões de 1.001 a 2.000 euros (45%) e de 2.001 a 3.000 (31%). Torna-se assim pertinente verificar a existência de relação entre os níveis de rendimento e o local de acompanhamento médico.

Para a análise da relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) de independência, definidas as hipóteses de investigação, criada uma tabela de contingência com a frequência observada em cada uma das variáveis e, calculada a frequência esperada.

H₀: As variáveis são independentes. Não existe relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico.

H₁: As variáveis não são independentes. Existe relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico.

Para um nível de significância de $\alpha = 0,05$, foi obtido um $\chi^2 = 27,508$; $p = 0,036$; $p \leq 0,05$. O resultado obtido rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis, indicando que para a amostra apresentada, existe algum tipo de relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico.

Embora o rendimento seja considerado uma das principais variáveis usadas para captar desigualdades no acesso aos tratamentos de infertilidade (Remoaldo & Machado, 2008), podem existir outros motivos que levaram os entrevistados a preferir o acompanhamento em hospital público. Faria (2013) e Remoaldo & Machado (2008) refere que outras barreiras de acesso, tais como a localização dos centro de PMA, as longas listas de espera, a limitação da idade da mulher e do número de tratamentos possíveis de realizar através do SNS afetam a escolha do local de acompanhamento médico.

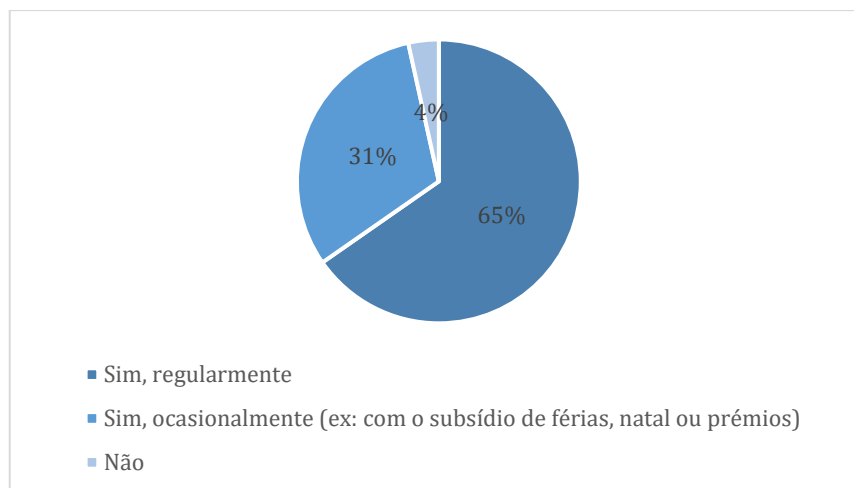
4.1.2. Análise ao Grupo II

4.1.2.1 Perceção e atitudes perante a despesa

Através das afirmações colocadas no Grupo II do questionário foi efetuada uma análise para o posicionamento dos entrevistados na perceção da sua situação económica, na existência da perceção de um possível impacto económico e financeiro antes do início dos tratamentos e a existência de tomada de decisões de saúde com base nas condições financeiras da família.

Os indivíduos que recorrem a tratamentos de PMA pretendem satisfazer a sua necessidade de aumentar a família. Yadollahi & Paim (2011) refere que um dos indicadores de que a família não consegue recursos necessários para satisfazer as suas necessidades é a não existência de poupança. O gráfico abaixo representado, distribui a amostra obtida em função da existência de poupança. Verifica-se que 96% dos entrevistados faz poupança (65% poupa regularmente e, 31% poupa ocasionalmente), e apenas 4% dos entrevistados não a realiza.

Gráfico 11 - Análise à existência de poupança



Fonte: Elaboração Própria

Quanto às razões de poupança, dos entrevistados que poupa regularmente para: fazer face a despesas imprevistas (37%); adquirir ou substituir bens

duradouros (22%); fazer face a despesas posteriores não regulares (21%), para educação ou ajuda inicial aos filhos (11%) e, para utilizar na reforma (10%). Dos 31% de entrevistados que apenas poupa ocasionalmente, a sua poupança destina-se a: utilizar na educação ou ajuda inicial aos filhos (43%), adquirir ou substituir bens duradouros (24%), fazer face a despesas posteriores não regulares (23%), a pagar despesas imprevistas (8%) e, a utilizar na reforma (2%). Verifica-se que a poupança destinada a despesas imprevistas (ex: despesas médicas) é realizada maioritariamente por quem poupa regularmente.

Tabela 8- Razões de poupança.

| Razões de Poupança | Poupança regular | Poupança ocasional |
|--|-------------------------|---------------------------|
| Despesas posteriores não regulares (ex: viagens) | 21% | 23% |
| Aquisição ou substituição de bens duradouros (ex: casa, carro, eletrodomésticos) | 22% | 24% |
| Educação ou ajuda inicial aos filhos | 11% | 43% |
| Despesas imprevistas (ex: despesas médicas) | 37% | 8% |
| Para utilizar na reforma | 10% | 2% |
| Total | 100% | 100% |

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao comportamento dos entrevistados perante despesas médicas inesperadas, quando questionados se conseguiriam pagar uma despesa médica de montante equivalente ao seu vencimento de um mês, sem pedir dinheiro emprestado à banca, familiares ou amigos, 79% dos entrevistados responderam “sim” e apenas 19% responderam “não”. 2% dos entrevistados não sabem ou preferiram não responder.

Gráfico 12 – Comportamento perante despesas médicas inesperadas

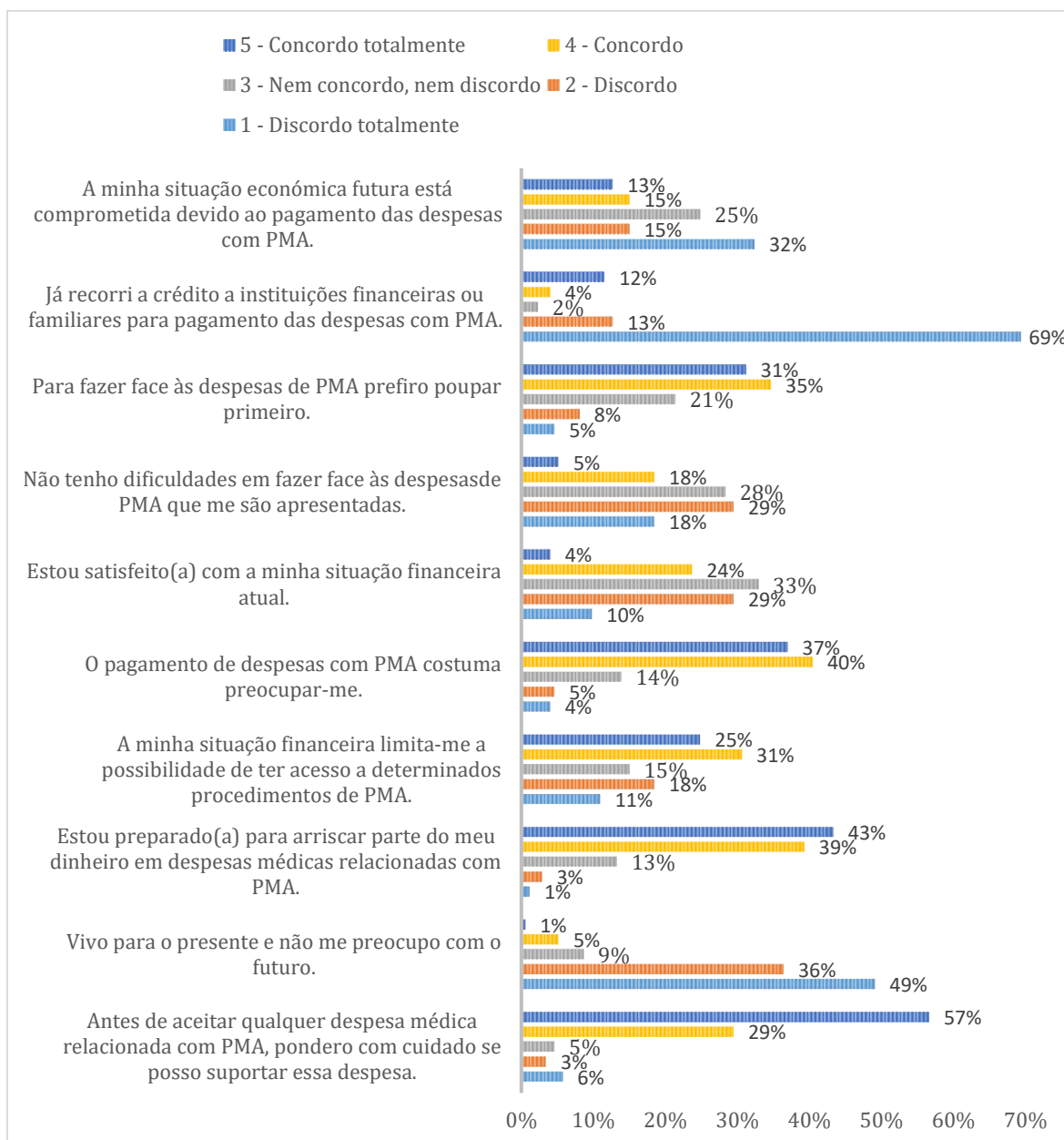


Fonte: Elaboração Própria

Um dos objetivos do presente projeto é verificar existência de tomada de decisões de saúde com base nas condições financeiras da família. Para tal, foi analisado o comportamento dos entrevistados face às despesas de PMA, através de um grupo de 10 questões cujas respostas variavam numa escala de 1 (discordo totalmente) até 5 (concordo totalmente).

Os resultados obtidos foram analisados em frequência e proporção e representados graficamente no gráfico (13) abaixo apresentado.

Gráfico 13 - Análise do comportamento dos entrevistados face às despesas de PMA.



Fonte: Elaboração Própria

Para analisar o posicionamento da perceção da situação económica dos entrevistados, foram apresentadas as seguintes afirmações: “A minha situação económica futura está comprometida devido ao pagamento das despesas com PMA.”; “Estou satisfeito(a) com a minha situação financeira atual.” e, “Vivo para o presente e não me preocupo com o futuro.”. Da análise ao posicionamento dos entrevistados resulta que 47% discorda que a sua situação económica esteja comprometida,

enquanto 28% concorda. 39% dos entrevistados referem estar insatisfeitos com a sua situação económica financeira atual e 86% apresenta preocupações com o futuro, enquanto 28% revelam satisfação com a sua situação económica e 6% dos entrevistados prefere viver no presente e não se preocupar com o futuro. 28% dos entrevistados não se posicionou sobre o comprometimento da sua situação económica e, 33% dos entrevistados não definiram o seu nível de satisfação económica financeira.

Para analisar a perceção do impacto que os custos com os tratamentos de PMA poderiam ter na sua situação económica, foram apresentadas as seguintes afirmações: “Já recorri a crédito a instituições financeiras ou familiares para pagamento das despesas com PMA.” e, “Para fazer face às despesas de PMA prefiro poupar primeiro.”. 66% dos entrevistados refere que prefere poupar primeiro para fazer face às despesas. 82% dos entrevistados refere não ter recorrido à utilização de crédito de instituições bancárias ou familiares ao invés de 16% que referiu já o ter feito. 21% dos entrevistados não se posicionou quanto à preferência em poupar primeiro ara utilizar nas despesas de PMA.

Para analisar a gestão de rendimentos e despesas, foram apresentadas as seguintes afirmações: “Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas.”; “O pagamento de despesas com PMA costuma preocupar-me.” e, “Estou preparado(a) para arriscar parte do meu dinheiro em despesas médicas relacionadas com PMA.”. Da análise ao posicionamento dos entrevistados resulta que 83% referem estar preparados para arriscar parte do seu dinheiro nas despesas médicas relacionadas com PMA. Na preocupação com o pagamento de despesas de PMA, 77% dos entrevistados refere preocupar-se e 48% dos entrevistados refere ter dificuldade em fazer face às despesas apresentadas, enquanto 9% não apresenta preocupações com o pagamento das despesas e 24% refere não ter dificuldades no seu pagamento. 28% dos entrevistados não se posicionou quando à sua dificuldade em pagar as despesas de PMA.

Para analisar a existência de tomada de decisões de saúde com base nas condições financeiras da família, foram apresentadas as seguintes afirmações: “A minha situação financeira limita-me a possibilidade de ter acesso a determinados

procedimentos de PMA.” e, “Antes de aceitar qualquer despesa médica relacionada com PMA, pondero com cuidado se posso suportar essa despesa.”. Da análise ao posicionamento dos entrevistados resulta que 86% dos entrevistados pondera se consegue suportar as despesas relacionadas com PMA antes de as aceitar. 55% dos entrevistados referem que a situação financeira lhes limita o acesso a determinados procedimentos de PMA, enquanto 29% referem não sentir limitações de acesso relacionadas com a situação financeira.

Em resumo, depois de realizada a análise, os dados sugerem que:

- A maioria dos entrevistados não precisou de recorrer a empréstimos (82%) e está preparado para arriscar o seu dinheiro em tratamentos de PMA (83%);

- A maioria dos entrevistados preocupa-se com o futuro (86%), mas apenas uma parte (47%) considera que a sua situação económica futura pode estar comprometida;

- A maioria dos entrevistados pondera se pode suportar as despesas de PMA antes de as aceitar (86%), mas apenas uma parte (55%) considera que a sua situação financeira lhe limita o acesso a determinados procedimentos;

- A maioria dos entrevistados (77%) preocupa-se com o pagamento das despesas de PMA, mas apenas uma parte (39%) está insatisfeito com a sua situação financeira.

4.1.2.2 Relação entre o rendimento e o comportamento dos entrevistados face às despesas de PMA

Para a análise da relação entre o rendimento e o comportamento dos entrevistados face às despesas de PMA foi utilizado o *Rho de Spearman*, uma vez que não se cumprem os pressupostos para a utilização de medidas paramétricas. Esta medida apenas exige que ambas as variáveis se apresentem, pelo menos, numa escala ordinal (Ex: níveis de rendimento e níveis de concordância). O coeficiente consiste na correlação entre postos de dois conjuntos de dados e varia entre -1 e 1 (J. Cohen e Cohen, 1983 (citado em (Espírito-Santo & Daniel, 2017))).

Tabela 9 - Rho de Spearman para Rendimento/Comportamento perante a despesa

| | | |
|---|------------|-------|
| Rendimento | <i>Rho</i> | 1,000 |
| | <i>p</i> | |
| Antes de aceitar qualquer despesa médica relacionada com PMA, pondero com cuidado se posso suportar essa despesa. | <i>Rho</i> | ,068 |
| | <i>p</i> | ,375 |
| Vivo para o presente e não me preocupo com o futuro. | <i>Rho</i> | -,100 |
| | <i>p</i> | ,192 |
| Estou preparado(a) para arriscar parte do meu dinheiro em despesas médicas relacionadas com PMA. | <i>Rho</i> | ,112 |
| | <i>p</i> | ,141 |
| A minha situação financeira limita-me a possibilidade de ter acesso a determinados procedimentos de PMA. | <i>Rho</i> | -,281 |
| | <i>p</i> | ,000 |
| O pagamento de despesas com PMA costuma preocupar-me. | <i>Rho</i> | -,071 |
| | <i>p</i> | ,351 |
| Estou satisfeito(a) com a minha situação financeira atual. | <i>Rho</i> | ,295 |
| | <i>p</i> | ,000 |
| Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas. | <i>Rho</i> | ,225 |
| | <i>p</i> | ,003 |
| Para fazer face às despesas de PMA prefiro poupar primeiro. | <i>Rho</i> | ,044 |
| | <i>p</i> | ,567 |
| Já recorri a crédito a instituições financeiras ou familiares para pagamento das despesas com PMA. | <i>Rho</i> | -,115 |
| | <i>p</i> | ,133 |
| A minha situação económica futura está comprometida devido ao pagamento das despesas com PMA. | <i>Rho</i> | -,136 |
| | <i>p</i> | ,074 |

Fonte: Elaboração Própria

Da análise de correlação efetuada às variáveis rendimento e comportamento perante a despesa resultam três correlações leves:

- A afirmação “A minha situação financeira limita-me a possibilidade de ter acesso a determinados procedimentos de PMA.” apresenta uma correlação negativa leve ($Rho= -0,281$; $p=0,000$; $p\leq 0,05$) com a variável rendimento, indicando que à medida que o rendimento aumenta, a limitação de acesso a determinados procedimentos de PMA tende a diminuir levemente;

- A afirmação “Estou satisfeito(a) com a minha situação financeira atual.” apresenta uma correlação positiva leve ($Rho= 0,295$; $p=0,000$; $p\leq 0,05$) com a variável rendimento, indicando que à medida que o rendimento aumenta, a satisfação financeira tende a aumentar levemente;

- A afirmação “Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas.” apresenta uma correlação positiva leve ($Rho= 0,225$; $p=0,003$; $p\leq 0,05$) com a variável rendimento, indicando que à medida que o rendimento aumenta, a dificuldade em fazer face às despesas de PMA diminui.

As variáveis do grupo “Comportamento perante a despesa” foram analisadas não só em relação ao rendimento, como entre si (Ver Anexo 2). Da análise de correlação entre as variáveis, e uma vez que não foi apresentada nenhuma correlação forte ou muito forte, destacaram-se as seguintes correlações moderadas:

- A afirmação “A minha situação financeira limita-me a possibilidade de ter acesso a determinados procedimentos de PMA.” apresenta uma correlação positiva moderada ($Rho= 0,509$; $p=0,000$; $p\leq 0,05$) com a afirmação “O pagamento de despesas com PMA costuma preocupar-me.”, indicando que à medida que se verifica uma limitação de acesso a determinados procedimentos de PMA originada pela situação financeira, a preocupação com o pagamento das despesas de PMA tende a aumentar de forma moderada;

- A afirmação “O pagamento de despesas com PMA costuma preocupar-me.” apresenta uma correlação negativa moderada ($Rho= -0,505$; $p=0,000$; $p\leq 0,05$) com a afirmação “Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas.” indicando que à medida que a preocupação com o pagamento das despesas de PMA aumenta, a dificuldade em fazer face às despesas de PMA aumenta.

- A afirmação “Estou satisfeito(a) com a minha situação financeira atual.” apresenta uma correlação moderada positiva ($Rho= 0,451$; $p=0,000$; $p\leq 0,05$) com a afirmação “Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas.” indicando que à medida que a satisfação com a situação financeira aumenta, a dificuldade em fazer face às despesas de PMA diminuiu.

4.1.3. Análise ao Grupo III

4.1.3.1. Esforço Económico Familiar.

Através das afirmações colocadas no Grupo III do questionário foi efetuada uma análise ao esforço económico familiar e à perceção que os indivíduos têm da sua situação financeira, comparativamente às outras famílias.

Os resultados obtidos permitiram verificar que:

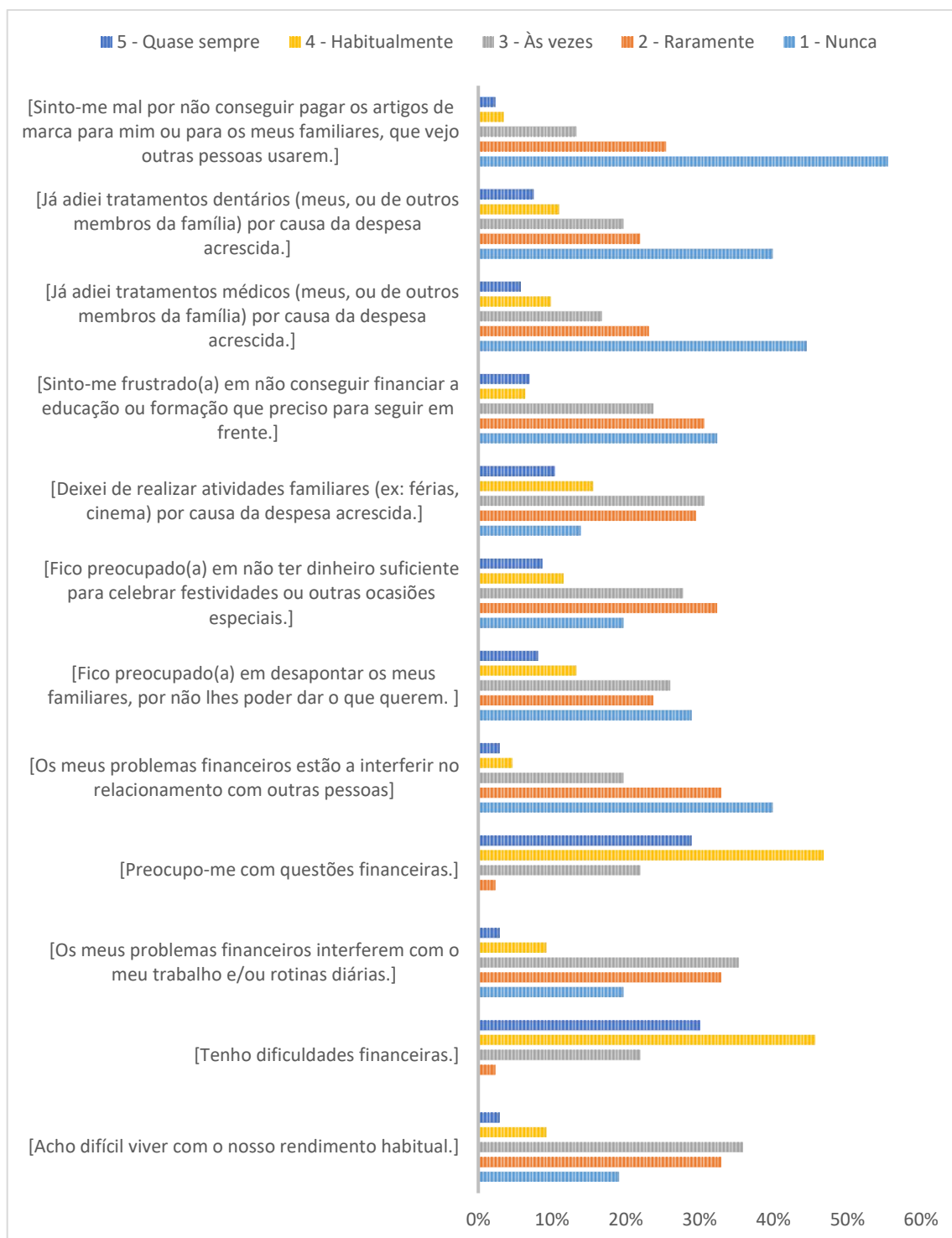
- 76% dos entrevistados preocupa-se com questões financeiras e refere ter dificuldades financeiras, mas apenas 12% dos entrevistados acha difícil viver com o seu rendimento habitual.

- Os entrevistados não consideram que os seus problemas financeiros interfiram com o seu trabalho e/ou rotinas diárias (53%), com o seu relacionamento com outras pessoas (73%) ou com a sua educação e formação (63%).

- 53% dos entrevistados não se preocupa em desapontar os seus familiares por não lhes poder dar o que querem, não se preocupa em não conseguir celebrar festividades ou ocasiões especiais (52%), e não se sente mal por não conseguir comprar artigos de marca (81%).

- 43% dos entrevistados refere ter deixado de realizar atividades familiares por causa da despesa acrescida, mas apenas uma parte refere ter adiado tratamentos médicos (16%) ou dentários (18%).

Gráfico 14 – Esforço Económico Familiar



Fonte: Elaboração Própria

4.1.3.1 Medição do Esforço Económico Familiar

Através de uma análise descritiva dos dados obtidos, apresentada na tabela (10) abaixo, verifica-se que o mínimo de esforço económico obtido foi de 19, e o máximo de esforço económico obtido foi de 61. A média do esforço económico das famílias representadas na amostra foi de 33,849, com um desvio padrão de 8,338. Estes dados referem que embora a média da amostra se situe num esforço económico familiar médio, de acordo com o desvio padrão apresentado, o seu esforço económico familiar varia bastante, com algumas famílias a sentir um esforço económico familiar muito inferior à média, e outras muito superior.

Tabela 10 - Estatísticas descritivas (Esforço económico familiar)

| N Válido | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|-----------------|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| 173 | 19,00 | 61,00 | 33,8497 | 8,33879 |

Fonte: Elaboração Própria

De seguida foi analisada a frequência dos níveis de esforço económico da amostra, e os seus resultados agrupados de acordo com as categorias de esforço económico familiar estabelecidas anteriormente. Na tabela 11, apresentam-se os resultados obtidos.

Tabela 11 - Esforço económico familiar da amostra

| | Frequência | Percentagem |
|--------------|-------------------|--------------------|
| Baixo | 67 | 38,7 |
| Médio | 98 | 56,6 |
| Elevado | 8 | 4,6 |
| Total | 173 | 100,0 |

Fonte: Elaboração Própria

Os resultados obtidos permitem verificar que 56,6% dos entrevistados considera que o seu esforço económico familiar é médio; 38,7% dos entrevistados considera que o seu esforço económico familiar é baixo, e apenas 4,6% dos entrevistados considera que o seu esforço económico familiar é elevado.

Tabela 12 - Análise à questão " Comparando a sua situação durante/após o tratamento de PMA com a de outras famílias, diria que o seu rendimento é?"

| | Frequência | Percentagem |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Muito abaixo da média | 7 | 4% |
| Abaixo da média | 46 | 27% |
| Na média | 95 | 55% |
| Acima da média | 24 | 14% |
| Muito acima da média. | 1 | 1% |
| Total | 173 | 100% |

Fonte: Elaboração Própria

Numa análise de frequência e proporção à questão acima referida, verifica-se que 69% dos entrevistados, durante ou após o tratamento de PMA, situam o seu rendimento na média (55%) ou acima da média (14%) em comparação com outras famílias. 31% dos entrevistados situa o seu rendimento abaixo da média (27%) ou muito abaixo da média (4%). Apenas 1% dos entrevistados situa o seu rendimento em muito acima da média.

4.1.3.2 Relação entre o rendimento e o esforço económico familiar

Para a análise da relação entre o rendimento e o esforço económico familiar foi utilizado o *Rho de Spearman*, uma vez que não se cumprem os pressupostos para a utilização de medidas paramétricas. Esta medida apenas exige que ambas as variáveis se apresentem, pelo menos, numa escala ordinal (Ex: níveis de rendimento e níveis de esforço económico familiar).

Tabela 13 - *Rho de Spearman* para Rendimento/Esforço económico familiar

| | | Rendimento | Esforço económico familiar |
|----------------------------|------------|------------|----------------------------|
| Rendimento | <i>Rho</i> | 1,000 | ,084 |
| | <i>p</i> | | ,270 |
| Esforço económico familiar | <i>Rho</i> | ,084 | 1,000 |
| | <i>p</i> | ,270 | |

Fonte: Elaboração Própria

Os valores apresentados sugerem que para a amostra apresentada não existe correlação significativa entre as variáveis apresentadas ($Rho= 0,084$; $p=0,270$; $p>0,05$). Ou seja, não é possível concluir que o esforço económico familiar não aumenta à medida que o rendimento diminui.

CONCLUSÃO

O presente trabalho pretende aumentar o conhecimento na perspetiva do utente, da parte económica e financeira que está subjacente ao recurso a técnicas de procriação medicamente assistida.

Através da pesquisa feita previamente verifica-se que cerca de 3% das crianças nascidas em Portugal resultam da utilização de técnicas de PMA, sendo visível um aumento da utilização deste tipo de tratamentos nos últimos anos. No entanto a pesquisa exploratória efetuada refletiu que em Portugal poucos foram os trabalhos realizados no âmbito económico e financeiro da medicina reprodutiva na perspetiva do utente.

A literatura permitiu verificar que uma grande parte do planeamento e das decisões tomadas pelas famílias é afetado pelo ambiente em que se insere e pelas várias etapas da sua vida familiar. Conhecer os seus padrões de despesa, o controlo sobre os recursos, os processos de tomada de decisão dos casais em matéria financeira relevam extrema importância. Para o presente estudo, retira-se também da literatura a importância da análise ao esforço financeiro da família, que permitirá estabelecer uma relação mais precisa entre o estatuto socioeconómico e a saúde. Para essa análise foi necessário procurar informação sobre a tomada de decisão dos utilizadores de PMA, incluindo a sua perceção da adequação de recursos e preocupações e, a sua perceção de expectativas económicas futuras.

Para obter a informação necessária junto dos utilizadores de PMA, foi divulgado de 22 de setembro de 2021 a 01 de março de 2022 um questionário virtual, através da partilha do *link* nas redes sociais, email, fóruns, grupos de apoio. Esta informação primária permitiu recolher informação sobre as características sociodemográficas dos utilizadores de PMA, bem como analisar o seu comportamento face às despesas de PMA e o seu esforço económico familiar.

Das respostas obtidas verifica-se que a esmagadora maioria da amostra é composta por indivíduos do sexo feminino (apenas 2 indivíduos do sexo masculino responderam), com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos. Da análise efetuada à distribuição geográfica da amostra verifica-se que existe uma forte

correlação positiva entre a distribuição geográfica dos centros médicos autorizados e a distribuição geográfica da amostra obtida. Relativamente aos níveis de rendimento, a amostra está maioritariamente posicionada entre os rendimentos de 1.001,00 a 3.000,00 euros (1.000,00 a 2.000,00 euros representa 51% da amostra e, 2.001,00 a 3.000,00 euros representa 23% da amostra). Destaca-se ainda que 43% da amostra tem acompanhamento em hospital ou clínica privada, tendo sido identificado através do teste de independência a existência de algum tipo de relação entre o rendimento e o local de acompanhamento médico.

Foi ainda efetuada uma análise de correlação entre as afirmações apresentadas para analisar o comportamento dos indivíduos perante a despesa e os seus níveis de rendimento, da qual resultou uma correlação negativa leve entre o rendimento a limitação de acesso a determinados procedimentos de PMA, indicando que à medida que o rendimento aumenta, a limitação de acesso a determinados procedimentos de PMA tende a diminuir levemente; e, duas correlações positivas leves. O rendimento e a satisfação com a situação financeira atual estão correlacionados positivamente, indicando que à medida que o rendimento aumenta, a satisfação com a situação financeira tende a aumentar levemente. O rendimento e a não dificuldade em fazer face às despesas de PMA também estão correlacionadas, indicando que à medida que o rendimento aumenta, a dificuldade em fazer face às despesas de PMA diminui.

Da análise efetuada ao comportamento dos indivíduos perante despesas médicas de PMA, foi possível retirar as seguintes conclusões: a maioria dos indivíduos que compõe a amostra prefere poupar primeiro (66%), não precisou de recorrer a crédito (82%) e está preparada para arriscar o seu dinheiro em tratamentos de PMA, verificando-se a existência da perceção do impacto financeiro da PMA antes do início dos tratamentos.

Embora exista uma grande preocupação com o futuro, apenas uma parte considera que efetivamente a sua situação económica futura pode estar comprometida; a maioria da amostra pondera com cuidado se pode suportar as despesas de PMA antes de as aceitar, mas apenas uma parte considera que a sua situação financeira efetivamente lhe limita o acesso a determinados procedimentos e,

embora uma grande parte da maioria se preocupe com o pagamento das despesas de PMA, apenas uma pequena parte está insatisfeita com a sua situação financeira.

Relativamente à tomada de decisões de saúde com base na situação financeira, na amostra analisada não se verifica que a maioria das decisões de saúde sejam tomadas com base na situação financeira, uma vez que 86% dos entrevistados pondera se consegue suportar a despesa antes de a aceitar, mas apenas 55% refere que a situação financeira lhes limita o acesso a determinados procedimentos de PMA. Quando questionados sobre tratamentos médicos adiados devido à despesa acrescida, verificou-se que 16% já adiaram despesas médicas, 17% adiaram por vezes, e 68% nunca ou raramente adiaram.

Da análise efetuada ao esforço económico familiar da amostra, foi possível concluir que cerca de metade da amostra (56,6%) se situa num esforço económico familiar médio. A restante amostra está situada maioritariamente num esforço económico familiar baixo (38,7%) e apenas uma pequena parte se situa num esforço económico elevado (4,6%).

Em suma, pode concluir-se que a amostra analisada se situa maioritariamente numa classe média financeiramente e, embora sinta preocupações com o pagamento das despesas de PMA, não sentiu limitações financeiras de acesso, nem considera que a PMA lhe tenha comprometido o futuro financeiro.

Este projeto tem como limitação a incapacidade em fornecer informação detalhada e desagregada dos custos suportados pelos utilizadores das técnicas de PMA.

Como proposta de investigação futura, e de modo a solidificar a informação apresentada, propõem-se fazer uma análise ao esforço económico familiar de um conjunto de indivíduos, antes e após a utilização de PMA, e os seus resultados comparados. Adicionalmente à medição do esforço económico familiar antes da utilização de PMA, seria efetuado um apuramento da disposição de pagar ou *willingness to pay (WTP)*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldana, S. G., & Liljenquist, W. (1998). Validity And Reliability Of A Financial Strain Survey. *Financial Counseling and Planning, Volume 9(2)*, 11-19.
- Allan, S., Balaban, B., Banker, M., Buster, J., Horton, M., Miller, K., . . . Zegers-Hochschild, F. (2019). International Federation of Fertility Societies' Surveillance (IFFS) 2019: Global Trends in Reproductive Policy and Practice, 8th Edition. *Global Reproductive Health*, (pp. 1-138).
- Browning, C., & Finke, M. (2016). Conducting Research in Financial. Em *Handbook of Consumer Finance Research, Second edition*. Kingston , RI , USA: Springer International Publishing Switzerland.
- Cardoso, H. F. (2006). A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. *Antropologia Portuguesa 22/23*, 247-272.
- Carvalho, J., & Santos, A. (2009). *Caracterização da Infertilidade em Portugal - Estudo na comunidade*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Casal, M. (2016). APFertilidade: associativismo e PMA no espaço público. *A(s) Problemática(s) da Natalidade em Portugal - Uma Questão Social, Económica e Política* (pp. 161-164). Imprensa de Ciências Sociais.
- Chambers, G. M., Adamson, G., & Eijkemans, M. (2013). Acceptable cost for the patient and society. *Fertility and sterility, 100(2)*, pp. 319-327.
- Collins, J. A. (2002). An international survey of the health economics of IVF and ICSI. *Human Reproduction Update, Vol.8, No.3*, 265-277.
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (07 de 2021). Relatório da atividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2018.
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2022). *CNPMA*. Obtido em 07 de 09 de 2020, de Técnicas de PMA:

file:///D:/Refer%C3%A2ncias%20Bibliogr%C3%A1ficas/CNPMA%20tecnicas%20de%20PMA.html

- Custódio, B. R. (2021). *Eficácia Organizacional no âmbito dos Centros Públicos de Procriação Medicamente Assistida: Da Entropia à Inovação*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre - ISCSP.
- DeVaney, S. A. (1994). The usefulness of financial ratios as predictors of household insolvency: Two perspectives. *Financial Counseling and Planning*, 5(1), 5-24.
- Dew, J. (2008). Marriage and finance. *Handbook of consumer finance research*, 337-350.
- Dick, M.-L., Bain, C., Purdie, D., Siskind, V., Molloy, D., & Green, A. (2003). Self-reported difficulty in conceiving as a measure of infertility. *Human Reproduction Vol.18, No.12*, p. 2711 a 2717.
- Direcção Geral da Saúde. (2008). Saúde reprodutiva/Planeamento familiar. *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*.
- Drummond, M., Sculpher, M., Claxton, K., Stoddart, G., & Torrance, G. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes - 4nd edn*. Oxford university press.
- ESHRE Capri Workshop Group. (2005). Fertility and ageing. *Human Reproduction Update, Vol.11, No.3*, 261-276.
- Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, Vol. 3 (1)*, 53-64.
- Faria, J. (2013). *Acesso aos tratamentos de infertilidade no Centro Hospitalar do Alto Ave - Dissertação de Mestrado*. Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Fertility Europe and European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive rights. (2021). *European Atlas of Fertility Treatment Policies*.
- Figueiredo, H. (2004). Custo efectividade em técnicas de procriação medicamente assistida. *Revista Nascer e Crescer, (13 (2))*, pp. 145-149.

- Fitzsimmons, V. S., Hira, T., Bauer, J., & Hafstrom, J. (1993). Financial Management: Development of Scales. *Journal of Family and Economic Issues, Vol. 14(3)*, pp. 257-274.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2022). *Situação da População Mundial 2022*.
- Galhardo, A., Gouveia, J. P., e Cunha, M. (2012). Escala de Preocupações durante a Procriação Medicamente Assistida: Estudo exploratório das características psicométricas da versão portuguesa. *Laboratório de Psicologia, 10(1)*, 19-33.
- Garceau, L., Henderson, J., Davis, L., Petrou, S., Henderson, L., McVeigh, E., . . . Davidson, L. (2002). Economic implications of assisted reproductive techniques: a systematic review. *Human Reproduction Vol.17, No.12*, pp. 3090–3109.
- Ghorbani, M., Hosseini, F., Yunesian, M., & Keramat, A. (2020). Dropout of infertility treatments and related factors among infertile couples. *Reproductive Health, 17(1)*, 1-6.
- Grable, J. E. (2016). Financial Risk Tolerance. Em *Handbook of Consumer Finance Research, Second Edition*. Kingston, RI, USA: Springer International Publishing Switzerland.
- Henri, P., & Marie José, C. L. (1950). A evolução contemporânea da Família: estruturas, funções e necessidades. Em *L'évolution des besoins et la conception dynamique de la famille* (pp. 403-425). Tradução autorizada Edições Julliard.
- Hill, M., & Hill, A. (1998). A construção de um questionário.
- Hilton, J., & Devall, E. (1997). The Family Economic Strain Scale: Development and evaluation of the instrument with single and two-parent families. *Journal of Family and Economic Issues, 18(3)*, pp. 247-271.
- Kissel, M. (2004). Rising health-care costs hit home. *The Wall Street Journal, D2*.
- Lauwe, P. H., de Lauwe, P. H., de Lauwe, M. J. C., & Nunes, A. S. (1965). A evolução contemporânea da Família: estruturas, funções, necessidades. *Análise social, 475-600*

- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*.
- Lima, S., Antoniassi, M., Zylbersztejn, D., Fraietta, R., Bertolla, R., & Ferraz, M. (2020). Willingness of Infertile Couples to Pay for In Vitro Fertilization Treatment in the Integrated Human Reproduction Section of the Escola Paulista de Medicina, São Paulo Federal University. *Value in health regional issues*, 23(C), 55-60.
- Lyons, A., & Yilmazer, T. (2005). Health and Financial Strain: Evidence from the Survey of Consumer Finances. *Southern Economic Journal*, 71(4), 873-890.
- Magalhães, A. (2019). *Infertilidade masculina: alterações no espermograma e exposição ocupacional - Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em*. Covilhã: Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde.
- Manning, W. G., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E., & Leibowitz, A. (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *The American Economic Review*, 77(3), pp. 251-277.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics - 7ª Edição*. ReportNumber, Lda.
- Marotti, J., Galhardo, A., Furuyama, R., Pigozzo, M., Campos, T., & Laganá, D. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 20(2), pp. 186-194.
- Matos, D., & Rodrigues, E. (2019). *Análise fatorial*. Brasília: Enap.
- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Lídia, T., & Freitas, R. (2016). *Introdução ao estudo - Determinantes da fecundidade em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mixão, M. (2007). *Comportamentos Parentais e Recurso às Urgências Pediátricas: Estudo do Stresse Parental, Percepção de Vulnerabilidade Infantil e Esforço Económico Familiar*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Dissertação de Mestrado.

- Neves, C. (10 de 02 de 2021). (D. d. Notícias, Editor) Obtido em 18 de 01 de 2023, de Centros públicos com dois anos de atraso nos tratamentos de fertilidade: <https://www.dn.pt/sociedade/centros-publicos-com-dois-anos-de-atraso-nos-tratamentos-de-fertilidade-13333723.html>
- O'Neill, B., Sorhaindo, B., Xiao, J., & Garman, E. (2005). Financially Distressed Consumers: Their Financial Practices, Financial Well-being, and Health. *Financial Counseling and Planning*, 16(1), pp. 73-87.
- Organização das Nações Unidas (1994). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo: United Nations publication, Sales No. E.95.XIII.18)
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, V. (2006). Finanças pessoais fundamentos e dicas. Piracicaba: Editora Equilíbrio.
- Remoaldo, P., & Machado, H. (2008). *O sofrimento oculto - Causas, cenários e vivências da infertilidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, C. (2014). *Infertilidade, Autoimunidade Tiroideia e endometriose - Dissertação para a obtenção do grau de mestre*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Santos, N. (13 de 06 de 2022). *Portugal está em 5.º lugar no ranking europeu de políticas de tratamento de fertilidade*. Obtido em 17 de 01 de 2023, de Jornal Público: <https://www.publico.pt/2022/06/13/sociedade/noticia/portugal-5-lugar-ranking-europeu-politicas-tratamento-fertilidade-2009906>
- Schuchardt, J., Bagwell, D., Bailey, W., DeVaney, S., Grable, J., Leech, I., . . . Xiao, J. (2007). Personal Finance: An Interdisciplinary Profession. *Financial Counseling and Planning Volume 18, Issue 1*, 61-69.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *História do SNS*. Obtido em 06 de 10 de 2021, de <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

- Silva, P., & Costa, M. (2011). *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada*. Lisboa: Coimbra Editora–Grupo Wolters Kluwer.
- Silva, V., Silva, J., & Cardoso, F. (2006). PMA: Carências, custos, acessibilidade e elasticidade da procura - uma projecção para Portugal. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, Vol. 23- nº 6 - Noviembre-Diciembre, 363-368.
- Silva, S., & Machado, H. (2010). A governação dos pacientes adequados no acesso à procriação medicamente assistida em Portugal.
- Stephenson, P., & Wagner, M. (1993). In Vitro Fertilization and the reproductive technologies. Em *Tough Choices (Vol. 722)*. Temple University Press.
- Vitt, L. A., Siegenthaler, J., Siegenthaler, L., Lyter, D., & Kent, J. (2002). Consumer health care finances and education: Matters of values. *EBRI Issue Brief Number 241*.
- Xiao, J. J., & Xiao, J. J. (2016). Handbook of consumer finance research. *Springer International Publishing Switzerland*.
- Yadollahi, M., & Paim, L. H. (2011). A Theoretical Study of Family Resource Management. *Journal of American Science*, 7(2).
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., . . . van der Poell, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Human reproduction* 32.9 , pp. 1786-1801.

Legislação:

- Constituição da República Portuguesa
Despacho 16/3 da Direção-Geral, de 24 de março de 1976
Lei 56/79 de 15 de setembro de 1979
Despacho 37/86, de 14 de abril
Decreto-Lei 319/86, de 25 de setembro
Lei 12/2005, de 26 de janeiro
Lei n.º 32/2006, de 26 de julho
Despacho 14788/2008, de 28 de maio de 2008

Despacho 24855/2008 de 6 de outubro de 2008

Portaria 154/2009, de 9 de fevereiro

Despacho 10910/2009, de 22 de abril

Portaria 273/2012, de 5 de setembro

Despacho 3219/2011, de 9 de fevereiro

Lei 17/2016, de 20 de junho

Lei 25/2016, de 22 de agosto

Lei 17/2016, de 20 de junho

Decreto Regulamentar 6/2016, de 29 de dezembro

Lei 25/2016, de 22 de agosto

Despacho 679/2017, de 11 de janeiro

Lei 58/2017, de 25 de julho

Decreto Regulamentar 6/2017, de 31 de julho

Lei 90/2019, de 4 de setembro

Lei 72/2021, de 12 de novembro

Decreto-Lei 442-A/88, de 30 de novembro, atualizado pelo orçamento de estado de 2022

ANEXOS

ANEXO I – Questionário - Procriação Medicamente Assistida (PMA) - Impacto nas finanças familiares

Caro(a) Senhor(a),

O meu nome é Natália Costa e sou aluna do Mestrado de Contabilidade e Finanças da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Portalegre.

Convido-o(a) a participar no projeto de investigação que estou a realizar, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Jorge Silveira Ferreira, e cujo objetivo passa por obter conhecimento sobre o impacto nas finanças familiares do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).

A sua participação neste estudo é fundamental e consiste no preenchimento deste questionário *online*, com uma duração de aproximadamente 15 minutos. Não existem respostas certas ou erradas, pretendemos apenas conhecer a sua experiência.

Todas as respostas e informações são confidenciais e anónimas salvaguardando a sua identidade, e serão tratadas conjuntamente com os dados de outras pessoas na mesma situação. As informações que fornecer serão utilizadas exclusivamente no âmbito dos objetivos do estudo: texto da tese, divulgação em comunicações, publicações ou outras formas de divulgação dos dados.

Poderá desistir de participar no estudo em qualquer altura, pois a sua participação é livre e voluntária. Caso necessite de informações ou esclarecimentos adicionais, poderá contactar-me através de (mestrado cf.nataliacosta@gmail.com).

Muito obrigado pela sua participação.

Consentimento informado.

| | |
|---|-----|
| Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo e do tipo de participação que me é solicitada. | Sim |
| Participo de forma livre e voluntária, e autorizo que os meus | Não |

dados sejam tratados de forma coletiva, anónima e confidencial.

Tabela I.I – Questões do Grupo I – Perfil do entrevistado. Nesta secção gostaríamos de saber algumas questões sociodemográficas sobre si.

| | | |
|--------------|------------------------|---|
| I.i | Nacionalidade | Portuguesa Outra. Qual? |
| I.ii | Idade | De 18 a 24 anos De 25 a 30 anos De 31 a 35 anos De 36 a 40 anos De 41 a 45 anos De 46 a 50 anos 51 ou mais anos |
| I.iii | Género | Masculino Feminino Não responde |
| I.iv | Estado Civil | Solteiro (a) Casado(a) / União de Facto Divorciado(a) Viúvo(a) |
| I.v | Distrito de Residência | Aveiro Beja Braga Bragança Castelo Branco Coimbra Évora Faro Guarda Leiria Lisboa Portalegre Porto Santarém Setúbal Viana do Castelo Vila Real Viseu Região Autónoma da Madeira Região Autónoma dos Açores |
| I.vi | Situação Laboral | Trabalhador(a) por conta de outrem Trabalhador(a) por conta própria Desempregado(a) |

| | | |
|---------------|---|---|
| | | Outra situação. Qual: |
| I.vii | Nível de Escolaridade | Sem escolaridade Ensino Básico (até ao 9º ano) Ensino Secundário (até ao 12º ano) Bacharelato/Licenciatura Mestrado Doutoramento Não responde |
| I.viii | Rendimento do Agregado Familiar | Sem rendimento Até 600 euros De 601 a 1.000 euros De 1.001 a 2.000 euros De 2.001 a 3.000 euros De 3.001 a 4.000 euros Acima de 4.001 euros Não responde |
| I.ix | Relativamente à sua situação pessoal, está a recorrer ou já recorreu nos últimos cinco anos a tratamentos médicos relacionados com infertilidade/PMA? | Sim Não |
| I.x | Relativamente à sua situação, em que fase dos tratamentos se encontra? | Em lista de espera para a primeira consulta de infertilidade ou para iniciar tratamento A realizar exames A tomar medicação para produzir óvulos e/ou melhorar a qualidade dos espermatozoides. A realizar inseminação artificial/fertilização <i>in vitro</i> /injeção intracitoplasmática de espermatozoides/outro tratamento Já terminei o meu tratamento Outra situação. Qual? |
| I.xi | O seu acompanhamento é ou foi realizado em alguma destas entidades? | Médico de família Médico particular Hospital público Hospital ou clínica privada Outro. Qual? |

Tabela I.II – Comportamento dos indivíduos. Percepção e atitudes perante a despesa de PMA. - Nesta secção gostaríamos de saber como conseguiu fazer face às despesas médicas que teve com o(s) tratamento(s).

| | | |
|---------------|---|--|
| II.i | Costuma fazer poupança? | Sim, regularmente. Sim, irregularmente (Ex: com o subsídio de férias, natal ou prémios) Não Não sabe/Não responde. |
| II.ii | Se respondeu que costuma fazer poupança, qual a principal razão que o leva a poupar? | Despesas posteriores não regulares (Ex: viagens) Aquisição ou substituição de bens duradouros (Ex: carro, casa, eletrodomésticos) Educação ou ajuda inicial aos filhos Fazer face a despesas imprevistas (Ex: despesas médicas) Para utilizar na reforma |
| II.iii | Se hoje tivesse uma despesa médica inesperada de montante equivalente ao seu rendimento de um mês, conseguiria pagá-la sem pedir dinheiro emprestado à banca, familiares ou amigos? | Sim Não Não tem rendimentos Não sabe/Não responde. |
| II.iv | No último ano, teve despesas médicas com PMA? | Sim Não Não sabe/Não responde. |
| II.v | Por favor, diga-me como se identifica com as seguintes afirmações. Numa escala de 1 a 5, em que 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (nem concordo, nem discordo), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) | Antes de aceitar qualquer despesa médica relacionada com PMA, pondero com cuidado se posso suportar essa despesa. Vivo para o presente e não me preocupo com o futuro. Estou preparado(a) para arriscar parte do meu dinheiro em despesas médicas relacionadas com PMA. A minha situação financeira limita-me a possibilidade de ter acesso a determinados procedimentos de PMA. O pagamento das despesas com PMA costuma preocupar-me. Estou satisfeito(a) com a minha situação financeira atual. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas.</p> <p>Para fazer face às despesas de PMA prefiro poupar primeiro.</p> <p>Já recorri a crédito a instituições financeiras ou familiares para pagamento das despesas com PMA.</p> <p>A minha situação económica futura está comprometida devido ao pagamento das despesas com PMA.</p> |
|--|--|---|

Tabela I.III – Esforço Económico Familiar. - As frases aqui apresentadas podem descrever o que sentem algumas famílias que recorrem a tratamentos de PMA. Através delas temos como objetivo avaliar o esforço económico da sua família.

| | | |
|--------------|---|---|
| III.i | <p>Durante/Após a realização do(s) seu(s) tratamento(s), diga-me como se identifica com as seguintes situações. Numa escala de 1 a 5, em que 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes), 4 (habitualmente) e 5 (quase sempre)</p> | <p>-Acho difícil viver com o nosso rendimento habitual.</p> <p>-Tenho dificuldades financeiras.</p> <p>-Os meus problemas financeiros interferem com o meu trabalho e/ou rotinas diárias.</p> <p>-Preocupo-me com questões financeiras.</p> <p>-Os meus problemas financeiros estão a interferir no relacionamento com outras pessoas.</p> <p>-Fico preocupado/a em desapontar os meus familiares, por não lhes poder dar o que querem.</p> <p>-Fico preocupado/a em não ter dinheiro suficiente para celebrar festividades ou outras ocasiões especiais.</p> <p>-Deixei de realizar atividades familiares (Ex: férias, cinema) por causa da despesa acrescida.</p> <p>-Sinto-me frustrado em não conseguir financiar a educação ou formação que preciso para seguir em frente.</p> <p>-Já tive de adiar tratamentos médicos (meus, ou de outros membros da família) por causa da despesa acrescida.</p> <p>-Já tive de adiar tratamentos dentários (meus, ou de outros membros da família) por causa da despesa acrescida.</p> <p>-Sinto-me mal por não conseguir pagar os</p> |
|--------------|---|---|

| | | |
|---------------|--|--|
| | | artigos de marca para mim ou para os meus familiares, que vejo outras pessoas usarem. |
| III.ii | Comparando a sua situação durante/após o tratamento de PMA com a de outras famílias, diria que o seu rendimento é? | Muito abaixo da média Abaixo da média Na média Acima da média Muito acima da média |

ANEXO II – Divulgação do questionário.

Caro(a) Senhor(a),

Convido-o(a) a participar no projeto de investigação que estou a realizar, no âmbito do Mestrado de Contabilidade e Finanças da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Portalegre. Este estudo tem como objetivo obter conhecimento sobre o impacto nas finanças familiares do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).

Se realizou um destes procedimentos nos últimos 5 anos, a sua participação neste estudo é fundamental e consiste no preenchimento de um questionário *online*, que poderá encontrar aqui:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScxHqegJPiUBQyO3dw2Us6S2L_cFTT4hhDoSNEVva9jVAvRuw/viewform?usp=sf_link

Caso não tenha realizado nenhum destes procedimentos, também poderá colaborar ao partilhar este questionário junto dos seus contactos.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Natália Costa

ANEXO III - Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* para a variável rendimento.

Tabela II - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a variável rendimento.

| <i>Kolmogorov-Smirnov</i> | | | <i>Shapiro-Wilk</i> | | |
|---------------------------|-----|------|---------------------|-----|------|
| Estatística | df | Sig. | Estatística | df | Sig. |
| ,276 | 173 | ,000 | ,848 | 173 | ,000 |

Fonte: Elaboração Própria, através de dados obtidos do SPSS.

ANEXO IV – Teste χ^2 de independência para as variáveis rendimento e local de acompanhamento médico.

Tabela III – Tabela de Contingência – Frequência observada

| Rendimento / Local de Acompanhamento médico | Médico de família | Médico particular | Hospital público | Hospital ou clínica privada | Vários | Total |
|---|-------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|--------|-------|
| De 601 a 1.000 euros | 0,246 | 1,351 | 4,544 | 5,281 | 9,579 | 21 |
| De 1.001 a 2.000 euros | 1,029 | 5,661 | 19,041 | 22,129 | 40,140 | 88 |
| De 2.001 a 3.000 euros | 0,456 | 2,509 | 8,439 | 9,807 | 17,789 | 39 |
| De 3.001 a 4.000 euros | 0,164 | 0,901 | 3,029 | 3,520 | 6,386 | 14 |
| Acima de 4.001 euros | 0,105 | 0,579 | 1,947 | 2,263 | 4,105 | 9 |
| Total | 2 | 11 | 37 | 43 | 78 | 171 |

Fonte: Elaboração Própria

Tabela IV – Tabela de Contingência – Frequência esperada

| Rendimento / Local de Acompanhamento médico | Médico de família | Médico particular | Hospital público | Hospital ou clínica privada | Vários |
|---|-------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|--------|
| De 601 a 1.000 euros | 12,531 | 0,091 | 2,629 | 0,985 | 0,694 |
| De 1.001 a 2.000 euros | 1,029 | 0,487 | 0,202 | 0,442 | 0,371 |
| De 2.001 a 3.000 euros | 0,456 | 0,886 | 1,401 | 0,145 | 0,082 |
| De 3.001 a 4.000 euros | 0,164 | 0,011 | 0,350 | 1,746 | 0,301 |
| Acima de 4.001 euros | 0,105 | 0,306 | 0,461 | 1,333 | 0,298 |

Fonte: Elaboração Própria

Tabela V – Teste χ^2 de independência

| | |
|----------|--------|
| χ^2 | 27,508 |
| p | 0,036 |

Fonte: Elaboração Própria

ANEXO V – Rho de Spearman para o grupo II.

| Rho de Spearman | | Rendimento | Antes de aceitar qualquer despesa médica relacionada com PMA, pondero com cuidado se posso suportar essa despesa. | Vivo para o presente e não me preocupo com o futuro. | Estou preparado(a) para arriscar parte do meu dinheiro em despesas médicas relacionadas com PMA. | A minha situação financeira limita-me a possibilidade de ter acesso a determinados procedimentos de PMA. | O pagamento de despesas com PMA costuma preocupar-me. | Estou satisfeito(a) com a minha situação financeira atual. | Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas. | Para fazer face às despesas de PMA prefiro poupar primeiro. | Já recorri a crédito a instituições financeiras ou familiares para pagamento das despesas com PMA. | A minha situação económica futura está comprometida devido ao pagamento das despesas com PMA. |
|---|------|------------|---|--|--|--|---|--|--|---|--|---|
| Rendimento | Rho | 1,000 | ,068 | -,100 | ,112 | -,281** | -,071 | ,295** | ,225** | ,044 | -,115 | -,136 |
| | Sig. | | ,375 | ,192 | ,141 | ,000 | ,351 | ,000 | ,003 | ,567 | ,133 | ,074 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| Antes de aceitar qualquer despesa médica relacionada com PMA, pondero com cuidado se posso suportar essa despesa. | Rho | ,068 | 1,000 | -,052 | ,080 | ,025 | ,165* | ,023 | -,071 | ,339** | ,086 | ,083 |
| | Sig. | ,375 | | ,500 | ,297 | ,743 | ,030 | ,765 | ,356 | ,000 | ,258 | ,276 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| Vivo para o presente e não me preocupo com o futuro. | Rho | -,100 | -,052 | 1,000 | -,103 | ,215** | -,035 | -,067 | ,032 | -,232** | ,171* | ,068 |
| | Sig. | ,192 | ,500 | | ,177 | ,005 | ,648 | ,380 | ,680 | ,002 | ,025 | ,378 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| Estou preparado(a) para arriscar parte do meu dinheiro em despesas médicas relacionadas com PMA. | Rho | ,112 | ,080 | -,103 | 1,000 | -,114 | -,024 | ,046 | ,135 | -,006 | ,009 | ,091 |
| | Sig. | ,141 | ,297 | ,177 | | ,136 | ,750 | ,545 | ,077 | ,933 | ,903 | ,233 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| A minha situação financeira limita-me a possibilidade de ter acesso a determinados procedimentos de PMA. | Rho | -,281** | ,025 | ,215** | -,114 | 1,000 | ,509** | -,313** | -,348** | -,093 | ,216** | ,258** |
| | Sig. | ,000 | ,743 | ,005 | ,136 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,223 | ,004 | ,001 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| O pagamento de despesas com PMA costuma preocupar-me. | Rho | -,071 | ,165* | -,035 | -,024 | ,509** | 1,000 | -,318** | -,505** | -,044 | ,190* | ,383** |
| | Sig. | ,351 | ,030 | ,648 | ,750 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,564 | ,012 | ,000 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| Estou satisfeito(a) com a minha situação financeira atual. | Rho | ,295** | ,023 | -,067 | ,046 | -,313** | -,318** | 1,000 | ,451** | ,181* | -,201** | -,328** |
| | Sig. | ,000 | ,765 | ,380 | ,545 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,017 | ,008 | ,000 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| Não tenho dificuldades em fazer face às despesas de PMA que me são apresentadas. | Rho | ,225** | -,071 | ,032 | ,135 | -,348** | -,505** | ,451** | 1,000 | ,038 | -,242** | -,470** |
| | Sig. | ,003 | ,356 | ,680 | ,077 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,623 | ,001 | ,000 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| Para fazer face às despesas de PMA prefiro poupar primeiro. | Rho | ,044 | ,339** | -,232** | -,006 | -,093 | -,044 | ,181* | ,038 | 1,000 | -,235** | ,089 |
| | Sig. | ,567 | ,000 | ,002 | ,933 | ,223 | ,564 | ,017 | ,623 | | ,002 | ,245 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| Já recorri a crédito a instituições financeiras ou familiares para pagamento das despesas com PMA. | Rho | -,115 | ,086 | ,171* | ,009 | ,216** | ,190* | -,201** | -,242** | -,235** | 1,000 | ,298** |
| | Sig. | ,133 | ,258 | ,025 | ,903 | ,004 | ,012 | ,008 | ,001 | ,002 | | ,000 |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| A minha situação económica futura está comprometida devido ao pagamento das despesas com PMA. | Rho | -,136 | ,083 | ,068 | ,091 | ,258** | ,383** | -,328** | -,470** | ,089 | ,298** | 1,000 |
| | Sig. | ,074 | ,276 | ,378 | ,233 | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 | ,245 | ,000 | |
| | N | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |

ANEXO VI – Análise de Componente Principal da escala de esforço económico familiar.

Comunalidades

| | Inicial | Extração |
|----------|---------|----------|
| VAR00001 | 1,000 | ,903 |
| VAR00002 | 1,000 | ,977 |
| VAR00003 | 1,000 | ,903 |
| VAR00004 | 1,000 | ,978 |
| VAR00005 | 1,000 | ,586 |
| VAR00006 | 1,000 | ,407 |
| VAR00007 | 1,000 | ,648 |
| VAR00008 | 1,000 | ,509 |
| VAR00009 | 1,000 | ,633 |
| VAR00010 | 1,000 | ,545 |
| VAR00011 | 1,000 | ,583 |
| VAR00012 | 1,000 | ,496 |
| VAR00013 | 1,000 | ,206 |

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância |
| 1 | 5,366 | 41,276 | 41,276 | 5,366 | 41,276 |
| 2 | 1,710 | 13,156 | 54,432 | 1,710 | 13,156 |
| 3 | 1,297 | 9,975 | 64,407 | 1,297 | 9,975 |
| 4 | ,936 | 7,196 | 71,603 | | |
| 5 | ,909 | 6,996 | 78,599 | | |
| 6 | ,634 | 4,881 | 83,480 | | |
| 7 | ,583 | 4,487 | 87,967 | | |
| 8 | ,458 | 3,521 | 91,488 | | |
| 9 | ,449 | 3,451 | 94,938 | | |
| 10 | ,381 | 2,931 | 97,869 | | |
| 11 | ,262 | 2,019 | 99,888 | | |
| 12 | ,009 | ,070 | 99,959 | | |
| 13 | ,005 | ,041 | 100,000 | | |

Variância total explicada

| Componente | Somas de extração de ... | Somas rotativas de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|--------------------------|--|----------------|--------------|
| | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 41,276 | 3,365 | 25,887 | 25,887 |
| 2 | 54,432 | 2,948 | 22,675 | 48,562 |
| 3 | 64,407 | 2,060 | 15,845 | 64,407 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

| | Componente | | |
|----------|------------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| VAR00001 | ,742 | | -,551 |
| VAR00002 | ,506 | ,838 | |
| VAR00003 | ,744 | | -,555 |
| VAR00004 | ,510 | ,837 | |
| VAR00005 | ,739 | | |
| VAR00006 | ,513 | | |
| VAR00007 | ,704 | | |
| VAR00008 | ,639 | | |
| VAR00009 | ,686 | | |
| VAR00010 | ,711 | | |
| VAR00011 | ,727 | | |
| VAR00012 | ,623 | | |
| VAR00013 | | | |

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

a. 3 componentes extraídos.

Matriz de componente rotativa^a

| | Componente | | |
|----------|------------|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 |
| VAR00001 | | ,928 | |
| VAR00002 | | | ,965 |
| VAR00003 | | ,926 | |
| VAR00004 | | | ,964 |
| VAR00005 | ,515 | ,563 | |
| VAR00006 | ,620 | | |
| VAR00007 | ,731 | | |
| VAR00008 | ,666 | | |
| VAR00009 | ,768 | | |
| VAR00010 | ,569 | ,469 | |
| VAR00011 | ,536 | ,543 | |
| VAR00012 | ,646 | | |
| VAR00013 | | -,428 | |

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Matriz de transformação de componente

| Componente | 1 | 2 | 3 |
|------------|-------|-------|-------|
| 1 | ,712 | ,629 | ,313 |
| 2 | -,132 | -,318 | ,939 |
| 3 | ,690 | -,709 | -,144 |

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.