

Natalidade e Fertilidade: Análise dos Conhecimentos e Expectativas de 3585 Estudantes Universitários Portugueses



Birth Rate and Fertility: Knowledge and Expectations Analysis of 3585 University Students

Maria do Céu MACHADO¹, Maria Isabel ALVES², Luísa COUCEIRO³, Francisco Goiana da SILVA⁴, Miguel MORAIS DE ALMEIDA⁴, Isa ALVES⁵
Acta Med Port 2014 Sep-Oct;27(5):601-608

RESUMO

Introdução: Em Portugal, a taxa de natalidade não é suficiente para assegurar a renovação de gerações. A licenciatura e participação no mercado de trabalho das mulheres e a actual instabilidade económica são alguns determinantes e têm como consequência, o adiamento da parentalidade e infertilidade condicionada ainda pela obesidade, tabagismo e álcool.

Material e Métodos: Estudo epidemiológico transversal, analítico, através de questionários auto-preenchidos, *online*, divulgados pelas Associações de estudantes das Universidades Portuguesas. A análise estatística da amostra de 3585 estudantes foi desenvolvida em SPSS, Excel nas representações gráficas e ArcMap, para os mapas.

Resultados: Predomínio de estudantes de Ciências de Saúde (40,6%), da Universidade de Lisboa (59,4%) e sexo feminino (76,9%), mediana de idades de 22 anos; tabagismo 18,4%, consumo de álcool 22,3% e excesso de peso e obesidade 15,4%; intenção de casamento/união de facto 71,0%, projecto de parentalidade 85,7%; o emprego (47,4%) e a vontade do parceiro (39,9%) foram considerados determinantes na probabilidade de ter filhos assim como a segurança financeira para boa educação (33,6%) e cuidados de saúde (38,6%); 53,6% consideram a hipótese de infertilidade. Encontrámos valores mais elevados e significativos para o tabagismo ($p = 0,001$) e consumo de álcool ($p = 0,000$) no sexo masculino.

Discussão: Consideramos a amostra representativa, bem distribuída pelas áreas de estudo, a maioria jovem, predomínio feminino superior aos rácios das faculdades. Há mais estudantes com projectos de parentalidade do que de casamento/união de facto, o que está de acordo com a evolução em Portugal. No entanto, os mesmos estudantes identificam a família como prioritária relativamente ao emprego e carreira. A decisão da parentalidade é condicionada pelas condições socioeconómicas mas um factor importante a considerar é uma baixa fertilidade biológica devida ao adiamento da idade da primeira gestação.

Conclusão: As associações de estudantes universitários são um excelente instrumento de acesso; um número muito significativo pensa ter filhos mas adia essa decisão; há falta de informação relativamente às consequências de adiar a idade do primeiro filho e aos factores de infertilidade. A tendência negativa da fecundidade deve ser encarada como necessidade de desenvolver políticas específicas.

Palavras-chave: Natalidade; Estudantes Universitários; Infertilidade; Portugal.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, Portuguese birth rate is insufficient to ensure renewal of generations. Women high education levels and labor market integration and increased economic difficulties are some of multiple factors leading to a delay in average parenting age and an increase of infertility; also subject to others such as obesity, smoking and alcohol consumption.

Material and Methods: Transversal epidemiological study, analytical, uncontrolled, from self-filled online questionnaires, promoted by students' university unions. A sample of 3585 university students was considered and a global and by gender statistic analysis was done through SPSS, Excel was used to build graphics and tables and ArcMap to represent maps.

Results: Mainly students from the Health Sciences (40.6%), Universidade de Lisboa (59.4%), female (76.9%), median age of 22; intention to marry/ union 71.0%, parenthood 85.7%. A total of 18.4% smoke, 22.3% consume alcohol and obesity 15.4%; employment (47.4%) and the partner's will (39.9%) were important determinants for parenthood decision as well as having financial stability to provide a good education (33.6%) and healthcare (38.6%); A total of 53.6% have considered the hypothesis of infertility and highlight above 35 year old maternal age (18.7%), obesity (18%) and female smoking (19.0) as factors. Higher and more significant values for smoking ($p = 0.001$) and alcohol consumption ($p = 0.000$) in males were found.

Discussion: The sample seems representative, well distributed among different areas of study, with more female respondents than the university portuguese ratio. There are more students with parenting projects than marriage/cohabitation, in accordance with Portuguese data. Nevertheless, the same students identify the family as a priority in comparison with employment and career. Parenting decisions are tied by social-economic situation but an important factor is the low fertility due to the maternal age delay of the first pregnancy.

Conclusion: University student unions are an excellent instrument to access them; a high number of respondents consider having children but delay the decision; there is a lack of information about the consequences of delaying parenting age and about infertility factors. The negative trend of fertility must be seen as a necessity to develop specific policies.

Keywords: Birth Rate; Students; Universities; Fertility; Portugal.

1. Departamento de Pediatria. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

2. Serviço de Epidemiologia. Direcção-Geral de Saúde. Lisboa. Portugal.

3. Geografia da Saúde. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

4. Associação de Estudantes. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

5. Departamento de Ciências de Comunicação. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa. Portugal.

Recebido: 22 de Janeiro de 2014 - Aceite: 19 de Maio de 2014 | Copyright © Ordem dos Médicos 2014



INTRODUÇÃO

A natalidade, a mortalidade e as migrações são os moduladores demográficos de uma população. A taxa de natalidade teve uma quebra histórica, a nível mundial, com o índice sintético de fecundidade a cair de seis para 2,5 filhos por mulher. Em Portugal atingiu 1,28 em 2012,¹ valor insuficiente para assegurar a renovação de gerações.

Esta situação é consequência de múltiplos factores individuais, sociais e económicos. De salientar os maiores níveis de educação e de participação das mulheres no mercado de trabalho, com implicações no equilíbrio dos tempos de família, de trabalho e de lazer.²⁻⁵

Os movimentos migratórios influenciam a demografia de forma directa e contribuem ainda para o aumento da natalidade. A imigração foi responsável nos anos 90 por um quarto do crescimento da população nos países industrializados, mas tem decrescido devido à crise financeira.⁶ Em Portugal, após as grandes vagas do início do século XXI, houve uma forte desaceleração, de 50 mil novos imigrantes em 2000 para oito mil em 2008.⁷ Em 2011, os países europeus tinham, em média, 7% de população estrangeira e Portugal, apenas 4%.

Por outro lado, a sociedade atravessa um período de instabilidade económica e financeira com o desemprego dos jovens licenciados a ser uma das áreas afectadas. A incerteza face ao futuro pode ser marcante na decisão de parentalidade e no número de filhos.

Finalmente, os progressos da Medicina permitem programar a gravidez e oferecer resposta à infertilidade, gerando a convicção de êxito garantido. Condicionada por factores ambientais e biológicos, a infertilidade conjugal afecta, nos países ocidentais, um em cada sete casais e a prevalência aumenta com o adiamento da maternidade, as infecções sexualmente transmissíveis, a obesidade e o consumo de tabaco e álcool.⁸

A revisão da literatura nacional e internacional mostra que a maioria dos estudos sobre a natalidade são meta-análises sobre bases de dados nacionais,⁹⁻¹¹ não são específicos de grupo etário ou género e utilizam informação baseada em respostas noutros contextos como os inquéritos nacionais. Desconhece-se a existência de investigação desenhada e aplicada especificamente a universitários.

No nosso estudo, envolvemos as Associações de Estudantes das Universidades Portuguesas com o objectivo de caracterizar os conhecimentos, comportamentos e práticas dos estudantes do ensino superior, a respeito da fertilidade e da decisão e *timing* da parentalidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal, de carácter analítico, não controlado, a partir de questionários auto-preenchidos, tendo como universo os estudantes de instituições de ensino superior de Portugal (incluindo Continente e Regiões Autónomas).

Definiram-se: Infertilidade como a incapacidade de conceber uma criança após dois anos de relações sexuais regulares sem contracepção⁸; Idade Fértil, entre os 15 e os

49 anos²; Índice Sintético de Fecundidade, número médio de crianças vivas nascidas por mulheres em idade fértil; Índice de Massa Corporal (IMC) normal, entre 18,5 e 24,9.

As perguntas foram organizadas em diversos grupos: Ensino superior (instituição de ensino, curso, ano curricular); Residência (permanente, em aulas); Características individuais (idade, sexo, nacionalidade, peso e altura); Caracterização da família (coabitação dos pais, número de irmãos, tios); Estado civil (actual, projectado); Métodos contraceptivos; Hábitos (tabaco, álcool); Parentalidade (projectos, idade ideal para ter filhos); Factores determinantes na probabilidade de vir a ter filhos; Conhecimentos e convicções sobre: adiar a decisão de ter filhos, Infertilidade; Importância atribuída à família, carreira e emprego.

As perguntas foram inseridas numa aplicação Create-Survey.com para edição e disponibilização de inquéritos *online* e que transfere automaticamente os dados em folha de cálculo.

O questionário foi divulgado aos estudantes de 40 instituições de ensino superior (Universidades, Politécnicos, Escolas Superiores, Institutos), para os *emails* pessoais, através das Associações de Estudantes, de Julho a Outubro de 2012.

Os dados, gravados directamente pelo programa de gestão de questionários na folha de cálculo, foram exportados para o *software* SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 20.0.

Foram recebidas 3616 respostas ao questionário e excluídas 31 por idade igual ou superior a 50 anos.

Com base na classificação publicada no *site* da Direcção-Geral do Ensino Superior,¹² consideraram-se três áreas de estudo: Ciências e Tecnologias (Agricultura e Recursos Naturais, Arquitectura, Artes Plásticas e Design, Ciências, Economia, Gestão e Contabilidade, Tecnologias; Ciências da Saúde (Medicina, Enfermagem, farmácia, Veterinária, Psicologia); Ciências da Educação e Humanidades (Educação e Formação de Professores, Direito, Ciências Sociais e Serviços, Humanidades, Secretariado e Tradução, Educação Física, Desporto e Artes do Espectáculo)

Aplicou-se o Teste à Diferença de Proporções observadas em cada grupo (feminino e masculino), considerando-se como hipótese nula (H_0) a igualdade das proporções. O número de estudantes em cada grupo superior a 30 e a sua independência entre si permite que a distribuição amostral da diferença entre proporções siga, quando H_0 for verdadeira, a distribuição normal. Utilizou-se, assim, a variável padrão (z) como estatística do teste.

A análise estatística foi desenvolvida em SPSS, versão 20.0. Nas representações gráficas foram utilizados o Excel para gráficos e tabelas, e o ArcMap para os mapas, recorrendo-se às ferramentas do ET Geowisard para os fluxos de origem-destino.

Os questionários foram desenvolvidos tendo em consideração as regras e procedimentos que garantem o anonimato dos respondentes.

RESULTADOS

A amostra em análise incluiu as respostas de 3585 estudantes dos quais 1457 (40,6%) das Ciências da Saúde, 1117 (31,2%) da Educação e Humanidades e 1011 (28,2%) das Ciências e Tecnologias (Tabela 1).

Os inquiridos frequentam maioritariamente instituições de ensino superior em Lisboa (81,2%), destacando-se a Universidade de Lisboa com 2129 (59,4%). Destes, 39,7% são da Faculdade de Medicina, 21,1% de Ciências e 9,4% de Letras. Da Universidade Nova de Lisboa, 91,1% estudam Ciências Sociais e Humanas e da Universidade Técnica de Lisboa, 61,3% é frequentam Motricidade Humana.

Mais de dois terços residem (71,0%) no distrito de Lisboa em tempo de aulas, sendo mais baixa a percentagem dos que residem neste distrito de modo permanente (1674 -46,7%) (Fig. 1).

A maioria, 2757 (76,9%), é do sexo feminino e a média das idades de 23,7 anos, com um desvio padrão de 5,7 anos e mediana de 22 anos. A amplitude interquartil é de cinco anos e 75% dos inquiridos têm entre 20 e 25 anos (Fig. 2).

Quanto às características individuais, 2743 (76,5%) têm um índice de massa corporal normal. Encontraram-se valores sugestivos de pré-obesidade em 454 (12,7%) e obesidade tipo I e II em 95 (2,7%). O IMC era abaixo do limiar de magreza, em 293 (8,2%).

Quanto a hábitos tabágicos e alcoólicos, a percentagem de fumadores é de 18,4% (661), dos quais 36,8% fumam entre 10 e 20 cigarros diariamente. Considerando os pais dos estudantes, identificaram-se 17,5% de mães e 26,4% de pais fumadores regulares.

Os estudantes iniciaram o consumo de tabaco, em média, aos 16,7 anos, com desvio padrão de 2,6 anos. A amplitude interquartil é de três anos, com 75% das respostas entre 15 e 18 anos. Um estudante refere fumar desde os oito anos (Fig. 3).

A maioria dos estudantes não consome bebidas alcoólicas mas 798 (22,3%) fazem-no regularmente.

Tabela 1 - Caracterização da amostra (frequência absoluta e relativa)

	n = 3585	%
Área de estudo		
Ciências da Saúde	1457	40,6
Ciências da Educação e Humanidades	1117	31,2
Ciências e Tecnologias	1011	28,2
Universidade de Lisboa	2129	59,4
Residência permanente em Lisboa	1674	46,7
Idade 17 a 24 anos	2646	73,8
Sexo feminino	2757	76,9
Nacionalidade Portuguesa	3509	97,9

Duzentas e oitenta raparigas (10,2%) e 18 rapazes (14,3%) não utilizam qualquer tipo de protecção e/ou contracepção. No sexo feminino, a pílula é referida por 992 (36,0%) e a utilização conjunta de preservativo e pílula por 884 (32,1%). Cerca de metade dos estudantes do sexo masculino (408 - 49,3%) utiliza preservativo (Tabela 2).

Quanto às características da família, 2694 (75,1%) pais vivem juntos, 246 (7%) famílias são monoparentais e 645 (18,0%) têm pais separados. Mais de metade (1925: 53,7%) dos estudantes tem um irmão, 964 (26,9%) têm dois ou mais irmãos e 696 (19,4%) são filhos únicos. Relativamente ao número de irmãos dos pais, verifica-se que 494 (13,8%) mães e 456 (12,7%) pais são filhos únicos e 1304 (36,4%) mães e 1397 (39,0%) pais têm mais de três irmãos.

Um dos objectivos do estudo era conhecer projectos de casamento e parentalidade: dos 3262 (91,0%) que responderam, 1573 (48,2%) pensa casar e 745 (22,8%) viver em união de facto. Dos 3337 estudantes que não têm filhos, 2856 (85,7%) têm projecto de parentalidade e 224 (6,7%) responderam que não desejam ter filhos.

Há 2742 (91,9%) que tencionam ter o primeiro filho entre os 25 e os 35 anos e 1710 (56,0%) planeiam dois filhos e 231 (31,2%), três ou mais.

Obtiveram-se respostas de 2403 estudantes quanto aos factores condicionantes da probabilidade de ter filhos cuja análise global permite concluir que ter emprego, o parceiro ter vontade de ter filhos, ter segurança financeira para proporcionar bons cuidados de saúde e uma boa educação aos filhos, ter estabilidade no casamento ou união de facto, assim como no emprego, são considerados muito importantes (mais de 30% atribuiu grau 1/2). Os factores considerados pouco importantes (grau 9/10) por mais de 30% dos respondentes são ter carro e ser casado ou unido de facto. Ter casa adequada e apoio de familiares foram considerados de importância média (Fig. 4).

Os estudantes foram também inquiridos sobre os conhecimentos quanto às consequências de adiar a idade para ter o primeiro filho tendo 32,3% referido a gestação de maior risco e 21,9% a infertilidade. Para 166 estudantes (1,9%), o adiamento da idade para se ter o primeiro filho não tem nenhuma consequência.

Questionados sobre a possibilidade de ter um problema de infertilidade, 1920 (53,6%) responderam já ter reflectido sobre o assunto e apontaram como factores determinantes, o tabagismo feminino (2447: 19,0%), a idade materna superior a 35 anos (2417: 18,7%), a obesidade (2326: 18,0%), o consumo regular de álcool (2167: 16,8%) e o tabagismo masculino (2056: 15,9%).

Apenas 83 (2,3%) dos respondentes acha que a opção de ter filhos é uma obrigação geracional. A maior parte dos estudantes encara-a como uma opção racional (1819: 50,7%).

A família foi o item da vida pessoal ao qual os estudantes atribuíram com maior frequência muito importante (84,3%), seguindo-se o emprego com 46,5%. (Fig. 5).

Comparando o sexo feminino com o masculino,

encontraram-se diferenças significativas: mais tabagismo ($p = 0,001$) e consumo de álcool ($p = 0,000$) no sexo masculino. Quanto aos factores condicionantes do projecto de

parentalidade, as raparigas referem a segurança financeira para proporcionar bons cuidados de saúde (41,1%) e os rapazes, a parceira ter vontade de ter filhos (38,7%).

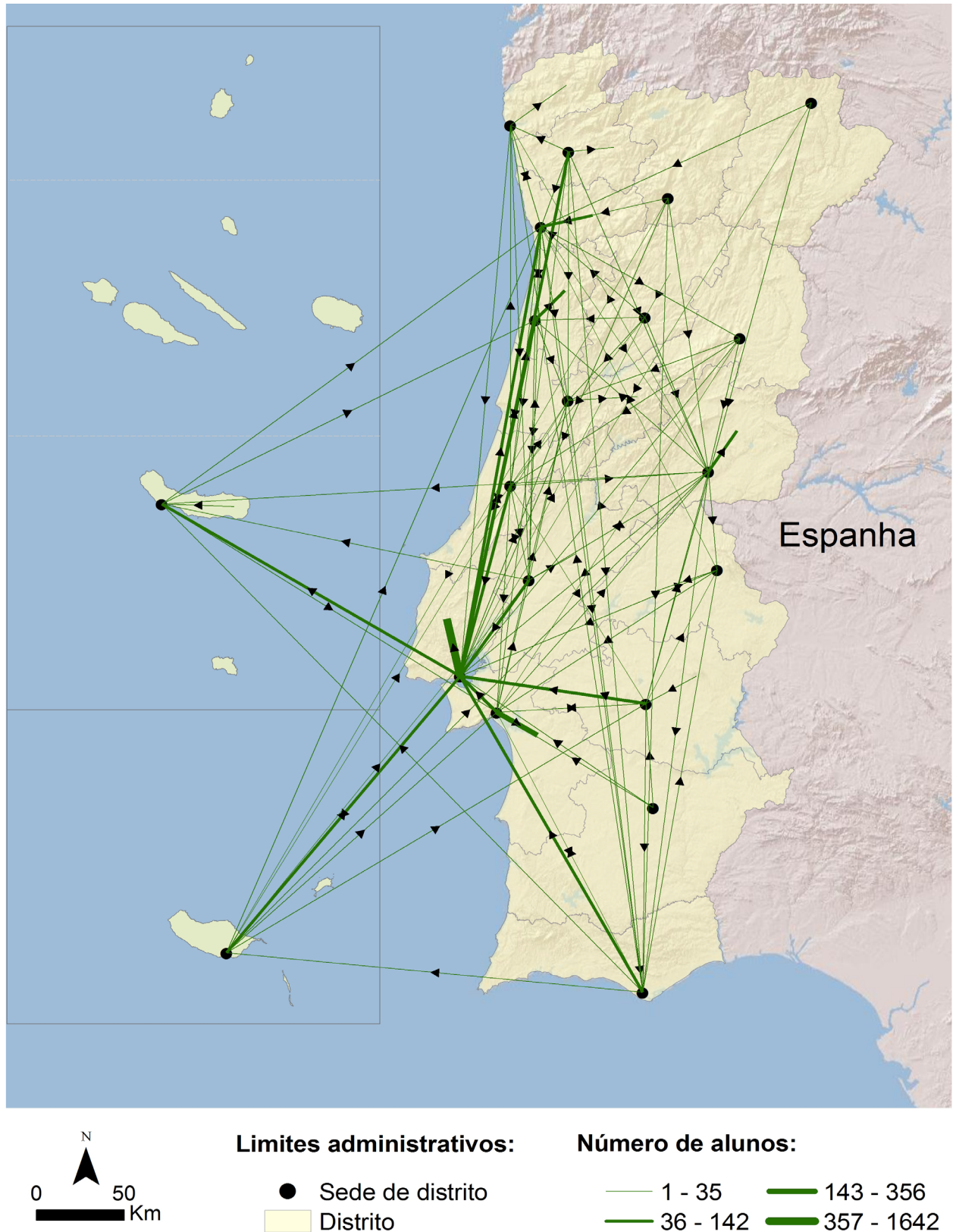


Figura 1 - Fluxo dos 3585 estudantes: residência permanente e em tempo de aulas

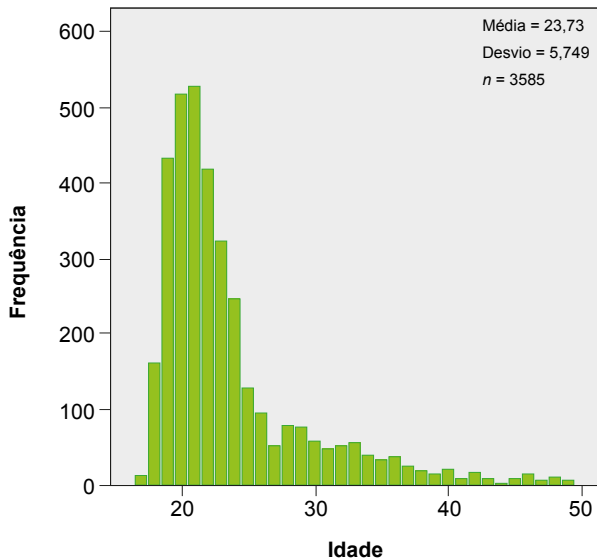


Figura 2 - Histograma da idade

Não se encontraram diferenças quanto às consequências de adiar a idade do primeiro filho, nem quanto aos factores de infertilidade mais importantes [idade materna > 35 anos (19,9%) e tabagismo (19,9%) e menos importante (idade paterna > a 35 anos)].

Entre família, emprego e carreira, 86,8% inquiridos do sexo feminino e 75,8% do masculino consideram a família o factor com mais importância.

Tabela 2 - Características individuais e familiares

	n = 3585	%
Individuais		
Pré obesos e obesos (IMC > 24,9)	549	15,4
Magros (IMC < 18,5)	293	8,2
Hábitos tabágicos	661	18,4
Hábitos alcoólicos (regular semanal)	798	22,3
Utilizam regularmente contracepção/protecção		
Respondentes femininos	2477	89,8
Respondentes masculinos	803	85,7
Familiares		
Pais separados	645	18,0
Famílias monoparentais	246	7,0
Irmãos		
Nenhum	696	19,4
1	1925	53,7
2 ou mais	964	26,9
Irmãos da mãe (2 ou mais)	1976	55,1
Irmãos do pai (2 ou mais)	2086	58,2

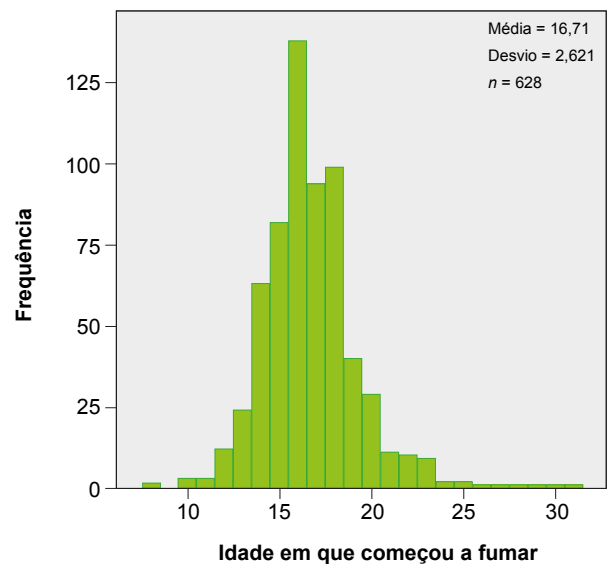


Figura 3 - Histograma da idade do início do consumo de tabaco

DISCUSSÃO

A amostra de 3585 estudantes universitários corresponde a cerca de 9,2% do universo dos cerca de 390 273 estudantes inscritos em universidades portuguesas em 2012.¹ Há predomínio da Universidade de Lisboa mas equilíbrio na dispersão pelas três áreas de estudos: Ciências da Saúde; Ciências e Tecnologias; Ciências da Educação e Humanidades, agrupadas pelos interesses comuns, culturas afins, acessibilidades no emprego e na carreira.¹²

A residência em tempo de aulas e permanente mostra uma mobilidade que não parece justificar-se apenas pela disponibilidade de vagas. Na América e Reino Unido, o estudante escolhe uma Universidade numa área diferente da que reside, como forma de autonomia e responsabilidade mais precoce. No entanto, Portugal é um dos países da Europa com maior percentagem de estudantes universitários a viver com os pais o que é um factor de adiamento do projecto de parentalidade. Em 2005, atingia os 55%, mais do que a Holanda (37%) e só ultrapassado por Espanha (69%) e Itália (76%).¹³

O nosso estudo incidiu sobre a população jovem, com 73,8% dos inquiridos entre 17 e 24 anos mas houve uma tendência (76,9%) para o sexo feminino, muito superior aos 53,5% das universidades portuguesas,¹ talvez pela maior sensibilidade para este tema.

Quanto a possíveis factores de infertilidade, encontramos 15,7% com excesso de peso e a obesidade, similar ao cenário nacional (15,4%)¹⁴ e ao que se encontra no ensino secundário. O estudo Health Behaviour in School-aged Children/ WHO em Portugal, identifica uma prevalência de 15,2% em adolescentes dos 11 aos 15 anos,¹⁵ o que parece indicar que os hábitos se adquirem muito antes da universidade e se alteram pouco posteriormente.

Quanto ao tabaco, o padrão (18,4%) é semelhante ao familiar (17,5% das mães e 26,4% dos pais). A média de idade do início de fumar foi de 16,7 anos, embora o estudo já referido de Gaspar de Matos,¹⁵ mostre que 23% das

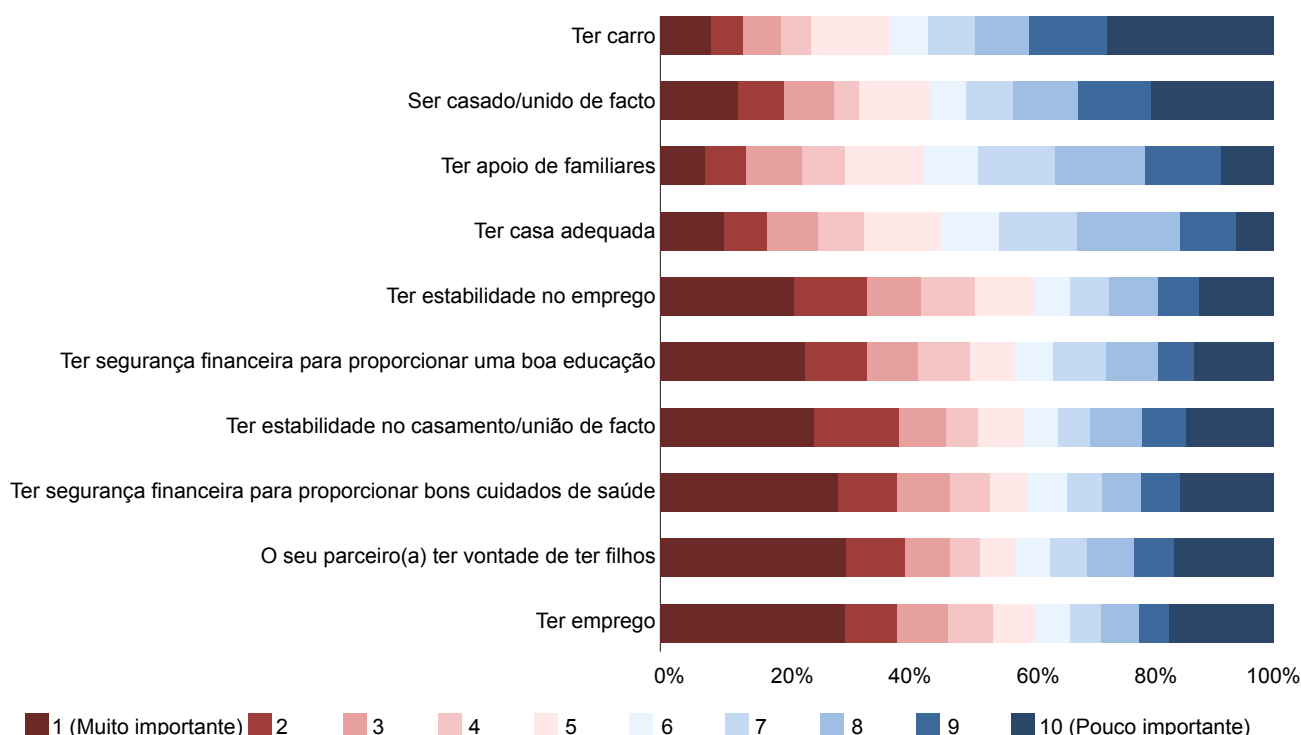


Figura 4 - Importância atribuída a determinantes na probabilidade de ter filhos

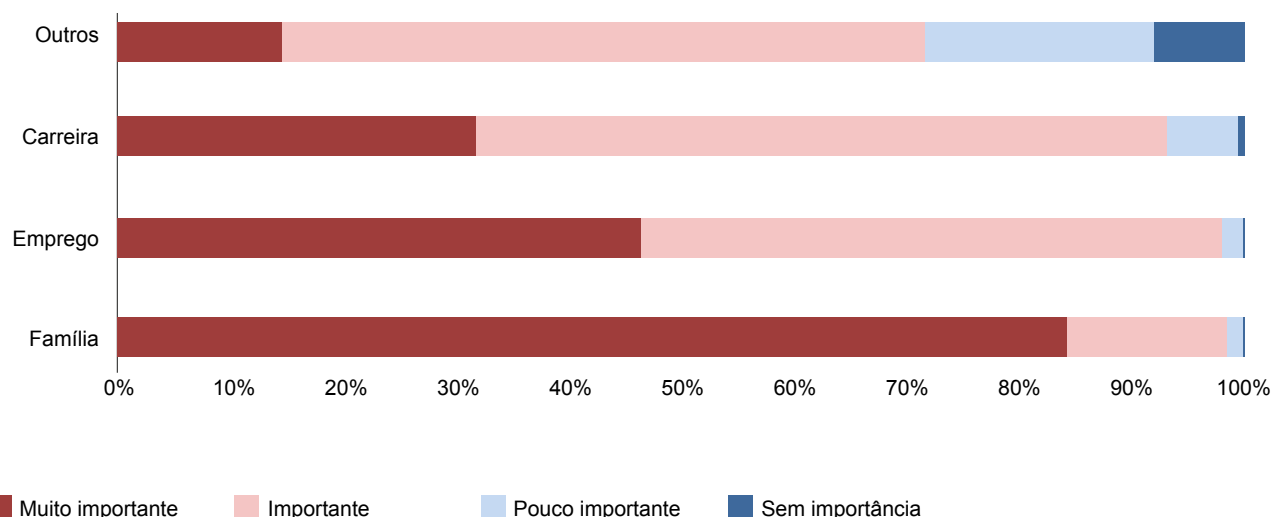


Figura 5 - Importância atribuída a itens da vida pessoal

raparigas e 26% dos rapazes fumaram o primeiro cigarro aos 13 anos ou antes. Noutro estudo, 12% das raparigas e 9% dos rapazes de 15 anos afirmam fumar semanalmente.¹⁶

O padrão de consumo de álcool é semelhante: 22,3% consomem-no regularmente. O consumo precoce e frequente entre os jovens tem aumentado e 10% dos rapazes portugueses de 15 anos ficaram embriagados pela primeira vez com 13 anos ou antes e 25% já estiveram embriagados

pelo menos duas vezes.^{16,17}

Relativamente baixa percentagem (10,2% das raparigas e 14,3% dos rapazes) não utiliza qualquer método contraceptivo ou de protecção. O estudo The Reproductive Health Care Report sobre a saúde sexual e reprodutiva na União Europeia aos 16 anos¹⁸ identifica variações no início da vida sexual de 11 a 40%, conforme os países de origem. Os anticoncepcionais orais são utilizados por 38% nos países nórdicos, 12% nos do sul e centro.

Quanto à família, estes jovens são de uma geração que tem experienciado um número crescente de divórcios, pelo que é de salientar 75,1% com pais casados ou a viver juntos e 6,9%, em família monoparental. Em Portugal, a proporção de famílias monoparentais é superior, sendo especialmente de mulheres (86,8% em 2009).¹

A dimensão da família é um dos factores que podem influenciar o projecto de parentalidade.¹⁹ No nosso estudo, há significativamente maior número de estudantes, filhos únicos e maior número de pais com três ou mais irmãos. O estreitamento das gerações é aqui visível entre a geração de pais e filhos.

Em 1990, 14,6% dos nados-vivos nasceram fora do casamento e, actualmente, esta percentagem subiu para 42,7%, o que parece indicar que o projecto da parentalidade é distinto do casamento. Em 11% dos recém-nascidos, os pais não coabitavam em 2011.¹

Realmente, são mais os estudantes com projecto de parentalidade (85,7%), do que de casamento/união de facto (71,0%). Quanto aos factores com influência na probabilidade de ter filhos, ter emprego, o parceiro ter vontade de ter filhos, ter segurança financeira para proporcionar bons cuidados de saúde e uma boa educação aos filhos, ter estabilidade no casamento ou união de facto são factores muito importantes. O estudo comparativo de Liebroer evidencia que há diferenças entre a família desejada e a real e, apenas metade alcança as expectativas. As mulheres justificam desvios do cenário familiar esperado por não encontrarem o parceiro ideal ou viverem uma carreira interessante e promissora.^{19,20} A intenção depende ainda das experiências familiares e educacionais. Adiar a intenção do primeiro filho condiciona menor número de subsequentes, assim como se reduz a taxa de fertilidade para metade, se não houver consenso entre o casal, pois é sentido como insegurança no casamento.

A decisão da parentalidade é condicionada pelas condições socioeconómicas e pela opção do casal, mas um factor importante a considerar é uma baixa fertilidade biológica devida ao adiamento da idade da primeira gestação que diminui a probabilidade de ter mais do que um filho.²⁰ Nos países desenvolvidos, a primeira gestação é cada vez mais tardia. Para além dos estilos de vida e das escolhas profissionais já referidas, pode ser consequência directa dum contracepção eficaz.^{20,21}

Cada vez há maior número de raparigas nas universidades portuguesas e posteriormente são as que mais trabalham em *full-time*.³ Em 2008, apenas 17% se encontravam na situação de trabalho a tempo parcial, enquanto a média para a União Europeia é de 31%, havendo alguns países onde a expressão dessa situação ultrapassa os 40%, como a Holanda, a Alemanha, o Reino Unido ou a Suécia.³

Numa conjuntura económica de crise, a incerteza face ao futuro pode ser marcante na decisão de parentalidade e tem implicação no número de filhos. Os casais atribuem pesos diferentes às variáveis e condicionantes associadas à maternidade, sendo a estabilidade profissional e financeira incluídas, sem dúvida, nesse grupo. Os efeitos mais

marcantes da actual crise internacional parecem ser não só, do foro económico mas também do foro demográfico.

Quanto às consequências de adiar a idade do primeiro filho, 32,3% referiu gestação de maior risco como factor único ou incluí-a num grupo com outros factores. As respostas conjuntas mais frequentes são gestação de maior risco, infertilidade e menor número de filhos. Como fenómeno social generalizado, também em Portugal, de 1999 para 2009, a incidência de nascimentos em idade de risco, mulheres com 35 ou mais anos, aumentou de 14,0 para 20,6%, sendo a taxa superior a alguns países da UE15: 15% na Dinamarca e 27% na Irlanda.⁵ A idade materna tardia é um dos factores de baixo peso à nascença e prematuridade.

Mais de metade (53,6%) já reflectiu sobre a possibilidade de ter infertilidade, o que é inesperado numa amostra jovem e com factores de risco relativamente baixos. No entanto, têm pouca informação quanto aos factores, com taxas baixas de resposta: apenas cerca de 18% refere a idade materna superior a 35 anos, a obesidade e o tabagismo feminino e, 15% o tabagismo masculino e o consumo de álcool.

Quando colocados perante o dilema, ter filhos é obrigação geracional ou opção racional, mais de metade considera (50,7%) encara uma opção racional. Quanto à importância relativa da família, do emprego e da carreira, a família foi o factor a que atribuíram mais importância (84,3%) e o emprego (46,5%) e a carreira (32,0%), por esta ordem.

Quanto às diferenças entre sexos, e apesar da assimetria na amostra (77% do sexo feminino) compararam-se as respostas. Como esperado, os rapazes utilizam o preservativo com muito mais frequência (49,3% para 17,3%), mas são os que não utilizam nenhum meio, em 14,3%.

Há mais tabagismo masculino (22,0% para 16,9%), diferença significativa ($p = 0,001$) assim como consumo semanal de álcool (40,8% dos rapazes e 16,7% das raparigas) com diferença significativa também significativa ($p = 0,000$).

Quanto aos factores muito importantes na probabilidade de ter filhos, o sexo feminino valoriza em primeiro a segurança financeira para proporcionar bons cuidados de saúde (41,1%) e a estabilidade no casamento (40,4%). Para o sexo masculino, o principal é a parceira ter vontade de ter filhos (38,7%) e ter emprego (34,4%).

No estudo internacional, *The Changing Face of Motherhood*, em 10000 jovens mães de 13 países europeus,²⁵ das quais 509 portuguesas, 66% acham que a crise económica altera o seu projecto de ter filhos e dificulta o papel como mães, mas 52% reforça o papel actual do pai nas opções e no cuidar partilhado dos filhos.

Quanto às consequências de adiar a idade do primeiro filho, os resultados no nosso estudo são semelhantes nos dois sexos quanto à gestação de maior risco (cerca de um terço), assim como a infertilidade possível e o menor número de filhos (20%). O mesmo se verifica quanto às hipóteses que consideraram menos prováveis: prematuridade e baixo-peso referido por 9 a 11%.

Quanto aos factores de infertilidade, o sexo feminino considera mais fortes, por ordem decrescente a idade materna superior a 35 anos (19,9%), o tabagismo e a obesidade (19,0%). O sexo masculino identifica o tabagismo masculino (19,9%), o feminino (18,9%) e o consumo de álcool (17,7%) mas estas percentagens são baixas, prevalecendo a convicção de que não são importantes.

A percepção da interferência da carreira com a vida pessoal e o *timing* para ser mãe ou pai parece semelhante nos dois sexos (74,0% no sexo feminino e 72,2% no sexo masculino) mas a diferença é estatisticamente significativa ($p = 0,301$). O *gap* ainda é maior quanto á interferência do relógio biológico ($p = 0,000$), o que está de acordo com a ideia geral de que a idade materna é o principal factor da infertilidade.

Quanto à importância relativa da família, carreira e emprego, os dois sexos consideram a família mais importante.

CONCLUSÃO

Do nosso estudo, pode concluir-se que o baixo índice sintético de fecundidade com tendência negativa não deve ser encarado apenas como uma necessidade de desenvolver políticas de apoio à natalidade. As políticas sociais e de saúde que podem determinar aumento da natalidade são

um exemplo paradigmático de Saúde em todas as Políticas, da responsabilidade de todas as áreas e Ministérios.

Políticas concertadas envolvendo subsídios, licenças parentais alargadas, estabilidade e flexibilidade no emprego, creches e infantários, gratuitos ou subsidiados e com horários alargados, têm mostrado resultados em França, Suécia e Noruega. São fundamentais a flexibilidade de trabalho, a possibilidade de trabalhar em casa e a criação de bolsas de horas para mãe e pai.^{26,27}

Na Suécia, as políticas individualistas foram mais eficazes do que as dirigidas às famílias, embora intervenções como o imposto para jovens sem filhos, sistemas de guarda das crianças e prémios para intervalos curtos entre dois filhos. O motor é a igualdade de género, como são exemplos encorajar a mulher no mercado de trabalho e valorizar o papel do homem na vida familiar.²⁸

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Pordata. Base de dados Portugal Contemporâneo. [consultado 2012 Out 10]. Disponível em: <http://www.pordata.pt>.
2. Almeida AN, André IM, Lalanda P. Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal. *Análise Social*. 2002;37:371-409.
3. Rosa MJ, Chitas P. Portugal em números. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2010.
4. Oliveira IT. Fecundação e educação. *Rev Estudos Demogr*. 2007;40:7-19.
5. Mendes MF, Rego C, Caleiro A. Educação e fecundidade em Portugal: as diferenças nos níveis de educação influenciam as taxas de fecundidade? Évora: Departamento de Economia da Universidade de Évora; 2006.
6. Lutz W, Scherbov S. Europe and its immigrants in the 21st century. Washington: Migration Policy Institute; 2006.
7. Machado MC, Couceiro L, Alves I, Almendra R, Cortes M. A morte e o morrer em Portugal. Lisboa: Edição Almedina; 2011.
8. World Health Organization. Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe. Geneve: WHO-Euro; 2001.
9. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, TeVelde E, ESHRE Reproduction and Society Task Force. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Update*. 2011;17:848-60.
10. Wong-Taylor LA, Lawrence A, Cowen S, Jones H, Nauta M, Ramsay-Marcelle Z, et al. Maternal and neonatal outcomes of spontaneously conceived pregnancies in mothers over 45: a review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285:1161-6.
11. Guerreiro MD, Abrantes P. Transições incertas: os jovens perante o trabalho e a família. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego; 2007.
12. Direção-Geral do Ensino Superior [homepage na internet]. Classificação 2012; [consultado 2012 Out 10]. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt>.
13. Eurostudent Report. Social and economic conditions of student life in Europe 2005. Hannover: HIS Hochschul-Informations-System; 2005.
14. Instituto Nacional de Estatística; [consultado 2012 Out 10]. Disponível em: www.ine.pt.
15. Matos MG, Simões C, Tomé G, Camacho I, Ferreira M, Ramiro L, et al. A saúde dos adolescentes portugueses – relatório do estudo HBSC 2010. Lisboa: Ed Aventura Social; 2012.
16. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European Countries. Stockholm: CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs); 2009.
17. Feijão F. Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Rev Toxicodependências*. 2010;16:29-46.
18. Oliveira Silva M, Jahn A, Olsen J, Karro H, Temmerman M, Gissler M, et al. The reproductive health report. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16:S1-S70.
19. Liefbroer A. Changes in family size intentions across young adulthood: a life-course perspective. *Eur J Population*. 2009;25:363-86.
20. Joffe M, Key J, Best N, Jensen TK, Keiding N. The role of biological fertility in predicting family size. *Hum Reprod*. 2009;24:1999-2006.
21. Kausar S, Bewley S. Pregnancy after the age of 40. *Women Health*. 2006;2:839-45.
22. Harville EW, Boynton-Jarrett R, Power C, Hypponen E. Childhood hardship, maternal smoking and birth outcomes: a prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164:533-9.
23. Gluckman PD, Cutfield W, Hofman P, Hanson MA. The fetal, neonatal, and infant environments - the longterm consequences for disease risk. *Early Hum Dev*. 2005;81:51-9.
24. Machado MC, Alves MI, Couceiro L. Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde *Acta Pediatr Port* 2011;42(5):195-2.
25. The Social Issues Research Centre. The changing face of Motherhood. Oxford: Procter and Gamble; 2011.
26. Christensen K, Schneider B, Butler D. Families with school-aged children. *Future Child*. 2011;21:69-90.
27. Machado MC. Fecundidade e natalidade: problemas e políticas sociais e de saúde. In: Roteiros do Futuro. Lisboa: Edição Presidência da República; 2013.
28. Bianchi SM. Changing families, changing workplaces. *Future Child* 2011;21(2):15-36.

María do Céu MACHADO, Maria Isabel ALVES, Luísa COUCEIRO, Francisco Goiana da SILVA,
Miguel MORAIS DE ALMEIDA, Isa ALVES

Natalidade e Fertilidade: Análise dos Conhecimentos e Expectativas de 3585 Estudantes Universitários Portugueses

Acta Med Port 2014;27:601-608

Publicado pela **Acta Médica Portuguesa**, a Revista Científica da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa, Portugal.
Tel: +351 218 428 215

E-mail: submissao@actamedicaportuguesa.com

www.actamedicaportuguesa.com

ISSN:0870-399X | e-ISSN: 1646-0758



ACTA MÉDICA
PORTUGUESA

