INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
STATISTICS PORTUGAL
80 anos years
1935 2015

Revista de Estudos Demográficos

n.º 55

Edição 2015

FICHA TÉCNICA

Título
Revista de Estudos Demográficos

Editor
Instituto Nacional de Estatística, I.P.
Av. António José de Almeida
1000-043 LISBOA
Portugal
Telefone: 21 842 61 00
Fax: 21 845 40 84

Presidente do Conselho Diretivo
Alda de Caetano Carvalho

Design, Composição e Impressão
Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Tiragem
150 exemplares

ISSN 1645-5657
Depósito legal nº: 185856/02
Periodicidade Semestral

Preço
€ 11,00 (IVA incluído)

DIREÇÃO EDITORIAL

Editora Chefe:

Maria José Carrilho - Instituto Nacional de Estatística I.P.

Editores Adjuntos:

Fernando Casimiro - Ex-Instituto Nacional de Estatística I.P.

Maria Filomena Mendes - Universidade de Évora

Conselho Editorial:

Alfredo Bruto da Costa - Universidade Católica, Lisboa

Ana Nunes de Almeida - Instituto de Ciências Sociais (ICS), Lisboa

António Barreto - Instituto de Ciências Sociais (ICS), Lisboa

Fernando Casimiro - Ex-Instituto Nacional de Estatística I.P.

Gilberta Rocha - Universidade dos Açores

Joaquim Manuel Nazareth - Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE), Porto

Jorge Arroteia - Universidade de Aveiro

Karin Wall - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), Lisboa

Maria Filomena Mendes - Universidade de Évora

Maria José Carrilho - Instituto Nacional de Estatística I.P.

Secretária:

Liliana Martins - Instituto Nacional de Estatística I.P.

Os pontos de vista expressos nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem necessariamente a opinião do Instituto Nacional de Estatística.

Por questões de arredondamento, os totais de alguns quadros podem não corresponder à soma das parcelas.

Apoio | a clientes
808 201 808
(rede fixa nacional)
+ 351 218 440 695 (outras redes)

O INE, I.P. na Internet

www.ine.pt

© INE, I.P., Lisboa · Portugal, 2015
A reprodução de quaisquer páginas desta obra é autorizada, excepto para fins comerciais, desde que mencionando o INE, I.P., como autor, o título da obra, o ano de edição e a referência Lisboa-Portugal.

Apresentação

O Plano de Ação (PoA) adotado por 179 Governos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD) realizada no Cairo, em setembro de 1994, é considerado um marco na história da população. O programa, com a vigência de vinte anos, estabelece de um modo claro a relação entre direitos humanos, dinâmicas populacionais e desenvolvimento sustentável, tendo subjacente a promoção da igualdade entre homens e mulheres. Realça, entre outros aspetos, a ligação entre pobreza, saúde e educação, dá um especial enfoque à situação das crianças e adolescentes preconizando a recolha de informação estatística fiável. É sobre algumas destas recomendações do Programa que o presente número temático da RED versa.

O número 55 da RED inicia-se com um artigo que analisa e caracteriza a evolução da mortalidade em Portugal desde 1950 assente num conjunto selecionado de indicadores e procura evidenciar os contributos relativos das várias causas de morte e das diferentes idades para o aumento da esperança de vida à nascença observado ao longo do período estudado. Segue-se um estudo que pretende identificar territórios de privação socioeconómica, definidos como espaços de vida de populações empobrecidas, na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e conhecer a evolução do fenómeno entre 2001 e 2011, procedendo à elaboração e aplicação de um indicador compósito de privação múltipla. Divulga um artigo sobre métodos de recolha de dados alternativos ao tradicional método censitário, tais como os registos administrativos, que permitem uma atualização mais frequente dos dados, normalmente com periodicidade anual. Expõe a utilização crescente dos registos administrativos nas estatísticas da população, em particular para a observação dos movimentos migratórios internos e internacionais. Finalmente, apresenta a evolução do número de "Crianças e Adolescentes" residentes em Portugal, evidenciando o contributo das variáveis demográficas na sua dimensão e estrutura passadas, atuais e futuras e aborda fenómenos como a parentalidade, a saúde reprodutiva e o nível educação deste grupo populacional. A diversidade de conceitos de criança e de adolescente e as consequentes implicações na construção dos respetivos indicadores é uma questão previamente analisada.

Os nossos agradecimentos endereçam-se às autoras e aos autores dos artigos que integram este número da revista, estendem-se aos membros do Conselho Editorial que connosco colaboraram, dando sugestões que permitiram melhorar os trabalhos divulgados.

Maria José Carrilho
Editora Chefe
junho 2015

Índice

Artigo 1º

Evolução da Mortalidade em Portugal desde 1950 **5**
Mortality in Portugal since 1950
Edviges Coelho
Luis Catela Nunes

Artigo 2º

Privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa. Análise evolutiva da década 2001-2011 **31**
Socioeconomic deprivation in the Lisbon Metropolitan Area. Evolutionary analysis for the decade 2001-2011
H. Nogueira
A. Lourenço

Artigo 3º

Censos / Registos da população (abordagens alternativas) **41**
Census / Population registers (alternative approaches)
Humberto Moreira

Artigo 4º

Crianças e Adolescentes em Portugal **53**
Children and Adolescents in Portugal
Maria José Carrilho

Lista dos artigos divulgados

Lista de artigos divulgados nos números 32 a 54 da Revista de Estudos Demográficos **103**
Demographic Studies Review from no. 32 to 54

Evolução da Mortalidade em Portugal desde 1950

Autores: **Edviges Coelho**
Instituto Nacional de Estatística
Edviges.coelho@ine.pt

Luis Catela Nunes
Nova School of Business and Economics
lcnunes@novasbe.pt

Mortality in Portugal since 1950

Resumo

Neste artigo procedemos à análise e caracterização da evolução da mortalidade em Portugal após 1950 com base num conjunto selecionado de indicadores, contextualizando essas tendências no quadro de um conjunto de países da Europa Ocidental. Em primeiro lugar procede-se à análise da evolução da esperança de vida à nascença em Portugal enquanto indicador de síntese da mortalidade. Em seguida procede-se à análise da mortalidade por grupos de idade e por causas de morte. Finalmente analisam-se os contributos relativos das várias causas de morte e idades para o aumento da esperança de vida à nascença ao longo do período analisado. Conclui-se que, apesar dos ganhos extraordinários na esperança de vida à nascença, Portugal continua a deter uma posição de relativa fragilidade na população masculina enquanto que as mulheres se aproximam do valor mediano no conjunto de países considerados. As reduções da mortalidade, que no meio do século XX estavam concentradas nas idades mais jovens, estão atualmente concentradas nos mais idosos. Os homens continuam ainda a beneficiar de reduções importantes na mortalidade nas idades adultas jovens (20 a 39 anos). A análise das taxas de declínio da mortalidade sugere ainda que uma geração específica do sexo masculino não experienciou melhorias na mortalidade e sofreu mesmo aumentos nos níveis de mortalidade ao longo de um determinado período do tempo. As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em Portugal durante todo o período, apesar de nas últimas duas décadas se terem observado ganhos substanciais sobre a mortalidade devido a estas doenças sobretudo nas idades acima dos 50 anos, em particular dos 60 aos 79 anos, para homens e mulheres. Finalmente, e ao contrário do que acontece noutros países com esperanças de vida mais elevadas,

concluímos que não se verifica ainda em Portugal que a redução de mortalidade, derivada em especial da redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, esteja a ser compensada pelo aumento da mortalidade por tumores.

Palavras-chave: Mortalidade, esperança de vida, causas de morte.

Abstract

In this paper we analyze and characterize the evolution of mortality in Portugal since 1950 based on a selected set of indicators, and contextualize these trends within the framework of a set of Western European countries. First we analyze the evolution of life expectancy at birth in Portugal as a synthesis indicator of mortality. Then we proceed to the analysis of mortality by age groups and causes of death. Finally, we analyze the relative contributions of the various ages and causes of death to the increase in life expectancy at birth over the period. We conclude that, despite the extraordinary gains in life expectancy at birth, Portugal still has a relatively weak position in the male population while women are approaching the median value of the set of countries considered. The gains in mortality, which in the middle of the twentieth century were concentrated at younger ages, are currently concentrated in the elderly. Men are still benefitting from significant reductions in mortality at young adult ages (20 to 39 years). The analysis of the rates of decline of mortality also suggests that a particular generation of males did not experience improvements in mortality over a specific period of time, and even showed increases in mortality rates. Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Portugal throughout the period, although in the last two decades we have observed substantial gains in mortality due to these diseases especially at ages above 50 years old, in particular from 60 to 79, for men and women. Finally, and contrary to what happens in countries with higher life expectancies, we conclude that the reduction in mortality, in particular due to circulatory diseases, is not yet being offset by the increase in mortality from cancer.

Keywords: mortality, life expectancy, causes of death.

1. INTRODUÇÃO

A evolução da mortalidade em Portugal, à semelhança do que aconteceu noutros países desenvolvidos, alterou-se de forma dramática ao longo do século XX tendo a esperança de vida à nascença mais do que duplicado. De facto, num dos primeiros estudos de tábuas de mortalidade da população de Portugal realizado em 1950 por Joaquim Fronteira e identificado por Morais (2002), estimava-se a esperança de vida à nascença para 1920 em 35,82 anos para homens e 40,06 para mulheres. Em 2012, quase um século depois, estes valores aumentaram para 77,25 e 83,38 anos, respetivamente[1]. Em 1913, primeiro ano em que se dispõe de dados, 160 em cada mil nados vivos não sobreviviam ao seu primeiro aniversário. A mortalidade de crianças com menos de um ano representava 25,1% do total de óbitos no país. No meio do século XX, a taxa de mortalidade infantil já tinha diminuído para cerca de 100 óbitos em cada mil nados vivos. No final do século este valor reduziu-se para cerca de 5 em cada mil nados vivos e, em 2013, está abaixo de 3 por mil nados vivos[2].

Embora as maiores reduções na mortalidade tenham ocorrido nos mais jovens, em particular no primeiro ano de vida, observaram-se ganhos sobre a mortalidade em todas as idades. As reduções mais modestas na mortalidade, que se verificaram nos mais idosos, representam atualmente um dos principais fatores de prolongamento da esperança de vida.

Neste estudo apresenta-se uma análise demográfica detalhada das tendências da mortalidade observadas em Portugal na segunda metade do século XX e nos primeiros anos do século XXI, procedendo-se à contextualização internacional dessas tendências, considerando sempre que possível o conjunto de países que constitui a EU15 mais a Noruega, Islândia e Suíça. Para tal recorre-se às seguintes fontes: Human Mortality Database (HMD), Eurostat, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Instituto Nacional de Estatística (INE).

De entre os vários resultados analisados salienta-se que, apesar dos ganhos extraordinários na esperança de vida à nascença, Portugal continua a deter uma posição de relativa fragilidade sobretudo na população masculina. A análise das taxas de declínio da mortalidade sugere até que uma geração específica de indivíduos do sexo masculino terá sofrido aumentos nos níveis de mortalidade ao longo do tempo.

Observa-se ainda que, as reduções da mortalidade que no meio do século XX estavam concentradas nas idades mais jovens, estão atualmente concentradas nos mais idosos. No entanto, ao contrário do que acontece noutros países com esperanças de vida mais elevadas, não se verifica ainda em Portugal que a redução de mortalidade, derivada em especial da redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, esteja a ser compensada pelo aumento da mortalidade por tumores.

Na próxima secção é feita uma descrição dos dados utilizados. De seguida procede-se a análise da evolução da esperança de vida à nascença e da mortalidade por grupos de idade e por causas de morte. Finalmente analisam-se as contribuições dos grandes grupos de causas de morte e das idades para o aumento da esperança de vida ao longo do período em análise. Na secção final apresentam-se as principais conclusões.

2. DADOS

As tábuas de mortalidade e as taxas específicas de mortalidade por sexos e idades, para o período 1950 a 2012, para Portugal e para um conjunto de países da Europa Ocidental para os quais está disponível uma série histórica para esse período - Noruega, Islândia, Suíça e os países da UE15, com exceção da Grécia e do Luxemburgo – são retirados da HMD (2014). Esta base de dados é alimentada por dados provenientes de fontes oficiais dos diferentes países, entre os quais do INE de Portugal, e tem como objetivo disponibilizar, para análise científica, dados e indicadores comparáveis da mortalidade nos vários países. Os dados da HMD são conhecidos pela sua fiabilidade e precisão, constituindo um recurso valioso para a investigação comparada da mortalidade. Indicadores idênticos são disponibilizados pelo Eurostat para o período 1994 a 2012. De notar que, embora o Eurostat e a HMD utilizem metodologias que apresentam algumas diferenças

[1] Fonte: Human Mortality Database, período de referência 2012.
[2] 2,9‰ em 2013, fonte: INE

no cálculo da tábua de mortalidade (Wilmoth, Andreev, Jdanov, e Glei, 2007; Eurostat, 2014), os dados divulgados por estas duas fontes estão muito próximos, o que possibilita a sua utilização simultânea para efeitos de contextualização internacional.[3]

No que se refere à mortalidade por causas de morte para Portugal, o estudo da sua evolução ao longo do tempo é dificultado pelas descontinuidades nas estatísticas de óbitos por causa de morte em resultado das revisões periódicas da Classificação Internacional de Doenças (CID). Estas revisões implicam alterações quer nas regras de codificação quer na lista de categorias de doenças, colocando problemas de consistência temporal dos dados. Um outro problema que afeta a comparabilidade temporal das estatísticas por causa de morte é o elevado número de óbitos por causas mal definidas e por outras causas não especificadas, em especial no passado mais longínquo (Vallin e Meslé, 1988; Morais, 2002; Janssen e Kunst, 2004).

Nesta análise, seguimos uma abordagem simples. Consideramos para efeitos do presente estudo grandes grupos de causas de morte, nomeadamente, "*Doenças infeciosas e parasitárias*", "*Tumores*", "*Doenças do aparelho circulatório*", "*Doenças do aparelho respiratório*", "*Doenças do aparelho digestivo*", "*Sintomas, sinais e resultados anormais e causas mal definidas*", "*Causas externas de mortalidade*" e "*Outras doenças*" (ver Anexo 1). Embora não solucione o problema da descontinuidade temporal das séries temporais por causas de morte, esta abordagem permite tirar algumas elações sobre a evolução temporal da mortalidade por causas de morte (Vallin, Meslé e Valkonen, 2001). São usados os dados da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2013), os quais estão classificados com base nas várias versões da CID. Os dados disponíveis nesta base de dados são estatísticas oficiais no sentido em que são transmitidos à OMS pelas entidades estatísticas competentes de cada país (World Health Organization, 2013). No caso de Portugal, estes dados estão disponíveis para o período 1955 a 2010 para grupos de etários quinquenais, excetuando a idade 0 anos e 1-4 anos, e estão classificados segundo as versões 7, 8, 9 e 10 da CID para os períodos 1955-1970, 1971-1979, 1980-2001 e 2002-2010, respectivamente. O Eurostat disponibiliza também óbitos por causa de morte para um período mais recente, 1994 – 2010. A vantagem é que os dados estão classificados de acordo com a Lista Sucinta Europeia de causas de morte durante todo o período. Os dados do Eurostat são utilizados na análise da mortalidade por causas de morte de Portugal nos anos mais recentes e para efeitos de comparação com os países da UE15.

Os restantes dados utilizados neste estudo que caracterizam a mortalidade em Portugal têm como fonte o INE.

3. ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA

A esperança de vida à nascença é um indicador de duração média de vida, o qual sintetiza os riscos de mortalidade de uma população em todas as idades num determinado momento do tempo, permitindo caracterizar a mortalidade independentemente da estrutura de idades da população. Em 1950, a expectativa média de vida da população portuguesa era de 58,48 anos, sendo de 55,79 anos para homens e 61,03 anos para mulheres. Em 2012, a esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 80,40 anos (77,25 anos para homens e 83,38 anos para mulheres)[4], representando um aumento da longevidade superior a 20 anos (Figuras 1 e 2).

As décadas de 1950 e 1970 são aquelas em que se observam as maiores flutuações na esperança de vida à nascença e também aquelas em que se registam os maiores aumentos. Após um rápido aumento na década de 1950, seguindo por um abrandamento na década de 1960, a esperança de vida volta a um padrão de rápido crescimento na década de 1970. Após 1980, a esperança de vida à nascença apresenta uma trajetória de crescimento mais regular.

A diferença entre a esperança de vida de homens e mulheres, que em 1950 era de cerca de 5 anos, acentua-se, com as mulheres a registarem, em geral, aumentos de longevidade superiores aos dos homens, atingindo o valor

[3] Salienta-se que o INE produz e divulga um conjunto alargado de dados e indicadores relativos à mortalidade para Portugal (ver www.ine.pt), dos quais se destacam as tábuas completas de mortalidade para Portugal (INE, 2014). A opção pela utilização dos dados divulgados pela HMD e pelo Eurostat para o estudo da mortalidade por idades e sexo deve-se à necessidade de dispor de séries longas de indicadores comparáveis para um conjunto de países.

[4] Fonte: HMD.

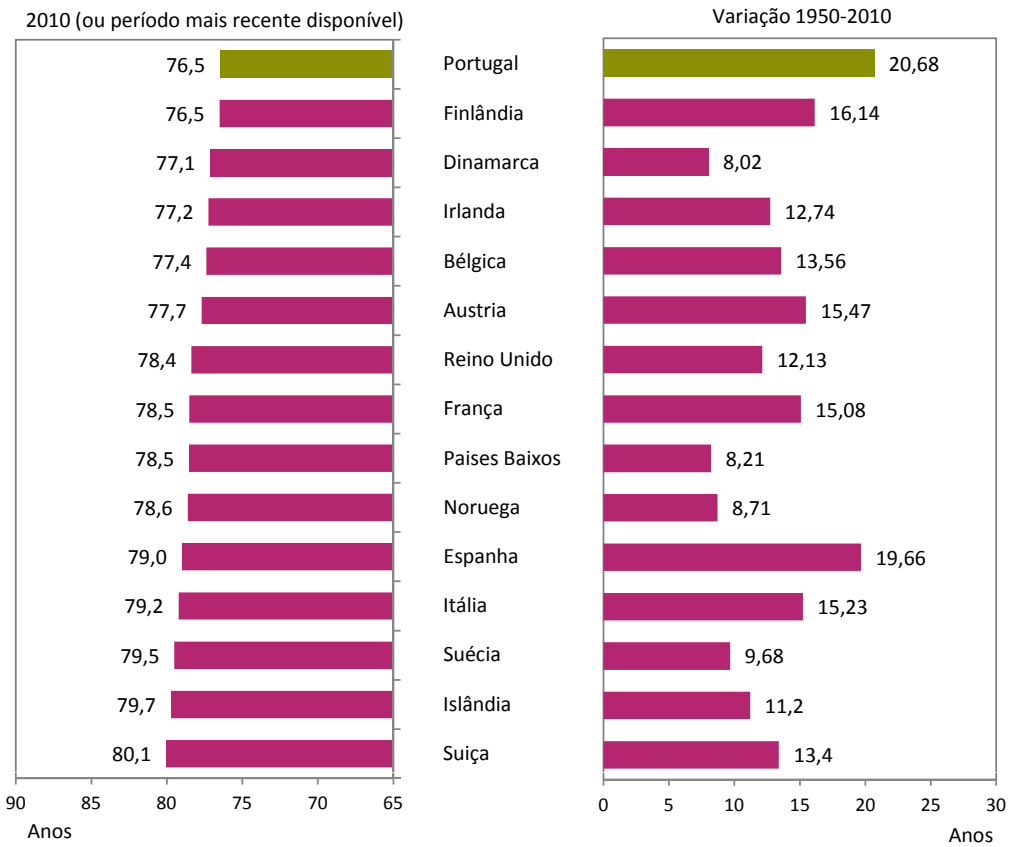
máximo de 7,5 anos em 1996. O século XXI marca o ponto de viragem na evolução dos ganhos de longevidade dos homens, que superam os ganhos de vida das mulheres, permitindo a aproximação da longevidade de homens e mulheres. De acordo com a OCDE (2013), a redução deste diferencial pode ser explicada, em parte, pela redução das diferenças nos comportamentos de risco, tais como o tabaco, juntamente com a redução da mortalidade nos homens devido a doenças cardiovasculares.

A esperança de vida à nascença aumentou também em todos os países da Europa Ocidental, a ritmos mais acelerados como em Portugal ou mais lentos como os Países Baixos (Homens) ou a Noruega (Mulheres). Continuam todavia a existir diferenças significativas. Um homem nascido em 2010 pode esperar viver entre 80,1 anos, na Suíça, e 76,5 em Portugal, enquanto uma mulher pode esperar viver 85,0 anos na Espanha e 81,3 na Dinamarca.

Apesar do notável aumento da longevidade em Portugal, os homens portugueses continuam a ser aqueles que, de entre os países considerados, têm as menores esperanças de vida à nascença. As mulheres, partindo também da posição mais desfavorável, atualmente aproximam-se do valor mediano da esperança de vida à nascença neste conjunto de países (ver Figura 3). Ao longo do tempo, as mulheres apresentam um declínio mais regular da mortalidade. Em contrapartida, existe evidência de alguma instabilidade na evolução da mortalidade na população masculina (Coelho e Nunes, 2011).

Figura 1

Esperança de vida à nascença (anos), 2010 e variação (%) 1950-2010 - Homens

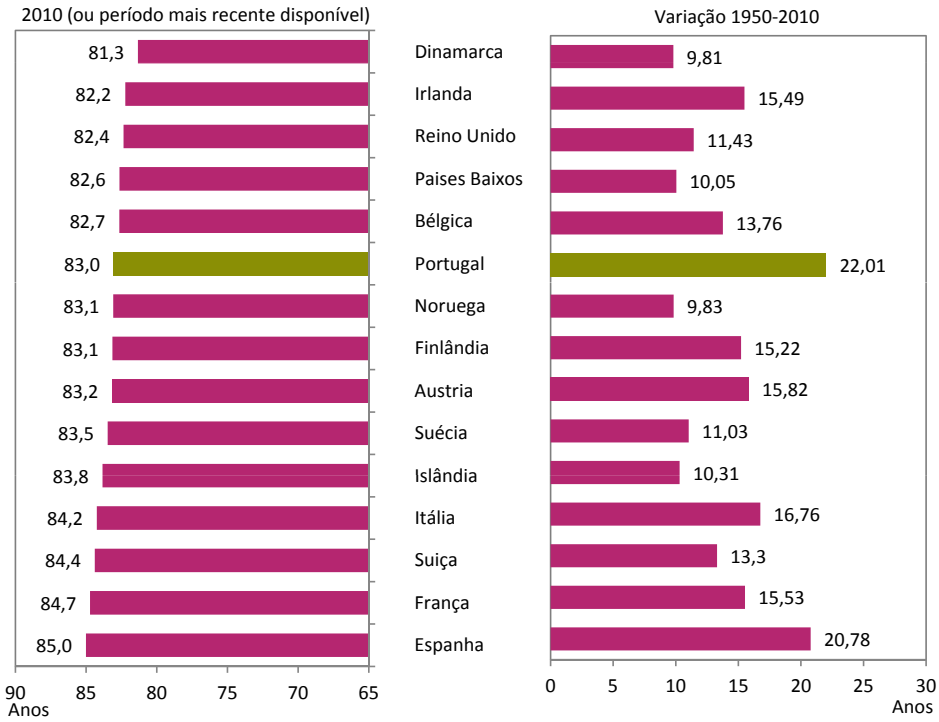


Fonte: Human Mortality Database.

Nota: Dados para Finlândia, Irlanda, Itália, Noruega e Países Baixos referem-se a 2009

Figura 2

Esperança de vida à nascença (anos), 2010 e variação (%) 1950-2010 - Mulheres

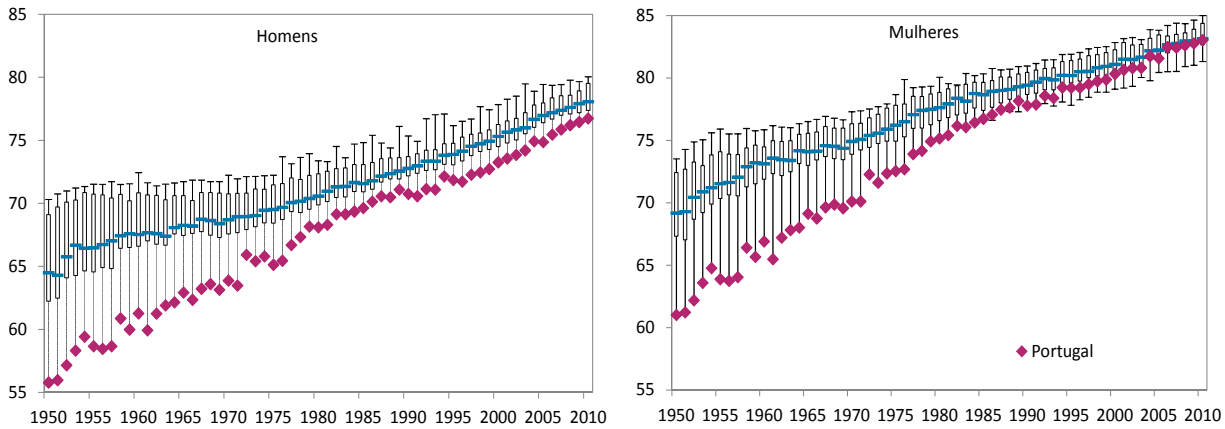


Fonte: Human Mortality Database, www.mortality.org, 2014.

Nota: Dados para Finlândia, Irlanda, Itália, Noruega e Países Baixos referem-se a 2009.

Figura3

Esperança de vida à nascença (anos) em Portugal e 15 outros países europeus, 1950-2010



Fonte: Human Mortality Database, www.mortality.org, 2014.

Notas:

(1) Os gráficos representam a distribuição da esperança de vida à nascença dos 16 países considerados por ano. A caixa retangular captura metade das observações (aquelas que se situam entre o primeiro e o terceiro quartil). É atravessada por uma linha azul que representa a mediana. Os "bigodes" situados abaixo e acima da caixa correspondem aos limites inferior e superior. Não foram considerados valores atípicos na construção dos gráficos.

(2) Países considerados: Irlanda, Dinamarca, Finlândia, Bélgica, Portugal, Áustria, Países baixos, Reino Unido, Noruega, França, Suécia, Islândia, Itália, Espanha, Suíça e Alemanha Ocidental (dados a partir de 1956).

(3) Leitura: Leitura: Em 2010, a mediana da esperança de vida à nascença dos homens para os países considerados era de 78,1 anos, os valores do primeiro e do terceiro quartis eram de 77,4 anos e 79,5 anos e os valores mínimo e máximo de 76,7 anos e 80,1 anos, respectivamente.

Em 2010, a mediana da esperança de vida à nascença das mulheres para os países considerados era de 83,2 anos, os valores do primeiro e do terceiro quartis eram de 82,7 anos e 84,4 anos e os valores mínimo e máximo de 81,3 anos e 85,0 anos, respectivamente.

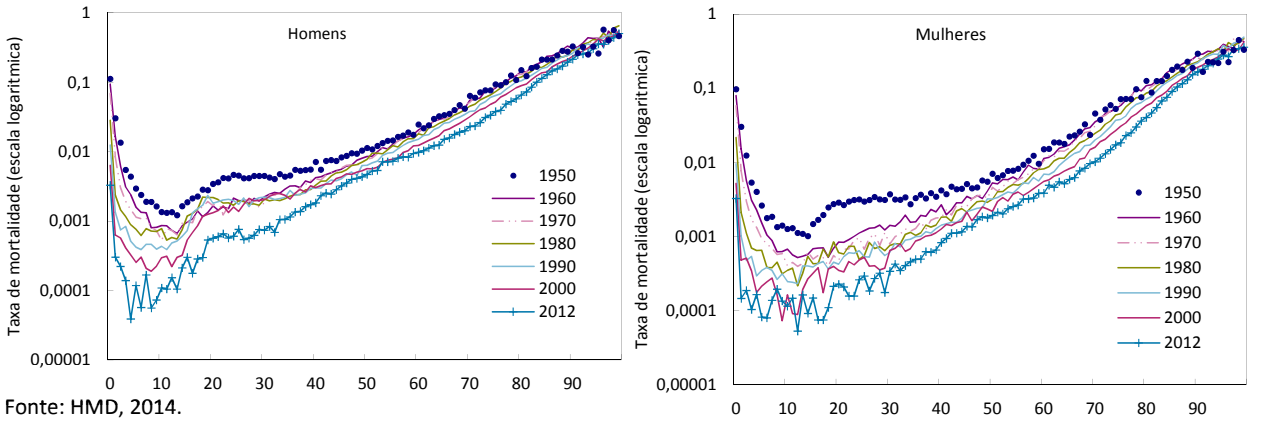
4. A MORTALIDADE NOS DIFERENTES GRUPOS DE IDADES

A esperança de vida à nascença é o resultado da combinação dos diferentes riscos de óbito por idade, os quais não evoluíram de mesma forma ao longo do período em análise. A idade é, sem dúvida, a mais importante fonte de variação nas taxas de mortalidade, representando os riscos de óbito associados ao processo biológico de envelhecimento, bem como, a acumulação da exposição a influências sociais (Hobcraft, Menken e Preston, 1982; Clayton e Schifflers, 1987).

Os perfis da mortalidade por idades na Figura 4. são consistentes com o padrão típico encontrado na maioria dos outros países desenvolvidos, começando com uma alta mortalidade infantil, seguido de um rápido declínio ao longo dos primeiros anos da infância. Em seguida, a mortalidade aumenta para um máximo local entre as idades de 15 e 30, especialmente nos homens. Este padrão é designado por "bossa de acidentes" e reflete a mortalidade devida a acidentes e ainda a mortalidade materna para a população feminina (Heligman e Pollard, 1980). As taxas aumentam, em seguida, progressivamente em todas idades até às mais avançadas. Com o tempo, o perfil da mortalidade por idades desloca-se para baixo, refletindo as melhorias globais em todas as taxas específicas de mortalidade por idade[5].

Figura 4

Taxas específicas de mortalidade por idades e sexo 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000 e 2012, Portugal



Fonte: HMD, 2014.

O ritmo de declínio, todavia, diferiu entre idades, sexos e para os vários períodos de tempo (Figura 5). Os ganhos mais significativos ocorreram nas idades mais jovens, em particular nas crianças de menos de 1 ano de idade – mortalidade infantil - e nas crianças entre os 1 e 4 anos de idade. A redução da mortalidade infantil, em particular após 1960, constituiu uma das principais fontes de prolongamento na esperança de vida da população. A taxa de mortalidade infantil, que em 1950 era de 94,1 óbitos por mil nados vivos, é em 2013 de 2,9‰.[6] Existem também melhorias importantes na mortalidade nos jovens até aos 20 anos, e a um ritmo mais moderado, na mortalidade entre os mais idosos.

Os contributos da introdução do Plano Nacional de Vacinação em 1965, as medidas de apoio à saúde materna e infantil na década de 1970 e o alargamento do acesso aos cuidados de saúde com a criação em 1979 do Sistema Nacional de Saúde estão bem patentes na intensificação do declínio da mortalidade infantil após 1960 (Barreto, Correia *et al.* , 2014).As décadas de 1960, 1970 e 1980 caracterizam-se por um ritmo de declínio anual mais acentuado da taxa de mortalidade infantil. Até meados da década de 1970, o progresso sobre a mortalidade infantil resultou sobretudo do declínio da mortalidade pós-neonatal, isto é, que ocorre após as primeiras quatro semanas de vida. A mortalidade pós-neonatal está associada às causas exteriores, em particular às melhorias nas condições de vida da população, dos cuidados hospitalares e combate às doenças infeciosas (Barbieri, 1998; Nazareth, 2004). Ao contributo da mortalidade pós-neonatal acresce, a partir da segunda metade da década de 1970, o declínio da mortalidade durante as primeiras quatro semanas de vida, ou neonatal.

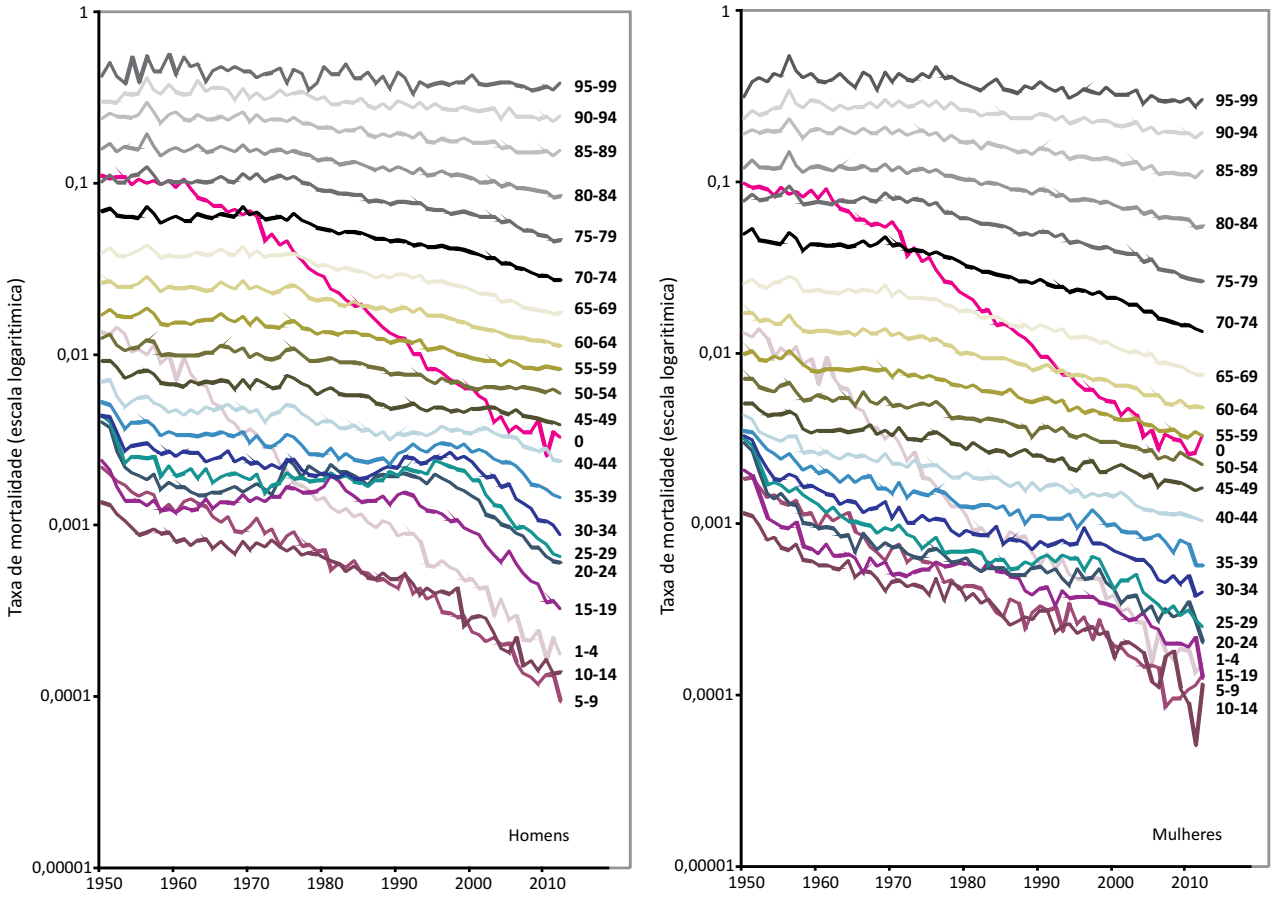
[5] Note-se que as taxas de mortalidade para alguns grupos etários, em particular idades mais avançadas, mostram flutuações erráticas e elevada variabilidade devido à reduzida dimensão da população exposta ao risco de óbito e a possíveis imprecisões no registo das idades (Canudas-Romo, et al, 2008).

[6] De referir que atendendo à raridade do fenómeno, a taxa de mortalidade infantil apresenta algumas flutuações, registando-se em alguns anos mais recentes um ligeiro aumento. Entre 2000 e 2013, a taxa de mortalidade infantil varia entre o valor máximo de 5,5‰ em 2000 e o valor mínimo de 2,5‰ em 2010.

A análise das taxas médias anuais de declínio das taxas de mortalidade ao longo do tempo para diferentes grupos etários (usando médias móveis de nove anos), conforme apresentadas nas Figuras 6 e 7, revelam evoluções temporais bastante diferentes. A década de 1950 foi caracterizada pelo declínio geral da mortalidade em todas as idades abaixo de 60 anos de idade, com as maiores melhorias para as pessoas, então, com idades entre 15 e 29 anos, seguidas pelas crianças de 1 a 14 anos de idade. As melhorias nas taxas de mortalidade, de 1960 até ao final do século, foram relativamente mais modestas nas idades mais jovens, especialmente para os homens que, em algumas idades, experienciaram mesmo aumentos da mortalidade em algumas décadas. Durante os anos 1970, a mortalidade de crianças entre 1 a 4 anos de idade foi a que diminuiu a ritmos mais acelerados, seguida de perto pela mortalidade infantil. De 1980 a 2000, a mortalidade infantil diminuiu ao ritmo mais rápido e os ganhos na mortalidade masculina nos jovens começam a tornar-se evidentes. Nos primeiros anos do século XXI, é de salientar o aumento nas taxas de declínio da mortalidade em quase todas as idades. Isto é particularmente evidente para os homens até 40 anos de idade. Neste último período, o ritmo de declínio da mortalidade em idades mais avançadas, ou seja, acima dos 65 anos, também aumentou.

Figura 5

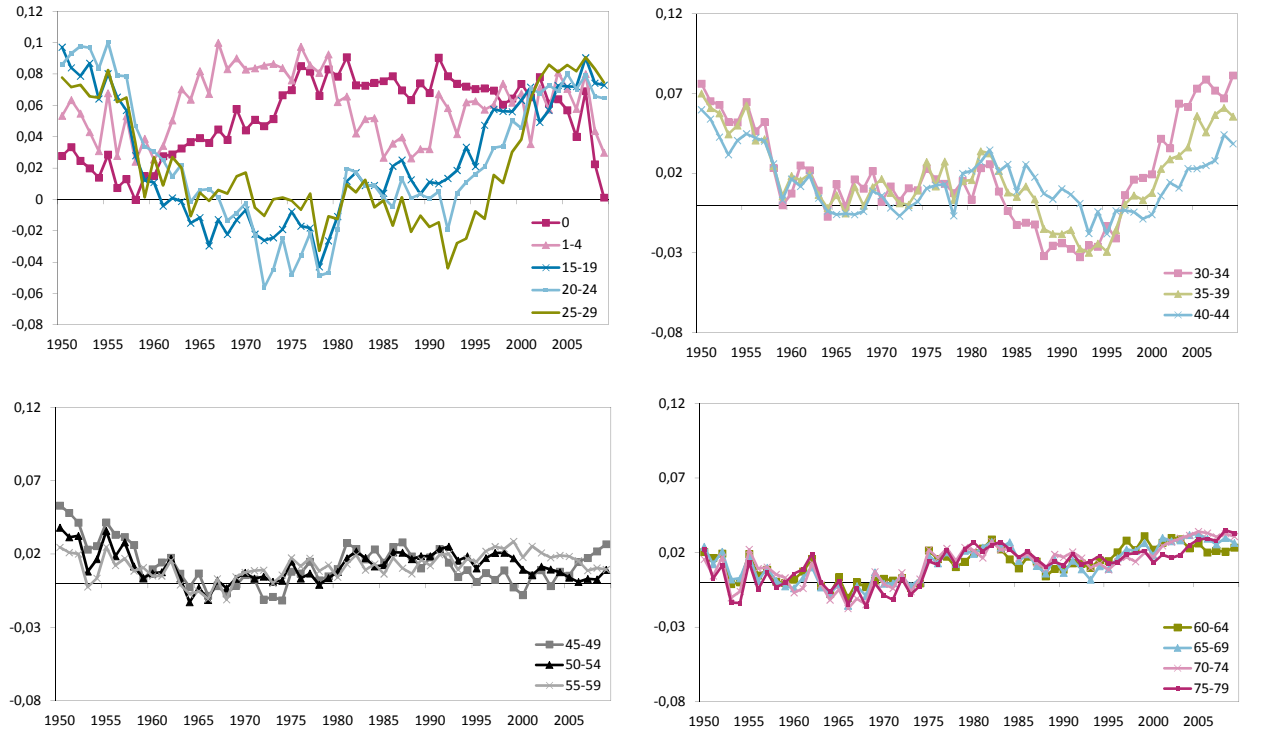
Taxas específicas de mortalidade por idades e sexo 1950 - 2012, Portugal



Fonte: HMD, 2014.

Figura 6

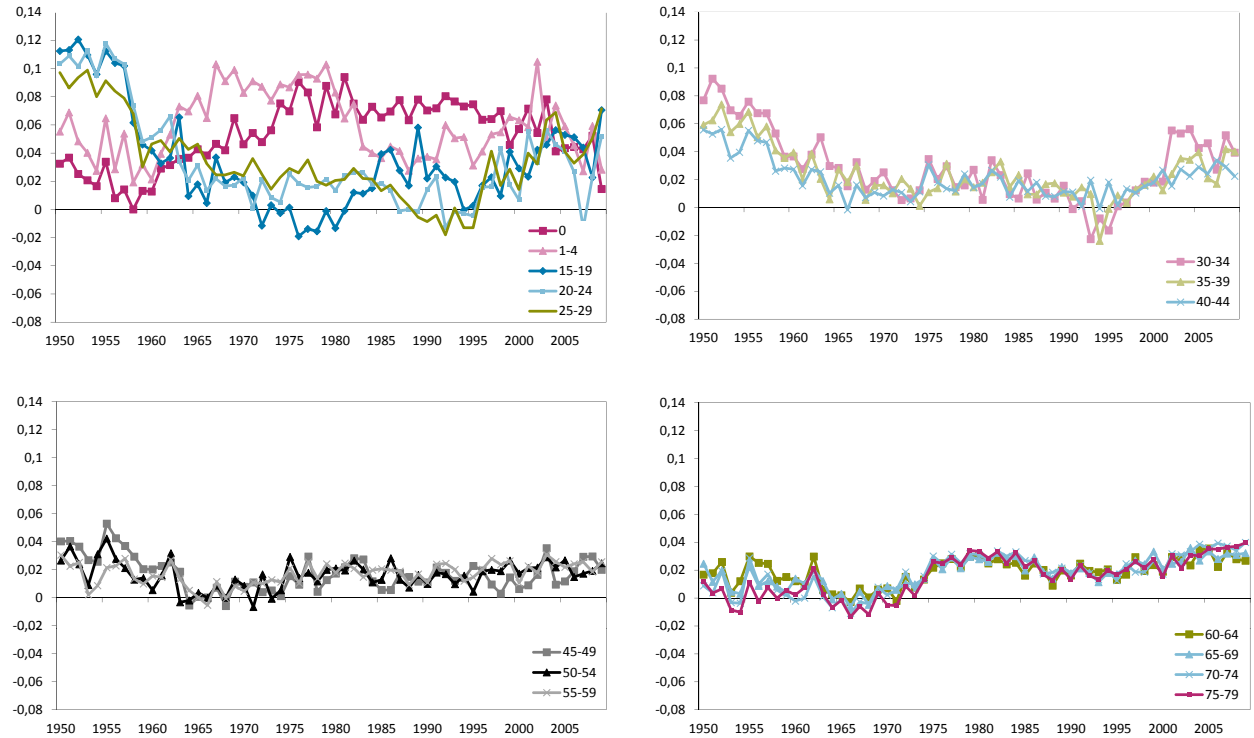
Média móvel (9 termos) da taxa de variação anual das taxas de mortalidade por ano para grupos de idade selecionados, Homens, Portugal



Fonte: Cálculos próprios com base em HMD.

Figura7

Média móvel (9 termos) da taxa de variação anual das taxas de mortalidade por ano para grupos de idade selecionados, Mulheres, Portugal

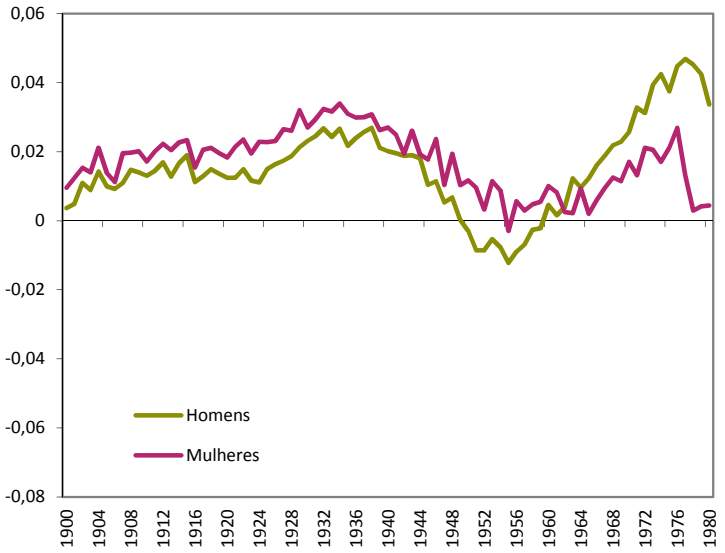


Fonte: Cálculos próprios com base em HMD.

A análise do padrão gráfico das taxas de declínio da mortalidade na Figuras 6 e 7 sugere, ainda, que, ao longo do tempo, um grupo específico de indivíduos do sexo masculino não experienciou melhorias na mortalidade e sofreu mesmo aumentos nos níveis de mortalidade. Em particular, entre 1960 e 1980, aconteceu aos jovens adultos do sexo masculino entre 15 a 29 anos. Na década de 1980, os aumentos nas taxas de mortalidade foram experienciados pelos homens dos 20 aos 39 anos. Na década seguinte, os homens com idades entre 30 e 49 anos não beneficiam de melhorias na mortalidade, experimentando até uma deterioração das taxas de mortalidade. Os grupos etários que mostram menores melhorias nas taxas de mortalidade estão, ao longo do tempo, aparentemente, a mover-se para idades mais avançadas. No entanto, este padrão torna-se menos evidente em idades cada vez mais avançadas. Este comportamento particular sugere que gerações específicas de população masculina podem ter experimentado condições de mortalidade particularmente difíceis em comparação com outras durante algum tempo (veja-se Coelho, 2012). Para entender melhor este fenómeno, a Figura 8 representa graficamente a redução média anual da taxa de mortalidade para o período 1950-2012 para os anos de nascimento de 1900 a 1980, considerando as idades de 0 a 99. O gráfico sugere que as pessoas nascidas em torno de 1950, especialmente homens, experimentaram menores melhorias na mortalidade quando comparados com gerações adjacentes. Como discutido por Willets (1999, 2004), este comportamento específico pode ser devido tanto a influências "específicas do período" ou "específicas da geração".

Figura 8

Média móvel (9 termos) da taxa de variação anual das taxas de mortalidade por ano de nascimento 1900-1980 (dados para 1950-2012, idades 0 a 99 anos), Portugal

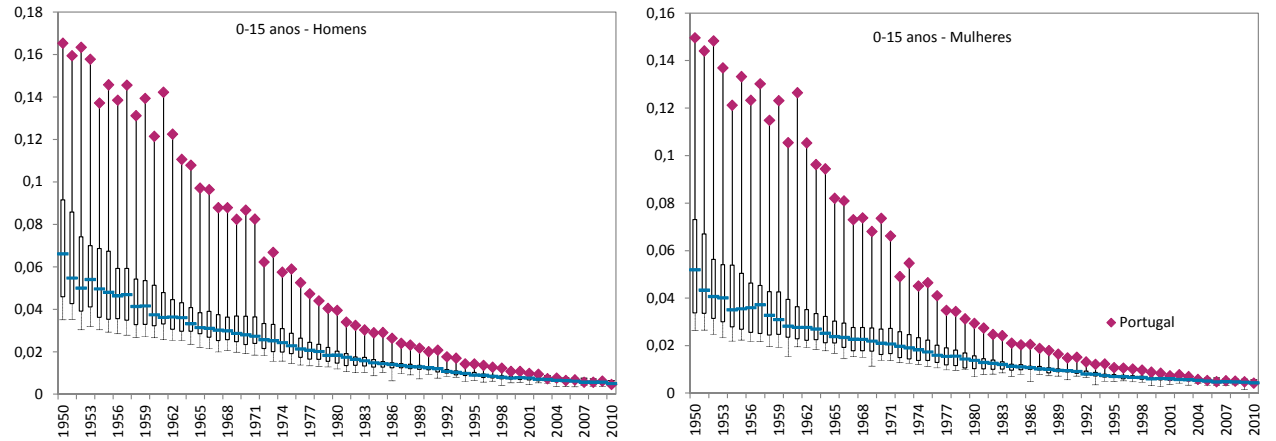


Fonte: Cálculos próprios com base em HMD.

Apesar do progresso sobre a mortalidade em todas as idades após 1950, Portugal encontra-se ainda numa posição desfavorável comparativamente com os países da Europa Ocidental. Tem, todavia, o mérito de apresentar ao longo do período uma recuperação fenomenal, sobretudo nas idades mais jovens, uma vez que no início do período em análise se encontrava numa posição muito desfavorável e numa etapa de combate à mortalidade mais atrasada comparativamente com os restantes países considerados.

Figura 9

Probabilidades de óbito entre as idades exatas 0 – 15 anos



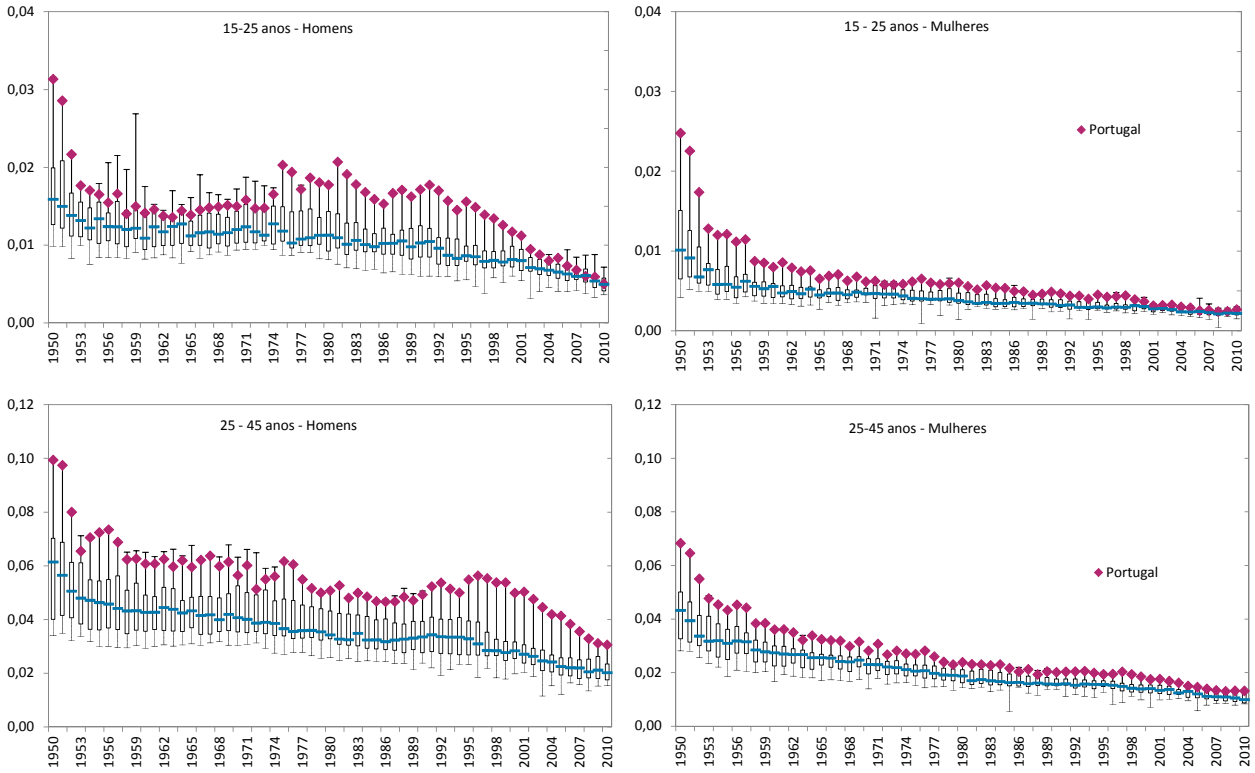
Fonte: Cálculos próprios com base em HMD.

Nota:

Leitura: Para Portugal, em 1950, a probabilidade de um nado vivo, sujeito às condições de mortalidade desse ano, morra antes de completar o 15º aniversário era de 16,5% para o sexo masculino e de 15,0% o sexo feminino.

Figura10

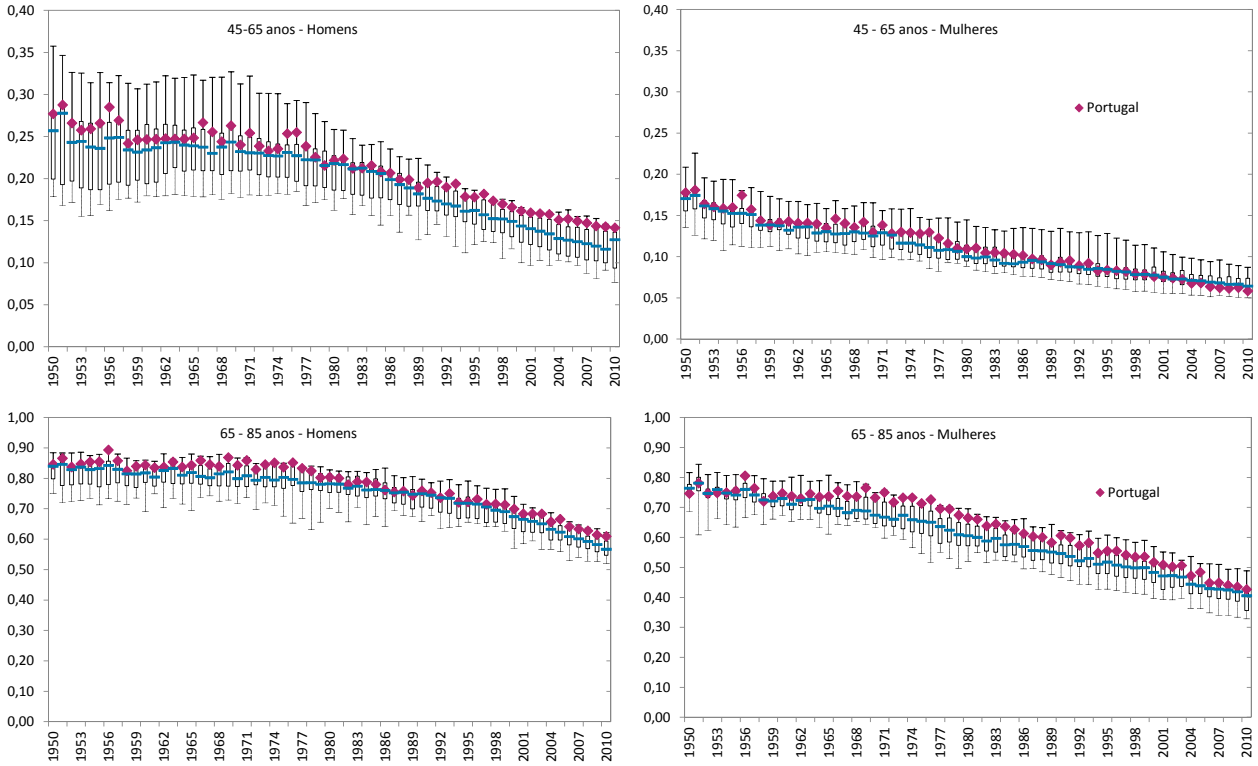
Probabilidades de óbito entre as idades exatas 15 – 25 anos e 25-45 anos



Fonte: Cálculos próprios com base em HMD.

Figura 11

Probabilidades de óbito entre as idades exatas 45 – 65 anos e 65-85 anos



Fonte: Cálculos próprios com base em HMD.

A mortalidade dos mais jovens reduziu-se acentuadamente no período 1950-2010 aproximando-se dos níveis de mortalidade dos restantes países. O risco de óbito entre os 0 e 15 anos, que durante a maior parte do período era o mais elevado deste conjunto de países, encontrando-se Portugal numa fase muito atrasada no combate às causas da mortalidade infantil e jovem, aproxima-se rapidamente dos níveis dos outros países.

O declínio da probabilidade de óbito neste grupo de idades, em Portugal, deriva sobretudo da vitória extraordinária sobre a mortalidade no primeiro ano de vida. Portugal está atualmente no conjunto de países com menores taxas de mortalidade infantil.

No que se refere ao risco de óbito entre os 15 e 25 anos, é visível no caso dos homens o aumento da probabilidade de óbito nas décadas de 1970 e 1980, que na década de 1990 diminui de forma acentuada. O risco de óbito nas mulheres nas mesmas idades, embora com ligeiras flutuações, apresenta uma tendência mais regular de declínio. Tanto para homens como para mulheres, o risco de óbito entre os 15 e 25 anos está atualmente numa posição intermédia no contexto da Europa Ocidental.

Em Portugal, a mortalidade no grupo etário 25-45 anos, embora tenha diminuído, continua atualmente a ser das mais elevadas. Também neste grupo etário, a mortalidade feminina apresenta um comportamento mais regular do que a masculina, que na década de 1990 experimenta um aumento do risco de óbito nestas idades.

O acréscimo da probabilidade de óbito dos homens nas décadas de 1980 e 1990 no grupo etário 15-25 anos e na década de 1990 no grupo etário 25-45 anos é, aliás, coerente com a análise da evolução das taxas específicas de mortalidade por idades em que se observa um padrão de estabilização e mesmo aumento das taxas de mortalidade para gerações específicas da população masculina.

A mortalidade das mulheres entre os 45 e 65 anos de idade em Portugal, que no início do período 1950 – 2010 estava entre as 25% mais elevadas, evoluiu de forma positiva sendo atualmente das mais baixas. O mesmo não se pode dizer dos homens. O risco de óbito da população masculina em Portugal, que na primeira parte do período em análise se situava numa posição relativamente intermédia, está a partir do meio da década 1990 entre os mais elevados do conjunto de países considerados.

Portugal tem atualmente uma das mais elevadas probabilidades de óbito masculinas entre as idades 65-85 anos. As mulheres ocupam uma posição relativamente intermédia. A posição relativamente desfavorável, particularmente dos homens, em algumas idades, é um indicador de que ainda existe espaço para melhorias na esperança de vida.

5. MORTALIDADE POR CAUSAS DE MORTE

A análise da mortalidade por causas permite avaliar os riscos de óbito por um conjunto de doenças e outras causas particulares. Optámos por utilizar dois indicadores: a distribuição percentual dos óbitos por causas de morte (Quadro 1) e as taxas de mortalidade padronizadas pela idade (Figura 12). Ambos permitem avaliar a evolução e a importância da mortalidade das várias causas.

A taxa de mortalidade padronizada pela idade é uma medida sintética das taxas de mortalidade específicas por idades que permite caracterizar a evolução temporal das diferentes causas de morte para cada sexo, e entre sexos, removendo o efeito das alterações na composição etária da população (Bongaarts, 2014). A taxa de mortalidade padronizada para uma causa particular é obtida ponderando as taxas específicas por idades pela distribuição etária de uma população padrão de referência. Neste caso utilizámos a População Padrão Europeia (European Union, 2013).

As doenças do aparelho circulatório, comumente designadas por doenças cardiovasculares por compreenderem doenças específicas que incidem sobre o coração e os vasos sanguíneos, são a primeira causa de morte em Portugal durante todo o período 1955 – 2012, apesar da redução observada nas últimas duas

décadas. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório, que em 1955 representava 26,5% do total de óbitos, aumentou até 1985, atingindo 44,3% do total de óbitos. A importância das doenças cardiovasculares estabilizou em 1990, iniciando-se em seguida uma tendência de declínio. Em 2012 são responsáveis por 30,4% do total de óbitos. O risco de óbito por doenças do aparelho circulatório é maior para os homens do que para as mulheres.

Os tumores são atualmente a segunda causa de morte, sendo responsáveis por cerca de 25% dos óbitos. Em 1955 representavam uma fração reduzida dos óbitos (7,6%), mas ao longo da segunda metade do século XX e primeira década do século XXI esta proporção aumentou sempre. Em 2012, a proporção de óbitos por tumores decresceu pela primeira vez. A taxa de mortalidade masculina por tumores supera, ao longo de todo o período, a das mulheres, aumentando de forma mais acentuada para os homens do que para as mulheres, acentuando-se o diferencial de mortalidade entre ambos.

Quadro 1

Distribuição dos óbitos por causas de morte (%), Portugal

CID / Ano		Todas as causas	Doenças infeciosas e parasitárias	Tumores	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Sintomas, sinais anormais e causas mal definidas	Causas externas	Outras doenças
Total (H+M)										
7ª	**1955**	100	7,7	7,6	26,5	9,0	14,4	16,5	4,5	13,8
7ª	**1960**	100	6,1	9,3	29,5	10,7	10,6	15,6	4,4	14,0
7ª	**1965**	100	4,3	10,5	31,5	12,3	9,6	15,1	5,0	11,7
7ª	**1970**	100	2,6	11,7	35,5	12,0	7,5	15,3	5,5	9,8
8ª	**1975**	100	2,2	12,6	40,1	9,2	5,9	15,5	7,2	7,4
9ª	**1980**	100	1,5	15,1	42,8	7,3	4,9	13,6	7,4	7,4
9ª	**1985**	100	1,0	16,7	44,3	7,2	5,0	11,4	7,3	7,1
9ª	**1990**	100	0,9	18,0	44,2	7,2	4,5	11,8	6,5	7,0
9ª	**1995**	100	1,9	19,7	41,9	7,7	4,4	11,4	5,7	7,4
9ª	**2000**	100	2,2	20,8	38,7	9,7	3,9	12,4	4,5	7,7
10ª	**2005**	100	2,1	21,5	34,1	10,5	4,3	11,8	4,2	11,5
10ª	**2010**	100	2,5	24,0	31,8	11,1	4,4	9,5	4,3	12,5
10ª	**2011**	100	2,2	25,3	30,7	11,6	4,4	9,5	3,9	12,4
10ª	**2012**	100	2,2	24,4	30,4	12,9	4,2	9,5	3,6	12,8

Fonte: Cálculos próprios com base em OMS (1955-2000), EUROSTAT (2010) e INE (2011-2012)

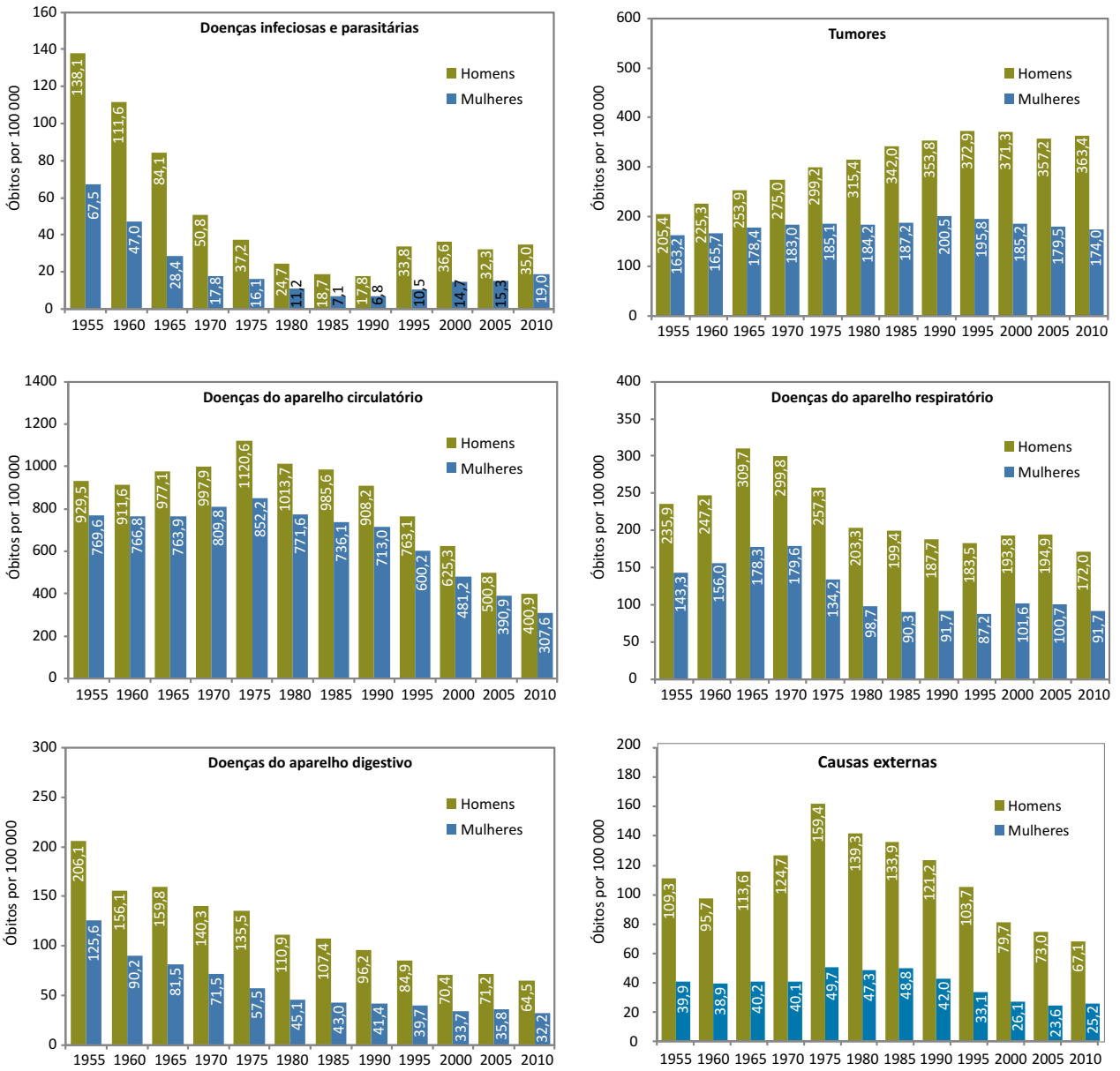
Nota: A interpretação das tendências da mortalidade por causas de morte requer algum cuidado devido às várias revisões da Classificação Internacional de Doenças (CID) com base na qual são codificadas as causas de morte. No período em análise, as estatísticas de óbitos por causa de morte para Portugal são classificadas segundo quatro revisões da CID. Os óbitos registados entre 1955 e 1970 estão classificados segundo a 7ª revisão, para o período 1971 a 1979 pela 8ª revisão, para o período 1980-2001 pela 9ª revisão e desde 2002 pela 10ª revisão.

A tendência das doenças do aparelho digestivo desde 1955 tem sido de declínio. No meio do século XX eram a segunda causa de morte, sendo responsáveis por 14,4% do total de óbitos, a sua importância reduziu-se ao longo da segunda metade do século, representando 3,9% da mortalidade em 2000, mantendo-se em níveis relativamente estáveis, de cerca de 4%, nos anos mais recentes. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho digestivo diminuiu para cerca de um terço do seu nível inicial.

As doenças do aparelho respiratório são atualmente a terceira causa de morte mais comum em Portugal, representando 12,9% dos óbitos. Em 1955 tinham uma representatividade de 9,0%, sofreram um acréscimo até 1965, voltando a decrescer até 1980. Nas décadas de 1980 e 1990 assistiu-se a uma relativa estabilização da importância destas doenças, após o que voltam a apresentar uma tendência crescente. A mortalidade por doenças do aparelho respiratório tem incidência superior nos homens.

Figura 12

Taxas de mortalidade padronizadas (por 100 000) por sexo e grupos de causas de morte, Portugal



Fonte: Cálculos dos autores com base em OMS (1955 a 2000) e EUROSTAT (2010).

Nota: Taxas de mortalidade padronizadas pela idade calculadas a partir das taxas de mortalidade por grupos etários quinquenais e utilizando a População Padrão Europeia (European Union, 2013).

A tendência da mortalidade por doenças infeciosas e parasitárias é de declínio até 1990, agravando-se no meio da década de 1990. Em 1955 representavam 7,7% dos óbitos, atingindo uma fração inferior a 1% dos óbitos no início da década de 1990. Nos primeiros anos do século XXI a importância relativa destas causas varia em torno de 2% do total de óbitos. A importância relativa das mortes por doenças infeciosas é superior nos homens, sendo o aumento recente devido sobretudo ao aumento de óbitos do sexo masculino[7].

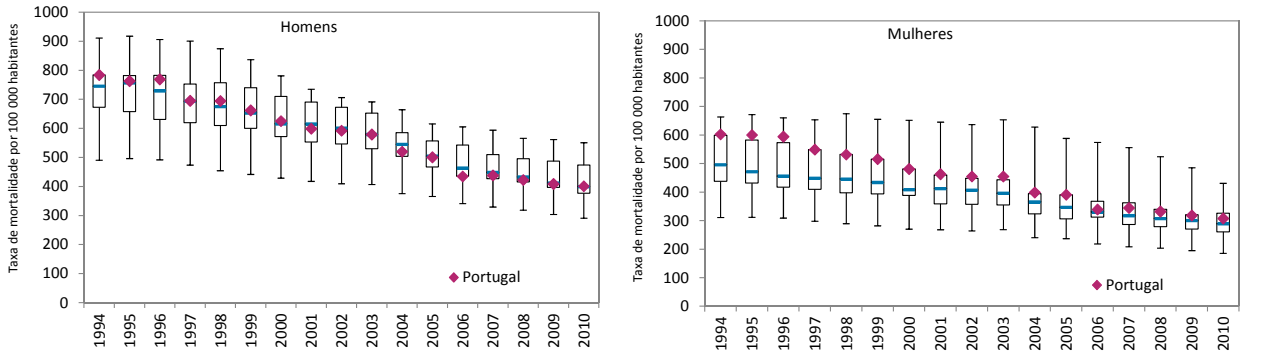
[7] Note-se que a partir de 2002 a HIV/SIDA é incluída nas doenças infeciosas na CID-10 em Portugal.

As causas externas de mortalidade, que incluem os acidentes, suicídio e homicídio, assim como as mortes em que a intenção não pode ser determinada, aumentaram numa primeira fase atingindo a maior importância relativa em 1980, com 7,4% dos óbitos, apresentando uma tendência decrescente a partir desse momento, sendo de 3,6% em 2012. As causas externas, pela sua natureza, são mais importantes na mortalidade dos homens, sendo que a proporção de óbitos do sexo masculino por causas externas é mais do dobro daquela das mulheres. As taxas de mortalidade por causas externas dos homens são cerca de 3 vezes superiores às das mulheres. As taxas de mortalidade atingem o valor máximo em 1975, apresentando uma tendência decrescente quer para homens quer para mulheres.

O peso dos "Sintomas, sinais anormais e causas mal definidas" é elevado principalmente devido ao elevado número de óbitos por causas mal definidas, mas que tem vindo a reduzir-se com o tempo, passando de 16,5% do total dos óbitos em 1955 para 9,5%.

Figura 13

Doenças do aparelho circulatório, 1994 - 2010

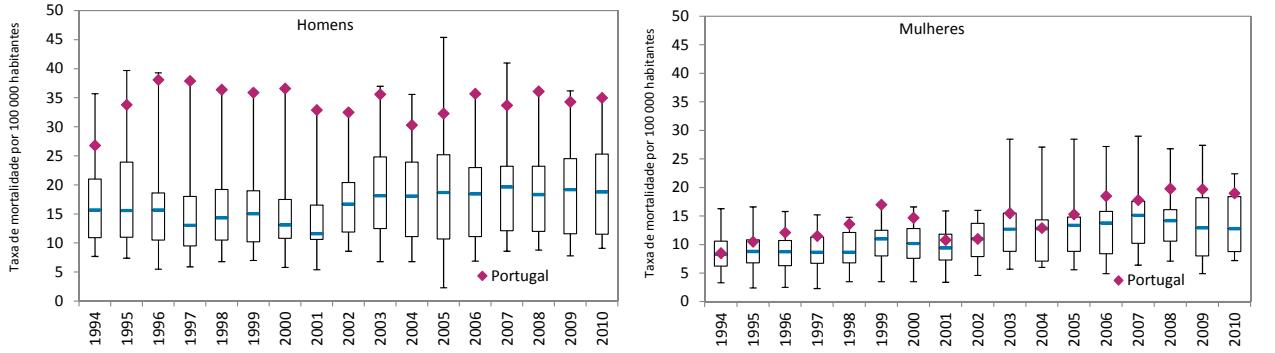


Fonte: Cálculos próprios com base em Eurostat.

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório é também a primeira causa de morte em todos os países da Europa Ocidental (países da UE15, Islândia, Noruega e Suíça), com exceção da França, em que esta foi ultrapassada pela taxa de mortalidade por tumores. Também a taxa de mortalidade por tumores dos homens espanhóis e dos Países Baixos e das mulheres dinamarquesas está acima daquela por doenças cardiovasculares. Portugal ocupa uma posição relativamente intermédia. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório de homens está no meio da tabela (9ª maior posição). A situação é relativamente pior para as mulheres, em que Portugal tem a 6ª maior taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório para as mulheres.

Figura 14

Doenças infecciosas e parasitárias, 1994 - 2010

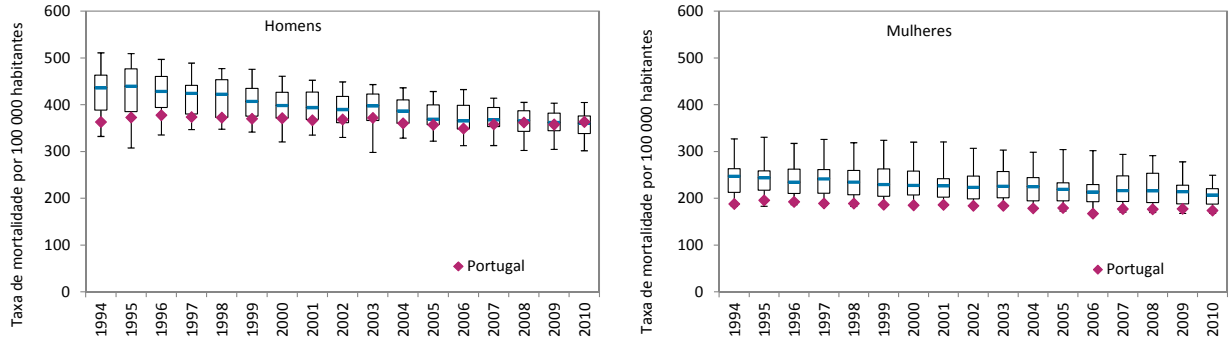


Fonte: Cálculos próprios com base em Eurostat.

Neste contexto geográfico, Portugal é dos países mais afetados por doenças infeciosas e parasitárias. Portugal tem atualmente a taxa de mortalidade masculina por doenças infeciosas e parasitárias, de 35 óbitos por 100 000 habitantes, e a quarta maior para as mulheres, de 19 óbitos por 100 000 habitantes, em 2010.

Figura 15

Tumores, 1994 - 2010



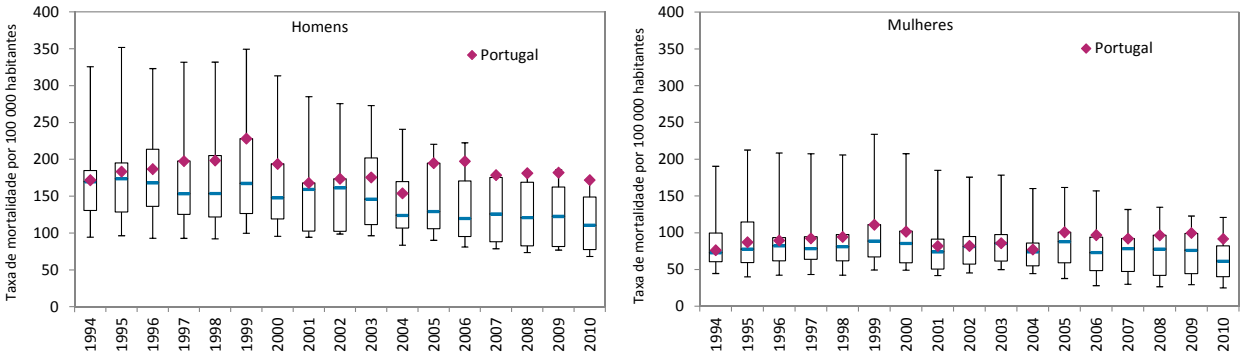
Fonte: Cálculos próprios com base em Eurostat.

No que se refere a óbitos por tumores, Portugal tem a segunda taxa mais baixa de mortalidade por tumores nas mulheres (174 por 100 000 habitantes), imediatamente acima da Espanha (168,1). No caso dos homens encontra-se numa posição relativamente intermédia (8ª maior taxa).

Portugal detém uma posição favorável comparativamente com os restantes países considerados. Uma possível explicação poderia ser o relativo atraso que ainda detém em termos de mortalidade relativamente aos restantes países, uma vez que a evolução natural das causas de morte, tal como indicado noutros estudos, é de que a redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório seja parcialmente compensada pelo aumento da mortalidade por tumores (Pereira et al., 2012). No entanto, tal como analisado na secção seguinte, tal compensação parece ainda não ter ocorrido em Portugal[8].

Figura 16

Doenças do aparelho respiratório, 1994-2010



Fonte: Cálculos próprios com base em Eurostat.

Portugal está também nas primeiras posições do ranking de países com taxas de mortalidade mais elevadas por doenças do aparelho respiratório. As taxas de mortalidade mais elevadas foram registadas no Reino Unido (138,8), Dinamarca (134,2), Irlanda (128,4) e Portugal (122,1).

[8] Ver o caso da França, onde, desde 1992, a mortalidade por cancro ultrapassou a mortalidade por doenças cardiovasculares, tornando-se a principal causa de morte (Prioux e Barbieri, 2012).

6. CONTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE E DAS IDADES PARA O AUMENTO DA ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA

Os Quadros 2 e 3 mostram os ganhos da esperança de vida à nascença dos homens e das mulheres, respetivamente, em cada década e os contributos relativos dos grandes grupos de causas de morte e das idades para esses aumentos. Para a primeira década apenas se considera o período 1955-1960 devido à falta de informação sobre causas de morte por idades nos primeiros cinco anos dessa década. Estes valores foram calculados com base no método de Arriaga (1984) descrito no Anexo 2, metodologia utilizada por Canudas-Romo *et al* (2008) e Ribeiro e Mendes (2013) para análise das diferenças de esperança de vida entre Portugal e Espanha e por Oliveira e Mendes (2010) para aferir as contribuições de cada grupo etário e causa de morte para a diferença de esperanças de vida entre homens e mulheres.

As reduções da mortalidade, que no meio do século XX estavam concentradas nas idades mais jovens, estão atualmente concentradas nos mais idosos. Os aumentos da esperança de vida até à década de 1980 devem-se sobretudo aos ganhos sobre a mortalidade infantil e de jovens. Na década de 1950, o declínio da mortalidade dos jovens até aos 19 anos foi o que teve a maior contribuição para o aumento da esperança de vida à nascença. A contribuição da mortalidade infantil acentuou-se a partir da década de 1960. Nas décadas de 1970 e 1980, os ganhos sobre a mortalidade infantil continuam a ser predominantes, acentuando-se a contribuição das idades entre os 60 e 79 anos para o aumento da esperança de vida. Nas últimas duas décadas desde 1990, as idades acima dos 60 anos são as que mais contribuem para a esperança de vida.

No período 2000-2010, as maiores contribuições para o aumento da esperança de vida têm origem no declínio da mortalidade entre os 60 e 79 anos, representando 36,7% dos ganhos na esperança de vida dos homens e 47,7% dos ganhos das mulheres. No caso das mulheres, o progresso na esperança de vida deriva sobretudo dos ganhos sobre a mortalidade em idades cada vez mais avançadas. Os homens, pelo contrário, continuam a beneficiar de importantes contributos de idades adultas jovens (20 e 39 anos).

Até 1980, o declínio das "doenças do aparelho digestivo" representou uma contribuição muito importante para o aumento da esperança de vida à nascença. Entre 1955 e 1960 representou 50,3% e 46,9% dos ganhos de longevidade, respetivamente, dos homens e das mulheres, predominantemente em resultado da redução da mortalidade infantil e jovens. Esta importância reduz-se nas duas décadas seguintes.

No mesmo período a mortalidade por "doenças infeciosas e parasitárias", "sintomas, sinais anormais e causas mal definidas" e "outras doenças" também tiveram contribuições importantes para o aumento da esperança de vida à nascença. Estas derivam predominantemente também do declínio da mortalidade infantil e entre 1 e 4 anos de idade. As "outras doenças" compreendem as condições originadas no período perinatal, nomeadamente complicações na gravidez e parto, e também doenças infeciosas e respiratórias e malformações congénitas e anormalidades cromossomáticas pelo que são importantes causas da mortalidade infantil. O impacto das doenças infeciosas que apresentava uma contribuição de cerca de 20% para o aumento da esperança de vida à nascença entre 1955 e 1960, aumentou na década de 1960, equiparando-se com as doenças do aparelho digestivo. O mesmo se verificou nas "outras doenças". Na década de 1960 estas três grandes causas contribuíram, em proporções semelhantes, para o aumento da esperança de vida.

Na década de 1970, são as doenças do aparelho respiratório que apresentam a maior contribuição para o aumento da esperança de vida, as quais no meio do século tinham impacto negativo na esperança de vida em particular devido à mortalidade de jovens até aos 19 anos de idade.

No período 1955-1960, para além do impacto negativo das doenças do aparelho respiratório na longevidade, também o aumento da mortalidade por tumores contribuía negativamente para a esperança de vida à nascença. Os tumores continuam a apresentar contribuições negativas até 1990. O aumento da mortalidade por tumores deriva sobretudo das idades adultas, assistindo-se mais recentemente à concentração nas idades mais avançadas, em particular nas mulheres. Também a mortalidade por causas externas foi responsável por impactos negativos na esperança de vida nas décadas de 1960 e 1970, nomeadamente para os homens, incidindo nas idades associadas à bossa dos acidentes.

A década de 1980 marca a diferença na distribuição dos ganhos na longevidade por grandes causas de morte. É neste período que o contributo do declínio da mortalidade por doenças do aparelho circulatório se torna predominante, representando 31,2% e 33,8%, respetivamente, para homens e mulheres, do aumento da esperança de vida à nascença, tornando-se a partir daí o principal motor de progresso da longevidade em Portugal. As maiores contribuições derivam do progresso sobre a mortalidade por doenças do aparelho circulatório acima dos 50 anos, em particular dos 60 aos 79 anos, para homens e mulheres. É também na década de 1980 que as causas externas começam a contribuir positivamente para a esperança de vida, com maior impacto na esperança de vida dos homens. A redução da mortalidade por causas externas nos homens é da responsabilidade dos grupos etários mais jovens e jovens adultos.

Na década de 1990, as doenças do aparelho circulatório consolidam a sua importância no aumento da longevidade, representando 49,2% e 57,6% dos ganhos de homens e mulheres respectivamente, ou seja mais 1,23 anos para os homens e 1,47 anos para as mulheres entre 1990 e 2000. Estes ganhos continuam a ter como proveniência o combate à mortalidade entre os 60 e 79 anos de idades, mas que estende agora a idades mais avançadas.

A contribuição das causas externas aumenta, nomeadamente para os homens com 36,1% dos ganhos de longevidade neste período derivam do declínio da mortalidade por estas causas. É também na década de 1990 que a mortalidade por tumores começa a contribuir positivamente para a esperança de vida, todavia com maior impacto na esperança de vida feminina.

Entre 1990 e 2000, assiste-se ao aumento da mortalidade por doenças infeciosas e parasitárias de homens e mulheres, em particular nos primeiros, com impacto negativo na esperança de vida. As contribuições negativas derivam sobretudo das idades 20 a 39 anos, embora se distribuam por quase todo o leque de idades.

Entre 2000 e 2010, as doenças do aparelho circulatório mantêm-se como o principal motor de progresso sobre a mortalidade. Nesta década inverte-se a tendência da mortalidade por doenças infeciosas do final do século XX, apresentando uma contribuição positiva para a longevidade de homens e mulheres, em especial dos primeiros. Os sintomas, sinais anormais e causas mal definidas ocupam neste período a segunda causa que mais contribui para o aumento da longevidade.

Quadro 2

Contributo das causas de morte e idades para a variação da esperança de vida à nascença (%) - Homens

	Doenças infeciosas e parasitárias	Neoplasmas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Sintomas, sinais anormais e causas mal definidas	Causas externas	Outras doenças	Total
1955 - 1960: +2,6 anos									
Total	22,8	-6,5	8,9	-7,6	50,3	18,8	5,0	8,3	100
0	4,0	0,0	0,2	-6,2	24,9	4,7	0,4	0,2	28
1-19	7,1	-1,0	1,9	1,0	17,1	3,5	0,4	6,7	37
20-39	6,5	-0,6	1,8	-0,4	2,1	1,6	0,9	-0,1	12
40-59	4,9	-2,0	4,3	-1,0	3,9	2,7	2,2	1,1	16
60-79	0,2	-2,8	1,9	-0,7	2,0	5,4	1,1	0,5	8
80+	0,1	-0,1	-1,2	-0,2	0,3	0,8	0,0	-0,1	0
1960 - 1970: +2,6 anos									
Total	35,8	-6,0	-1,7	3,0	39,4	8,1	-13,5	34,9	100
0	2,0	0,1	-0,2	2,3	25,2	3,9	0,0	24,5	58
1-19	5,7	0,0	1,0	5,6	14,7	0,6	-1,5	6,0	32
20-39	12,8	-0,6	0,9	0,4	0,3	-2,6	-6,9	0,4	5
40-59	11,9	-1,9	0,0	-1,0	-1,0	-1,0	-4,0	1,5	4
60-79	3,2	-2,9	-2,9	-3,9	0,2	3,5	-1,0	2,2	-1
80+	0,1	-0,7	-0,5	-0,4	0,0	3,7	-0,1	0,3	2
1970 - 1980: +4,2 anos									
Total	8,8	-2,8	4,0	35,1	28,3	5,7	-7,8	28,6	100
0	-1,2	-0,1	-0,3	17,5	21,0	2,1	-0,7	24,3	63
1-19	2,6	-0,1	0,0	7,4	5,1	0,6	-2,9	1,3	14
20-39	2,2	0,2	0,2	1,0	0,4	-1,6	-2,6	1,4	1
40-59	3,6	-0,8	0,0	2,8	0,4	-1,5	-1,0	1,2	5
60-79	1,6	-1,4	5,6	5,9	1,4	2,7	-0,4	0,5	16
80+	0,0	-0,6	-1,4	0,4	0,0	3,3	0,0	-0,1	2
1980 - 1990: +2,7 anos									
Total	7,5	-5,0	31,2	15,2	8,1	4,6	12,5	25,8	100
0	6,6	0,2	0,6	7,7	0,7	2,4	-0,2	22,7	41
1-19	0,8	1,2	0,5	2,2	0,4	-0,4	6,4	1,8	13
20-39	-1,5	-0,2	0,3	0,2	0,4	-2,1	-0,4	0,7	-2
40-59	0,8	-1,7	7,8	2,5	5,0	-1,8	4,8	1,6	19
60-79	0,8	-3,5	21,5	2,7	1,8	1,1	1,8	-0,5	26
80+	0,0	-1,0	0,5	0,0	-0,1	5,4	0,1	-0,5	4
1990 - 2000: +2,5 anos									
Total	-12,3	0,2	49,2	4,3	9,7	-4,7	36,1	17,5	100
0	0,3	0,0	0,0	1,4	0,3	0,1	1,7	13,7	18
1-19	-0,2	1,3	0,4	1,1	0,0	1,3	11,2	0,7	16
20-39	-8,6	0,7	0,9	0,1	0,7	-4,0	13,2	1,3	4
40-59	-2,7	-0,4	8,5	1,8	4,0	-3,6	6,7	1,2	16
60-79	-0,8	0,2	30,4	1,4	4,6	-2,2	2,9	1,8	38
80+	-0,4	-1,7	9,0	-1,6	0,2	3,7	0,3	-1,1	9
2000 - 2010: +3,5 anos									
Total	7,9	2,7	40,3	6,7	3,4	23,3	13,7	2,1	100
0	0,7	-0,1	0,1	0,4	0,1	1,4	0,5	5,2	8
1-19	0,9	0,2	0,2	0,0	0,2	2,6	4,0	1,4	9
20-39	6,9	1,3	2,0	0,8	1,0	7,6	7,7	0,0	27
40-59	0,0	-0,4	6,1	0,6	1,0	2,9	1,0	-0,9	10
60-79	-0,1	1,9	23,5	4,8	1,3	5,9	0,7	-1,2	37
80+	-0,4	-0,3	8,3	0,0	-0,1	3,0	-0,1	-2,4	8

Quadro 3

Contributo das causas de morte e idades para a variação da esperança de vida à nascença (%) - Mulheres									
	Doenças infeciosas e parasitárias	Neoplasmas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Sintomas, sinais anormais e causas mal definidas	Causas externas	Outras doenças	Total
1955 - 1960: +3,0 anos									
Total	19,4	-1,7	5,3	-2,5	46,9	21,7	2,2	8,7	100
0	3,1	0,2	0,3	-2,2	22,7	4,2	0,0	-0,3	28
1-19	7,3	-0,3	1,5	1,3	18,9	4,7	1,8	6,3	41
20-39	5,1	-0,2	2,1	0,1	0,3	1,1	0,4	1,1	10
40-59	2,9	-0,9	4,1	0,2	3,0	1,8	0,0	0,9	12
60-79	0,9	-0,8	0,8	-0,4	2,1	6,0	0,1	0,7	9
80+	0,1	0,3	-3,5	-1,6	-0,2	3,9	-0,1	0,0	-1
1960 - 1970: +3,2 anos									
Total	21,9	-3,2	5,2	0,5	30,6	12,6	0,5	31,8	100
0	2,5	-0,1	-0,1	0,1	19,5	2,7	0,2	19,9	45
1-19	5,9	-0,8	1,0	4,5	11,3	1,5	1,4	5,4	30
20-39	7,6	-0,6	1,5	-0,1	-0,1	-0,3	-0,7	2,3	10
40-59	3,7	0,2	2,7	-1,2	-0,4	0,5	-0,1	1,5	7
60-79	2,1	-1,7	0,9	-2,5	0,1	3,8	-0,3	2,3	5
80+	0,1	-0,3	-0,9	-0,2	0,2	4,4	0,0	0,4	4
1970 - 1980: +5,0 anos									
Total	3,1	1,0	10,3	29,7	23,3	11,3	-2,9	24,2	100
0	-1,2	-0,1	-0,2	14,7	16,9	2,2	-0,5	19,9	52
1-19	2,1	0,2	0,2	6,7	4,2	0,6	-0,4	1,2	15
20-39	1,1	0,2	0,4	0,5	0,4	-0,3	-1,3	2,1	3
40-59	0,8	0,5	1,7	1,8	0,5	-0,3	-0,5	1,0	6
60-79	0,3	0,5	9,7	5,1	1,4	4,4	0,0	0,1	22
80+	0,0	-0,3	-1,6	0,9	0,0	4,7	-0,1	-0,2	3
1980 - 1990: +2,6 anos									
Total	8,8	-0,3	33,8	12,8	5,4	17,3	4,0	18,2	100
0	6,6	0,1	0,3	7,2	0,5	1,4	-0,1	18,8	35
1-19	1,5	0,1	0,3	2,4	0,6	0,8	3,4	1,1	10
20-39	-0,2	1,0	1,2	0,5	0,5	-0,5	-0,2	1,2	4
40-59	0,6	0,6	5,9	0,6	2,7	-1,1	-0,1	1,1	10
60-79	0,3	-0,8	27,9	2,2	1,5	3,5	0,8	-2,3	33
80+	0,0	-1,4	-1,7	-0,2	-0,4	13,3	0,3	-1,7	8
1990 - 2000: +2,4 anos									
Total	-5,6	8,4	57,6	0,0	4,3	7,3	14,1	13,9	100
0	-0,3	0,2	-0,2	1,5	0,2	0,4	1,0	10,9	14
1-19	-0,3	0,9	0,6	0,7	0,0	0,4	4,2	0,9	7
20-39	-2,6	1,7	0,5	0,3	0,6	-0,1	4,3	1,2	6
40-59	-0,9	2,5	6,3	0,5	1,4	-1,4	2,5	1,1	12
60-79	-1,1	3,3	33,6	-0,5	2,3	-0,2	1,4	1,9	41
80+	-0,4	-0,2	16,9	-2,5	-0,1	8,3	0,7	-2,1	20
2000 - 2010: +2,7 anos									
Total	2,8	9,5	57,3	5,9	2,6	19,5	3,3	-0,9	100
0	1,0	-0,3	0,3	0,0	0,2	1,4	0,8	4,4	8
1-19	0,8	1,3	0,1	0,3	0,1	1,5	1,7	0,4	6
20-39	2,3	0,4	1,0	0,0	0,5	1,5	0,0	-0,1	6
40-59	0,0	4,2	4,9	0,8	1,0	2,2	0,3	0,2	14
60-79	-0,1	5,0	30,4	4,2	1,2	6,0	0,9	0,2	48
80+	-1,1	-1,2	20,5	0,5	-0,4	6,9	-0,4	-6,0	19

7. CONCLUSÃO

Neste estudo analisámos a evolução da mortalidade em Portugal desde 1950, Tal como noutros países desenvolvidos, neste período assistiu-se ao declínio global dos níveis de mortalidade em todas as idades, a uma redução dramática da mortalidade infantil, ao aumento da sobrevivência até idades cada vez mais avançadas, e a ganhos extraordinários na esperança de vida da população.

No entanto, apesar dos ganhos extraordinários, Portugal continua a deter uma posição de relativa fragilidade comparativamente com os outros países da Europa Ocidental, sobretudo na população masculina. A posição relativamente desfavorável dos homens em algumas idades é um indicador de que ainda existe espaço para melhorias na esperança de vida. As mulheres, partindo da posição mais desfavorável, atualmente aproximam-se do valor mediano da esperança de vida à nascença no conjunto de países considerados.

As reduções da mortalidade que no meio do século XX estavam concentradas nas idades mais jovens, estão atualmente concentradas nos mais idosos. Os homens continuam a beneficiar de importantes contributos de idades adultas jovens (20 e 39 anos).

A análise das taxas de declínio da mortalidade sugere ainda que um grupo específico de indivíduos do sexo masculino não experienciou melhorias na mortalidade e sofreu mesmo aumentos nos níveis de mortalidade ao longo do tempo. Este comportamento específico pode ser devido a influências "específicas do período" ou "específicas da geração" que será interessante aprofundar em estudos futuros.

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em Portugal durante todo o período, No entanto nas últimas duas décadas observaram-se ganhos substanciais, sobretudo nas idades acima dos 50 anos, em particular dos 60 aos 79 anos, para homens e mulheres.

Os tumores são atualmente a segunda causa de morte, sendo responsáveis por cerca de 25% dos óbitos. Em termos comparativos, Portugal tem a segunda taxa mais baixa de mortalidade por tumores nas mulheres. No caso dos homens encontra-se numa posição relativamente intermédia. No entanto, ao contrário do que acontece noutros países com esperanças de vida mais elevadas, não se verificou ainda em Portugal que a redução de mortalidade, derivada em especial da redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, estivesse a ser compensada pelo aumento da mortalidade por tumores.

BIBLIOGRAFIA

Arriaga, E. (1984). Measuring and Explaining the Change in Life Expectancies. Demography, 21(1), pp, 83-96.

Barbieri, M. (1998). La mortalité infantile en France. In: Population, 53e année, nº4, 1998 pp. 813-838.

Barreto, X., Correia, J. P., Cunha, O., Matos, A., Peixoto, J., Machado, J. C., Alves, O. e Santos, N. S. (2014). Mortalidade Infantil em Portugal: Evolução dos indicadores e factores associados de 1988 a 2008. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa.

Bongaarts, J. (2014). Trends in Causes of Death in Low-Mortality Countries: Implications for Mortality Projections. Population and Development Review 40(2): 189–212.

Canudas-Romo, V., Coelho, E. e Pina, C. (2008). About Mortality Data for Portugal. Available at www.mortality.org.

Canudas-Romo, V., Glei, D., Gómez-Redondo R., Coelho, E. e Boe, C. (2008). Mortality changes in the Iberian Peninsula in the last decades of the twentieth century". Population--E, 63 (2), pp. 319-344.

Clayton, D. e Schifflers, E. (1987). Models for temporal variation in cancer rates II: Age-Period-Cohort Models. Statistics in Medicine, Vol. 6, 469-481.

Coelho, E. (2012). Modelling and forecasting mortality patterns. Tese de doutoramento: Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa. http://hdl.handle.net/10362/10575

Coelho, E., e Nunes, L. C. (2011). Forecasting mortality in the event of a structural change. Journal of the Royal Statistical Society: Series A, 174(3), 713-736.

Eurostat, (2014). "Description of the Eurostat method for the calculation of the life expectancies at all ages". http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/demo_mor_esms_an1.pdf.

European Union (2013). Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. Eurostat: Methodologies & Working papers. Publications Office of the European Union, 2013 ISBN: 978-92-79-31094-2, ISSN: 1977-0375 Digital Object Identifier (DOI): 10.2785/1147

Heligman, L. e Pollard, J. H. (1980). The age pattern of mortality. *Journal of the Institute of Actuaries* 107: 49-80.

Hobcraft, J., Menken, J. e Preston, S. (1982). Age, period, and cohort effects in demography: a review. *Population Index*, Vol. 48, n.º 1, pp, 4-43.

Human Mortality Database, HMD (2014), University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany), Available at www.mortality.org.

INE (2014). Tábuas de Completas de Mortalidade - Documento metodológico versão 2.0. Lisboa.

Janssen, F. e Kunst, A. E. (2004). ICD coding changes and discontinuities in trends in cause-specific mortality in six European countries, 1950-99. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:904-913.

Morais, M. G. (2002). Causas de Morte no Século XX: Transições e Estruturas da Mortalidade em Portugal Continental. Edições Colibri, Évora.

Nazareth, J. M. (2004). Demografia: a Ciência da População. Editorial Presença, Lisboa.

OECD (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing, http://dx,doi,org/10,1787/health_glance-2013-en.

Oliveira, I. T e Mendes, M. F. (2010). A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. Análise Social, vol. XLV (194), 115-138.

Pereira, M., Peleteiro, B., Capewell, S., Bennett, K., Azevedo, A. e Lunet,N. (2012). Changing patterns of circulatory diseases and cancer mortality in Portugal, 1980 – 2010. BMC Public Health 2012, 12:1126.

Preston, S.H., Heuveline, P. e Guillot, M. (2001). Demography: Measuring and Modeling Population Processes. Oxford: Blackwell Publishers Ltd, Ryder.

Prioux, F. e Barbieri, M. (2012). Recent Demographic Developments in France: Relatively Low Mortality at Advanced Ages. Population-E, 67 (4), 2012, 493-550.

Ribeiro, F., Mendes, M. F., (2013). "Cause of death contribution for the life expectancy difference registered between Portugal and Spain", in XX Congress of Association of Historical Demography (ADEH), University of Castilha La Mancha, Albacete, Spain.

Vallin, J., Meslé, F. e Valkonen, T. (2001). "Trends in mortality and differential mortality". Population studies n,º36, Council of Europe Publishing.

Vallin, J. e France, M. (1988). Les causes de décès en France de 1925 à 1978. Présentation d'un Cahier de l'INED. In: Population, 43e année, n°1, 1988 pp. 165-179.

Wilmoth, J.R., Andreev, K., Jdanov, D., e Glei D. A. (2007). Methods Protocol for the Human Mortality Database. Human Mortality Database. Available at: http://www.mortality.org/Public/Docs/MethodsProtocol.pdf.

Willets, R. C. (1999). Mortality in the next millennium. Paper presented to the Staple Inn Actuarial Society.

Willets, R. C. (2004). The cohort effect: insights and explanations. British Actuarial Journal, 10, 833-877.

World Health Organization (WHO). 2013. "WHO Mortality Data Base." http: //www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html.

World Health Organization (2013) . "WHO Mortality Data base documentation." Department of Health Statistics and Information Systems (2013) 1 May 2013 update

World Health Organization (2012). WHO Mortality Database. http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html.

ANEXO 1

Tabela: Classificação Internacional de Doenças – sistema de codificação

Causas de morte	CID 7-A Lista condensada (a) 1955 - 1970	CID 8- A Lista condensada (a) 1971-1979	CID 9 Lista Básica de Tabulação (a) 1980-2001	CID 10 – Lista Sucinta Europeia (b) 2002-2011
Doenças infeciosas e parasitárias	A001-A043	A001-A044	B01-B07	A00-B99
Tumores	A044-A060	A045-A061	B08-B17	C00-D48
Doenças do aparelho circulatório	A079-A086, A070	A080-A088	B25-B30	I00-I99
Doenças do aparelho respiratório	A087-A097	A089-A096	B31-B32	J00-J99
Doenças do aparelho digestivo	A098-A107	A097-A104	B33-B34	K00-K93
Sintomas, sinais e resultados anormais e causas mal definidas	A136-A137	A136-A137	B46	R00-R99
Causas externas	A138-A150	A138-A150	B47-B56	V01-Y89
Outras doenças	A061-A069; A071-A078; A108-A114;A115-A120;A121 A126;A127-A129;A130 A135	A062-A066; A067-A068; A069-A071;A072-A079;A105 A111;A112-A118;A119 A120;A121-A125;A126 130;A131-A135	B18 -B24;B35-B45	D50-D89, E00-E90, F00-F99, G00-H95,L00-L99,M00-M99, N00-N99, O00-O99, P00-P96, Q00-Q99

Fonte: (a) Construção com base em World Health Organization (2013). WHO Mortality Data Base Documentation, Department of Health Statistics and Information Systems.

(b) Eurostat

Notas:

(1) As "doenças infeciosas e parasitárias" incluem doenças como a tuberculose, poliomielite, varíola, hepatite e doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis e, a partir da CID-10, a HIV /SIDA. Não inclui influenza e pneumonia, que estão integradas nas "doenças do aparelho respiratório".

(2) As "doenças do aparelho circulatório" compreendem as doenças específicas que afetam o coração e os vasos sanguíneos. Incluem as "doenças isquémicas do coração", também designadas doenças cardíacas coronárias (ataque cardíaco), e as "doenças cerebrovasculares", tais como o acidente vascular cerebral ou trombose.

(3) As "doenças do aparelho respiratório" são as que afetam os pulmões e outras partes envolvidas na respiração, Incluem a pneumonia, a influenza, a asma e outras doenças crónicas das vias respiratórias inferiores. De notar que entre no grupo de doenças respiratórias são classificadas algumas doenças de origem infeciosa.

(4) As "doenças do aparelho digestivo" incluem a úlcera do estômago, do duodeno e jejuno, e a doença hepática crónica.

(5) "Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas" para além das causas desconhecidas e mal especificadas inclui síndroma de morte súbita infantil.

(6) As "causas externas de lesão e envenenamento" incluem acidentes, entre os quais de transporte, os acidentes fatais, o envenenamento acidental, as lesões autoprovocadas intencionalmente e as agressões.

(7) As "outras doenças" representam todas as outras doenças para além das acima identificadas.

Anexo 2. Método de Arriaga

DECOMPOSIÇÃO DA VARIAÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA POR GRUPOS DE IDADES E CAUSAS DE MORTE

A fim de isolar as contribuições dos diferentes grupos de idades e grandes grupos de causas de morte para a variação da esperança de vida à nascença entre dois períodos de tempo, aplica-se o método de decomposição por idades de Arriaga (1984) e a respetiva extensão por causas de morte (Arriaga, 1989 de acordo com Preston et al, (2001)). O método de decomposição de Arriaga baseia-se nas funções da tábua de mortalidade contemporânea.

a) Decomposição da variação da esperança de vida por grupos de idades

Arriaga (1984) distingue três efeitos diferentes sobre a esperança de vida devido a variações na mortalidade: um efeito direto, um efeito indireto e um efeito de interação. O efeito direto corresponde ao efeito da alteração das taxas de mortalidade no grupo etário considerado, entre as idades x e $x+n$, sobre a esperança de vida e deriva da alteração no número de sobreviventes em anos completos vividos entre estas idades.

O efeito indireto e o efeito de interação derivam da alteração do número de sobreviventes à idade final do grupo etário considerado, $x+n$. O efeito indireto corresponde ao impacto que o aumento (ou diminuição) do número de sobreviventes à idade $x+n$, sob a hipótese de que as taxas de mortalidade em idades superiores àquelas consideradas se mantêm constantes, tem no número de anos completos vividos pelos sobreviventes após a idade $x+n$, Uma pequena variação adicional da esperança de vida resulta do facto dos sobreviventes à idade $x+n$ não experimentarem condições de mortalidade constantes após a idade $x+n$, designando-se por efeito de interação.

A contribuição total de cada grupo de idades para a variação da esperança de vida resulta do somatório dos efeitos direto, indireto e de interação.

Utilizando a notação de Preston et al (2001), a contribuição total da variação das taxas de mortalidade entre as idades x e $x+n$ sobre a esperança de vida à nascença, ${}_n\Delta_x$, é dada por:

$$ {}_n\Delta_x = \underbrace{\frac{l_x^1}{l_0^1}\cdot\left(\frac{{}_nL_x^2}{l_x^2}-\frac{{}_nL_x^1}{l_x^1}\right)}_{A} + \underbrace{\frac{T_{x+n}^2}{l_0^1}\cdot\left(\frac{l_x^1}{l_x^2}-\frac{l_{x+n}^1}{l_{x+n}^2}\right)}_{B} \qquad (1) $$

onde l_x^j, ${}_nL_x^j$ e T_x^j são funções da tábua de mortalidade contemporânea que correspondem, respectivamente, ao número de sobreviventes à idade x (número de indivíduos da geração fictícia inicial que sobrevivem até à idade x), número de anos completos vividos pelos l_x sobreviventes entre as idades x e $x+n$ e número de anos completos vividos pelos l_x após a idade x, no período j, com $j=1,2$ (INE, 2014).

O termo A em (1) corresponde ao efeito direto da diferença nas taxas de mortalidade entre as idades x e $x+n$ sobre a esperança de vida que deriva da variação no número de anos completos vividos entre estas idades.

O termo B em (1) corresponde à soma dos efeitos indireto e de interação que resultam da alteração do número de sobreviventes à idade $x+n$ com impacto sobre os anos completos vividos pelos sobreviventes

entre duas idades acima da idade $x+n$.

Para o último grupo etário aberto, haverá apenas um efeito direto, e aplica-se a seguinte equação:

$$ {}_{\infty}\Delta_x = \frac{l_x^1}{l_0^1} \cdot \left(\frac{T_x^2}{l_x^2} - \frac{T_x^1}{l_x^1} \right) \qquad (2) $$

Demonstra-se que a variação na esperança de vida à nascença, e_0^i entre os períodos j resulta do somatório das contribuições de todas as idades:

$$ e_0^2 - e_0^1 = \sum_0^{\infty} {}_n\Delta_x \qquad (3) $$

b) Decomposição específica da variação da esperança de vida por idades e causas de morte

Sob a hipótese de que a distribuição dos óbitos por causa é constante dentro de cada grupo etário em cada população, a contribuição das diferenças na mortalidade por todas as causas num grupo etário específico pode ser distribuída proporcionalmente à diferença na mortalidade por uma causa específica no correspondente grupo etário segundo Arriaga (Preston et al,, 2001). Assim, de acordo com Preston et al, (2001), a contribuição específica da variação na taxa de mortalidade pela causa i entre as idades x e $x+n$, ${}_n\Delta^i{}_x$, pode ser estimada com a seguinte equação:

$$ {}_n\Delta^i{}_x = {}_n\Delta_x \cdot \frac{{}_n m_x^i(2) - {}_n m_x^i(1)}{{}_n m_x(2) - {}_n m_x(1)} \qquad (4) $$

$$ = {}_n\Delta_x \cdot \frac{{}_n R_x^i(2) \cdot {}_n m_x(2) - {}_n R_x^i(1) \cdot {}_n m_x(1)}{{}_n m_x(2) - {}_n m_x(1)} \qquad (5) $$

onde, ${}_n R^i{}_x(j)$ é a proporção de óbitos pela causa i no grupo etário x a $x+n$ no momento j, ${}_n m^i{}_x(j)$ é a taxa específica de mortalidade no grupo etário x a $x+n$ no momento j e ${}_n\Delta_x$ é a contribuição nas diferenças na mortalidade por todas as causas no grupo etário x a $x+n$ para as diferenças na esperança de vida, como na equação (1).

Privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa. Análise evolutiva da década 2001-2011

Autores: H. Nogueira[a], A. Lourenço[b]

[a] Departamento de Geografia/Universidade de Coimbra, Coimbra

helenamarquesnogueira@hotmail.com

[b] Onko-Sev (Associação de Amizade e Apoio ao Doente Oncológico de Muş)/ KETEM, Muş - Turquia

Socioeconomic deprivation in the Lisbon Metropolitan Area. Evolutionary analysis for the decade 2001-2011

Resumo:

A associação entre pobreza, doença e morte é há muito reconhecida. O crescimento económico observado ao longo do século XX teve consequências muito positivas nas condições de vida da população, melhorando também a sua saúde. Todavia, mesmo sob as condições de progresso referidas, a estruturação social da saúde persistiu, traduzindo-se na manutenção e até agravamento das desigualdades sociais em saúde. A crise económica do novo século marca o fim de um ciclo de prosperidade, devendo questionar-se o impacte dos níveis crescentes de desemprego e pobreza, redução de salários e colapso nos apoios sociais, entre outros, na degradação das condições de vida e agravamento das iniquidades sociais (e em saúde).

Para além da pobreza, entendida sobretudo como um atributo individual, a privação socioeconómica, concetualizada como atributo contextual, tem sido exaustivamente associada à saúde. Áreas de privação socioeconómica podem definir-se como espaços de vida de populações empobrecidas. Mas são, mais do que isso, territórios onde escasseiam as oportunidades que permitem melhorar a qualidade de vida, criando e perpetuando iniquidades sociais (e em saúde). Têm, pois, um papel ativo na maximização dos riscos sociais e de saúde, pela amplificação da vulnerabilidade individual decorrente da pobreza.

Este trabalho procura identificar territórios de privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e conhecer a evolução deste fenómeno entre 2001 e 2011, procedendo à elaboração e aplicação de um indicador compósito

de privação múltipla (IPM) às freguesias da AML. Os resultados sublinham a variação dos níveis de privação socioeconómica no território em estudo, que surge marcado por profundas assimetrias, tanto em 2001 como em 2011. Sublinham ainda a evolução nefasta ocorrida na primeira década deste século, caracterizada por aumento da privação socioeconómica a par da sua concentração espacial. Esta evolução perniciosa, que faz aumentar as desigualdades sociais, lesa sobretudo determinados territórios, identificados neste trabalho. Expectavelmente, terá consequências na saúde das suas populações, consequências estas que serão estudadas num próximo trabalho.

Palavras-chave: Palavras-chave: Privação socioeconómica; áreas de privação; Área Metropolitana de Lisboa; Evolução 2001 – 2011.

Abstract:

The association between poverty, disease and death has long been recognized. The economic growth observed during the twentieth century had a very positive effect on the population's living conditions, improving their health. However, even under the referred progress conditions, the social structure of health has persisted, resulting in the maintenance and even increasing of the social inequalities in health. The economic crisis of the new century points out the end of a prosperity cycle; increasing levels of unemployment and poverty, reduction of wages, collapse of social assistance, among others, will lead to living conditions decay, worsening social (and health) inequalities.

Besides poverty, mainly understood as an individual attribute, socioeconomic deprivation, conceptualized as a contextual attribute, has been extensively associated with health. Socioeconomic deprived areas can be defined as living spaces of impoverished populations. But, more than this, they are territories which restrict the chances of improving the standard of living, by creating and perpetuating social (and health) inequities. Therefore, these spaces have an active role in maximizing social and health risks because they amplify individual vulnerability due to poverty.

This paper seeks to identify socioeconomic deprivation areas in the Lisbon Metropolitan Area (AML), and its evolution between 2001 and 2011, proceeding with the development and implementation of a composite indicator of multiple deprivation (IPM) to LMA parishes. The results highlight the variation in levels of socioeconomic deprivation in the studied area, which shows deep asymmetries in both 2001 and 2011. They also emphasize the harmful conditions of the first decade of this century, characterized by an increased socioeconomic deprivation along with its spatial concentration. This harmful evolution, which increases social inequalities, is mainly affecting certain areas, identified in this work. Expectedly, it will have implications for their people's health, implications that will be studied in a near work.

Keywords: Socioeconomic deprivation; area deprivation; Lisbon Metropolitan Area; 2001-2011 evolution.

1. Introdução

Portugal conheceu, ao longo do século XX, um crescimento económico continuado, acompanhado por reconhecidas melhorias nas condições de vida e na saúde das populações. Não obstante este quadro global positivo, verifica-se que as desigualdades em saúde persistem, em parte porque as melhorias continuamente observadas na saúde ocorreram de forma diferenciada para diferentes indivíduos, grupos populacionais e áreas geográficas. A estruturação social da saúde, expressa usualmente sob a designação de "desigualdades sociais em saúde", e reconhecida desde o século XII (Loslier, 1997), mantém-se uma das questões mais pertinentes da atualidade.

Do conjunto de estruturas sociais capazes de gerar desigualdades em saúde, a estratificação socioeconómica tem sido a mais exaustivamente estudada (Elstad, 2000; Nogueira & Remoaldo, 2013), dada a tendência quase universal de melhoria nos níveis de saúde com o aumento da posição na hierarquia social (Benzeval & Judge, 2001; Smith et al., 2001; McLeonne, 2004). A estratificação social, enquanto mecanismo (des) regulador da distribuição e acumulação de recursos e bens societais, ao longo do tempo, pelos diferentes membros de uma população, pode ser medida pela atividade profissional, nível de instrução, rendimento ou classe social, sendo esta última geralmente definida por um, ou por uma combinação, dos três primeiros indicadores. Independentemente do indicador utilizado, posições desfavoráveis na hierarquia socioeconómica são frequentemente entendidas e resumidas sob os conceitos de "pobreza" e "privação socioeconómica", não sendo estes necessariamente coincidentes.

Pobreza e privação socioeconómica

Teoricamente, os conceitos de " pobreza" e "privação socioeconómica" fundamentam-se em duas escolas filosóficas: a teoria Marxista e a teoria Weberiana. A primeira assenta no conflito social existente entre classes exploradas e capitalistas, decorrente de um sistema social baseado na exploração de "muitos" por "poucos" e no qual o indivíduo tem pouca ou nenhuma influência; a segunda considera que a sociedade é estratificada de diferentes modos, gerando grupos de indivíduos que partilham a mesma posição e as mesmas oportunidades de vida, reconhecendo-se a capacidade individual de modificar as circunstâncias de vida (Jhund, 2010). Pobreza e privação socioeconómica são, pois, conceitos próximos, que partilham a base teórica, mas diferem frequentemente no nível a que são observados e operacionalizados.

A pobreza, definida a nível individual, pode ser entendida de forma absoluta como insatisfação das necessidades básicas do indivíduo (Capucha, 2001). Com a melhoria global das condições de vida, o conceito relativizou-se, sendo progressivamente entendido como distância a padrões de vida considerados como minimamente dignos em cada sociedade (Capucha, 2001). Resulta, então, da comparação entre a situação do indivíduo e a experienciada pela sociedade no seu conjunto, considerando-se pobre aquele que não consegue alcançar, na totalidade ou de modo suficiente, as condições de vida (…) que lhe permitiriam desempenhar os papéis, participar nas interações e adotar os comportamentos usuais e esperados em virtude da sua participação na sociedade (Townsend, 1993). Absoluta ou relativa, a pobreza entende-se sobretudo como um atributo individual, que se concretiza sempre na escassez de recursos e oportunidades sociais, económicas e culturais que são considerados pela maioria da população como "normais", ou até essenciais, para usufruir de uma boa qualidade de vida (Carstairs & Morris, 1991).

A análise da pobreza e a avaliação dos seus impactes não consegue dar conta dos efeitos contextuais que a pobreza e o ambiente têm sobre os indivíduos. Daí que um conjunto numeroso e crescente de estudos faça referência à privação socioeconómica, um conceito compósito e complexo, ancorado mas não redutível à simples pobreza, e potencialmente mensurável através de medidas agregadas de pobreza - indicadores de área criados a partir de dados individuais, muitas vezes provenientes dos Censos. A privação socioeconómica, mais do que a pobreza, tem sido amplamente estudada e usada pela comunidade científica, em estudos que procuram associar as condições de vida e de saúde (Stafford & Marmot, 2003; McLeoone, 2004; Nogueira, 2007; Saint-Jacques et al., 2014).

Áreas de privação são espaços de vida de populações carenciadas e empobrecidas. Mas mais do que isso, são também espaços onde escasseiam as oportunidades que permitem melhorar a qualidade de vida, deste

modo criando e perpetuando iniquidades sociais e em saúde (Nogueira, 2007). Estas áreas caracterizam-se por *clusters* de fatores de risco (Kaplan, 1996), frequentemente integrados em círculos viciosos de empobrecimento e declínio dos lugares. Estes círculos, baseados em mecanismos de acumulação e retroação, são marcados por movimentos de migração seletiva (saída de indivíduos de elevado estatuto socioeconómico e entrada de indivíduos carenciados), concretizando-se na degradação do ambiente físico (habitações, espaços públicos), diminuição do investimento em atividades comerciais e serviços, com consequente diminuição da disponibilidade de infraestruturas e equipamentos, crescente desorganização social e crescente insegurança (Van Lenthe et al., 2005; Nogueira, 2008, 2009). A desigualdade na distribuição espacial de oportunidades necessárias ao desenvolvimento de vidas saudáveis promove e sustenta as iniquidades em saúde (Freudenberg, 2013).

Este trabalho, desenvolvido para a Área Metropolitana de Lisboa (AML), procura identificar áreas de privação socioeconómica neste território. Dada a evolução socioeconómica ocorrida nos últimos anos, marcada pela crise económica e consequente aumento do desemprego, redução de salários, cortes na despesa pública e, globalmente, degradação das condições de vida da população, avalia-se a privação socioeconómica em 2001 e 2011. O objetivo deste trabalho – conhecer situações de privação socioeconómica e sua evolução entre 2001 e 2011 – sendo um fim em si mesmo, é também um passo fundamental no estudo das conexões que se estabelecem entre territórios e saúde. Este estudo assume-se, assim, como uma abordagem prévia e fundamental ao conhecimento das desigualdades em saúde e sua evolução no território metropolitano em questão.

2. Dados e métodos

Este estudo abrange a AML ao nível da freguesia (n= 207). A operacionalização da privação socioeconómica tem suscitado inúmeras investigações, concretizando-se na construção de indicadores compósitos de privação múltipla, justificados pelo pressuposto que a privação dos lugares, sendo abrangente e multidimensional, não pode ser avaliada por recurso a uma variável única. Exemplos destes indicadores são os bem conhecidos índices de Townsend, Carstairs e Jarman (Pringle et al., 2000). Na sequência de trabalhos previamente desenvolvidos nesta temática (Nogueira, 2007), construiu-se um indicador de privação múltipla (IPM) para cada um dos anos em análise, recorrendo a dados censitários. Para a sua construção, selecionaram-se três variáveis, que se supõem representativas de diferentes facetas da privação – taxa de desemprego, percentagem de trabalhadores com ocupação não qualificada e proporção de alojamentos sobrelotados. Estas variáveis foram normalizadas[1], adicionadas e ponderadas[2], constituindo um indicador compósito de privação múltipla, semelhante aos já referidos índices de Carstairs ou de Townsend (McLeone, 2004)[3].

Para os anos em análise (2001 e 2011), hierarquizaram-se as freguesias da AML pelo valor do IPM calculado. Posteriormente, efetuaram-se agrupamentos das freguesias – quintis – utilizando o número de freguesias. Obtiveram-se cinco grupos contendo cada um, aproximadamente, o mesmo número de freguesias (três grupos com 41 freguesias e dois grupos com 42). Estes agrupamentos foram utilizados para avaliar a evolução da população residente nas áreas de maior privação entre 2001 e 2011. A variabilidade entre quintis foi comparada por intermédio de uma análise ANOVA e a variabilidade testada com o teste U de Mann-Whitney (Nogueira, 2010).

Os dados utilizados foram recolhidos do INE e a análise foi efetuada com o auxílio do Excel e do SPSS.19.0. Os mapas foram elaborados com o ArcMap 10.

1 A normalização de uma variável consiste num procedimento estatístico usualmente referido como o método do "Z-score", cujo objetivo é a obtenção de uma nova distribuição de média 0 (zero) e variância 1 (um). Segundo McLeone (2004), este procedimento permite, por um lado, transformar as variáveis originais num outro conjunto de variáveis normalizadas, expressas na mesma unidade, o desvio-padrão, o que possibilita a sua adição; por outro lado, sendo a variância unitária, a normalização controla a influência que a heterogeneidade inerente à distribuição da variável poderia ter no indicador compósito resultante.

2 A ponderação consistiu somente na divisão pelo número de variáveis utilizadas, neste caso três.

3 Refira-se que um indicador semelhante tinha sido já elaborado e aplicado nesta área (Nogueira, 2009). No entanto, o indicador agora desenvolvido difere nas variáveis incorporadas, o que pode justificar-se pela necessidade de conseguir um indicador adaptado aos dois períodos em estudo. De facto, o indicador previamente construído englobava a variável "população residente em alojamentos não clássicos", que entre 2001 e 2011 perdeu significado na AML, com a demolição dos "bairros de lata", pelo que houve necessidade de adaptar o indicador, passando este a integrar a população residente em alojamentos sobrelotados.

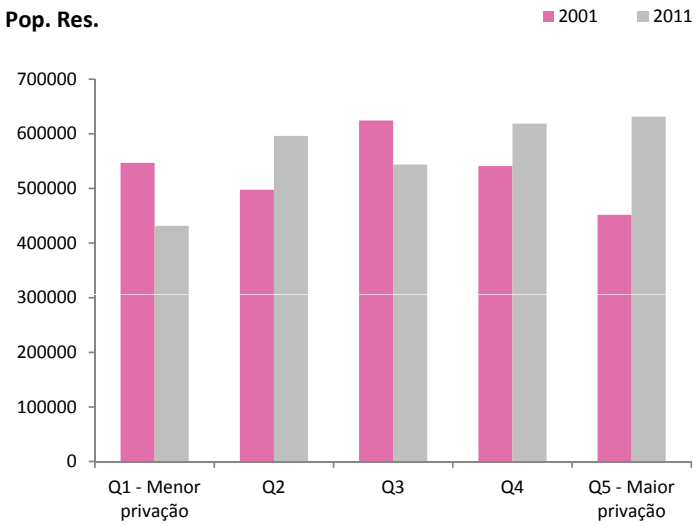
3. Resultados

A figura 1 apresenta a população residente por quintil de privação socioeconómica em 2001 e 2011.

Através da análise da figura 1, verifica-se que em 2001 era o quintil mediano o que englobava as freguesias com mais população residente (23,5% do total da AML), seguindo-se o primeiro quintil, de menor privação. A situação altera-se em 2011, com os quintis superiores, de maior privação, a englobarem as freguesias com mais população. A figura revela alterações da privação socioeconómica entre 2001 e 2011, materializadas no aumento considerável de população a viver em situações de maior precariedade, a par de uma diminuição da população sob condições de maior prosperidade. Em 2001, 546855 habitantes da AML residiam em áreas consideradas mais prósperas, de menor privação, enquanto 451921 residiam em áreas pertencentes ao quintil de maior privação, valores estes que correspondiam, respetivamente, a 20,5% e a 17,0% do total da população residente naquele território. Em 2011, a população residente nas áreas mais prósperas diminuía para 431715 habitantes, enquanto o número de habitantes nas áreas de maior privação aumentava para 631520, correspondendo, respetivamente, a 15,3% e 22,4% da população residente – contabiliza-se um aumento populacional de 179599 habitantes nas áreas mais vulneráveis e uma diminuição de 115140 habitantes nas de maior prosperidade entre 2001 e 2011.

Figura 1

Evolução da população residente nos quintis de áreas privação, 2001 e 2011



Fonte: INE, I.P, Censos 2001 e 2011 (cálculos das autoras)

A cartografia do IPM em 2001 (figura 2) revela um aumento tendencial da privação socioeconómica de oeste para este. Em 2011, o padrão geográfico não apresenta grande alteração, mas a privação socioeconómica agrava-se na margem Norte (mais freguesias nessa margem com valores nos dois quintis de maior privação (figura 3).

Figura 2

Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AML, 2001

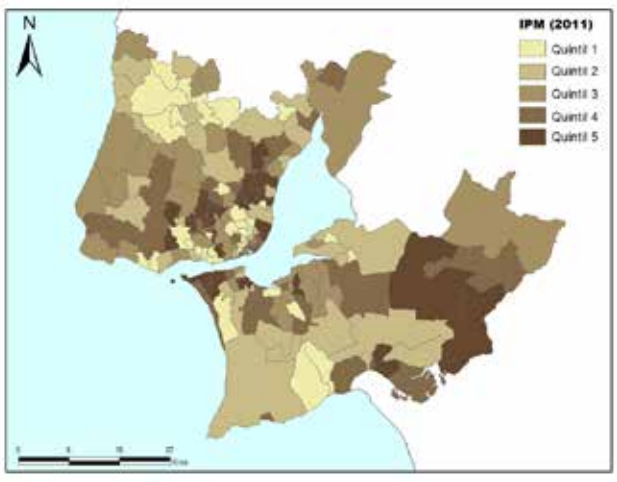
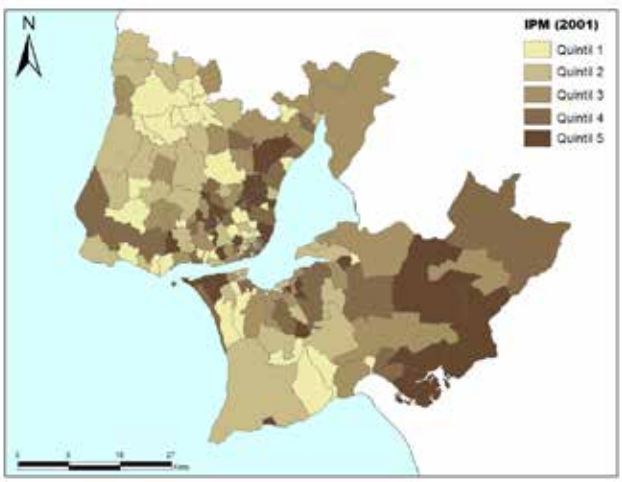


Figura 3

Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AML, 2011



Fonte: INE, I.P, Censos 2001 e 2011 (cálculos das autoras)

Numa análise mais detalhada, destacam-se em 2001 manchas de máxima privação em freguesias de grandes quantitativos populacionais e elevadas densidades demográficas, que podem ser consideradas de grande centralidade metropolitana; estas localizam-se nos municípios de Lisboa, Amadora e Loures, a norte, surgindo a sul em freguesias de Almada, Setúbal e Barreiro. Observa-se, ainda na margem Sul, uma extensa mancha de máxima privação, englobando freguesias de Palmela, com prolongamentos para Setúbal e Montijo, neste último município com valores de privação mais moderados. Contudo, refira-se que esta mancha cartográfica deve ser interpretada com alguma cautela, pois, eventualmente, pode constituir um "outlier" visual, dada a baixa densidade populacional de algumas das freguesias englobadas. Os valores mais baixos de privação socioeconómica surgem em áreas de menor centralidade: no Noroeste da AML, sobretudo em Mafra; a Sul, com menor expressividade, nos municípios de Sesimbra e Seixal.

Em 2011, observa-se uma diminuição do número de freguesias com valores de privação máxima na margem Sul, mais evidente nos municípios de Setúbal e Barreiro, aumentando as situações de maior precariedade a Norte, particularmente em Sintra e Loures. Em Lisboa, Amadora, Loures e Almada permanecem várias freguesias com valores de máxima privação, observando-se uma situação que se poderá designar de "privação de longa duração". A importante mancha de menor privação localizada no município de Mafra continua a destacar-se, embora tenha perdido alguma relevância. Cascais, Mafra, Alcochete e Seixal sobressaem enquanto municípios sem situações de máxima privação (freguesias no quintil superior) no período em análise.

O quadro 1 apresenta um resumo da informação trabalhada para os anos em análise.

Freguesias e populações mais carenciadas nos concelhos da AML

Municípios	Nº freguesias	Pop Residente (total)		Nº de freg. máxima privação (Q5)		Nº freg. max privação em 2001 e 2011	Pop. Res. nas freguesias de máxima privação (Q5)		Pop. Res. nas freguesias de máxima privação (Q5) (% conc)		Pop. Res. nas freguesias de máxima privação (Q5) (% AML)	
		2001	2011	2001	2011		2001	2011	2001	2011	2001	2011
Cascais	6	170 683	206 479	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lisboa	53	564 657	547 733	12	11	9	114 448	96 607	20,3	17,6	4,3	3,4
Loures	18	199 059	205 054	7	8	7	66 013	83 808	33,2	40,9	2,5	3,0
Mafra	17	54 358	76 685	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oeiras	9	162 128	172 120	1	1	1	13 724	15 157	8,5	8,8	0,5	0,5
Sintra	17	363 749	377 835	1	4	1	9 865	139 563	2,7	36,9	0,4	4,9
V.F.Xira	11	122 908	136 886	1	0	0	15 471	0	12,6	0	0,6	0,0
Amadora	11	175 872	175 136	6	7	6	91 936	115 360	52,3	65,9	3,5	4,1
Odivelas	7	133 847	144 549	2	3	2	30 269	41 914	22,6	29	1,1	1,5
Alcochete	3	13 010	17 569	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Almada	11	160 825	174 030	2	3	2	25 273	47 138	15,7	27,1	0,9	1,7
Barreiro	8	79 012	78 764	2	0	0	22 098	0	28	0	0,8	0,0
Moita	6	67 449	66 029	2	2	2	36 072	30 949	53,5	46,9	1,4	1,1
Montijo	8	39 168	51 222	1	0	0	3 536	0	9	0	0,1	0
Palmela	5	53 353	62 831	2	2	2	7 890	8 482	14,8	13,5	0,3	0,3
Seixal	6	150 271	158 269	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sesimbra	3	37 567	49 500	1	0	0	5 793	0	15,4	0	0,2	0
Setúbal	8	113 934	121 185	2	1	0	9 533	52 542	8,4	43,4	0,4	1,9
Total da AML	207	2 661 850	2 821 876	42	42	32	451 921	631 520			17,0	22,4

Fonte: INE, I.P, Censos 2001 e 2011 (cálculos das autoras)

Atendendo ao número de freguesias que, em cada concelho, apresenta valores do IPM no quintil superior, a tabela permite ressaltar os municípios de Lisboa, Loures e Amadora, pelo elevado número de freguesias distinguidas com valores elevados de privação, tanto em 2001 (12, 7 e 6, respetivamente), como em 2011 (11, 8, 7, respetivamente). Todavia, no decurso da década, a situação agrava-se em Loures e Amadora, melhorando em Lisboa. Sintra revela uma situação preocupante de aumento do número de freguesias com máxima privação (de uma em 2001, para quatro em 2011).

Dada a variação da população nas freguesias, efetuou-se uma análise atendendo à população residente nas freguesias englobadas no quintil de máxima privação e respetiva percentagem em relação ao total do concelho e da AML. A análise da população concelhia residente em áreas de grande privação enquanto percentagem

do total do município evidencia os elevados e crescentes valores de população residente em condições de grande vulnerabilidade na Amadora (52,3% e 65,9% da população concelhia em situação de grande privação, respetivamente em 2001 e 2011) e em Loures (33,2% da população em 2001 e 40,9% da população em 2011 em áreas de grande privação). O município da Moita emerge como área de grande vulnerabilidade, observando-se situações de grande privação em duas das suas seis freguesias, que englobam 53,5% (2001) e 46,9% (2011) do total da população do município. Esta situação não tinha sobressaído na anterior análise cartográfica (figuras 2 e 3), dado o diminuto impacte visual da mancha espacial correspondente. Setúbal, onde o mapa tinha sublinhado diminuição do número de freguesias pertencentes ao quintil de máxima privação, vê afinal aumentar de forma dramática a população em áreas de maior privação, de 8,4% em 2001 para 43,4% da população concelhia em 2011. Em Sintra, aumenta de um para quatro o número de freguesias com valores máximos de privação, concretizando-se este alargamento geográfico num aumento de 2,7% para 36,9% da população do município sob condições de grande vulnerabilidade. Odivelas e Almada revelam aumento de uma freguesia com valores de grande privação (duas freguesias em 2001 e três em 2011), acompanhado de um acréscimo considerável da percentagem de população em situações de maior vulnerabilidade, sobretudo em Almada (15,7% em 2001 e 27,1% em 2011). Em Oeiras e Palmela, a privação socioeconómica mantém-se estável entre 2001 e 2011 (uma freguesia em Oeiras e duas em Palmela), quer em 2001, quer em 2011. Nos municípios do Montijo, Vila Franca de Xira, Sesimbra e Barreiro observa-se uma melhoria da situação no decurso da década (de forma crescente pela ordem indicada), deixando de apresentar situações de grande privação em 2011. Cascais, Mafra, Alcochete e Seixal, como já referido, não apresentam freguesias no quintil de máxima privação.

Observando a percentagem de população residente nas freguesias de maior privação em relação ao total da população da AML, destacam-se três situações distintas: os elevados e crescentes valores da população em situação de grande vulnerabilidade na Amadora (3,5% e 4,1% da população da AML, respetivamente em 2001 e 2011) e em Loures (2,5% em 2001 e 3% em 2011); os elevados mas decrescentes valores da população nestas condições do município de Lisboa (correspondendo a 4,3% e 3,4% do total da população da AML, respetivamente em 2001 e 2011); as situações de "nova" precariedade, mais preocupantes em Sintra (aumenta de 0,4% em 2001 para 4,9% em 2011 a população do concelho em situação de grande privação face ao total da AML) e ainda Setúbal, embora de forma muito menos expressiva (0,4% em 2001 para 1,9% em 2011).

4. Discussão

A análise cartográfica da privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa revela *hotspots* de privação localizados sobretudo em Lisboa, Loures, Amadora, Almada, Setúbal e Barreiro, em 2001; Lisboa, Loures, Amadora, Sintra e Almada, em 2011. Os mapas sublinham ainda uma extensa área de máxima privação em Palmela; todavia, neste caso, é maior a impressão visual causada pela mancha dos mapas do que a importância da privação retratada, dado que se trata de uma área com baixa densidade populacional. Um fenómeno inverso ocorre no concelho da Moita, onde uma fraca impressão visual contrasta com elevados valores de população residente. Mafra, Sesimbra, Seixal, Alcochete e Cascais revelam-se áreas de menor precariedade, tanto em 2001 como em 2011.

A análise efetuada sublinha também o aumento considerável de população a viver nas áreas de maior privação entre 2001 e 2011, acompanhado de diminuição da população nas áreas de maior prosperidade. Sublinha, ainda, uma diminuição (2001-2011) no número de municípios que apresentam freguesias com valores de máxima privação, de 14 em 2001 para 10 em 2011. Pode resumir-se a evolução observada referindo aumento e concentração espacial da privação socioeconómica entre 2001 e 2011.

Com base nas diferentes situações observadas na AML, elaborou-se uma tipologia de áreas de risco em três grandes grupos, identificados por características comuns, mas não homogéneos, que se designaram como "Áreas de Risco Permanente", "Áreas de Risco Iminente" e "Áreas de Baixo Risco". Atendendo às principais diferenças encontradas neste grupos, efetuaram- alguns subconjuntos, de modo a facilitar a compreensão e interpretação do fenómeno em análise.

1. Áreas de risco permanente**:** As áreas de risco permanente correspondem a municípios com freguesias de grande privação continuada, que se podem caracterizar como sofrendo de uma "privação de longa duração", observando-se elevados valores de privação em 2001 e 2011. Estas áreas classificam-se em duas categorias: áreas de risco severo e persistente e áreas de risco estável e contido.

1.1. Consideram-se áreas de risco severo e persistente algumas freguesias dos municípios de Lisboa, Amadora, Loures, Odivelas, Almada e Moita. Destes, apenas em Lisboa se regista alguma alteração favorável no número de freguesias com máxima privação de 2001 para 2011; nos restantes, as freguesias de maior privação não só se mantêm, como aumentam em alguns casos. Neste conjunto, as principais diferenças ocorrem na magnitude e evolução da privação socioeconómica entre 2001 e 2011. Amadora, Loures, Odivelas e Almada apresentam valores crescentes de população (em valor absoluto e percentual) sob condições de grande precariedade, revelando agravamento da situação de 2001 para 2011; Lisboa e Moita conhecem um desagravamento da situação, registando diminuição da população (absoluta e relativa) em áreas de privação máxima de 2001 para 2011.

1.2. Áreas de risco estável e contido correspondem a freguesias que apresentam uma privação socioeconómica de longa duração, que se mantém praticamente inalterada no período em análise, mas onde os quantitativos populacionais (absolutos e relativos) afetados pela privação tornam o fenómeno menos preocupante que nos casos anteriores. Oeiras e Palmela englobam-se neste subconjunto, observando-se aí pequenos aumentos de população absoluta nas áreas de máxima privação (não se verificando em Palmela aumento na percentagem de população concelhia nestas áreas).

2. Áreas de risco iminente (severo e explosivo): englobam-se neste conjunto freguesias de Sintra e Setúbal, caracterizadas pelo aumento dramático da privação socioeconómica no período em análise. Emergem, pois, como áreas de recente e grande vulnerabilidade, pelo que as consequências nas condições de vida e de saúde das populações podem ainda não se ter manifestado. Devem constituir-se como espaços de observação e intervenção prioritária, a fim de minimizar os impactes negativos que o aumento da privação poderá acarretar na vida dos seus residentes. Sintra revela uma situação particularmente frágil, dado o "alastramento" espacial da privação entre 2001 e 2011, o que não sucedeu em Setúbal. Acresce que, dada a elevada densidade populacional da área, encontra-se em Sintra 4,9% da população da AML em situação de máxima privação (1,9% em Setúbal).

3. Áreas de baixo risco: As áreas de baixo risco correspondem a municípios cujas freguesias não apresentam valores de privação máxima em 2011, embora em alguns casos se tenham observado freguesias com máxima privação em 2001. Incluem as áreas de baixo risco recente e as áreas de baixo risco permanente.

3.1. Consideram-se áreas de baixo risco recente os municípios de Vila Franca de Xira, Montijo, Sesimbra e Barreiro. Estes caracterizam-se por uma evolução muito positiva ao nível do indicador observado, registando-se a passagem de uma situação de risco moderado em 2001 (uma ou duas freguesias com valor de privação máximo), para baixo risco em 2011. O Barreiro apresenta a evolução mais notória (duas freguesias com privação máxima em 2001, contendo 28% da população concelhia).

3.2. Áreas de baixo risco permanente correspondem a municípios que não apresentam freguesias de máxima privação no período em análise, podendo ser consideradas áreas com características promotoras da qualidade de vida das suas populações. Englobam-se neste conjunto os concelhos de Cascais, Mafra, Alcochete e Seixal.

5. Conclusão

A análise da privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa, baseada num indicador compósito especificamente desenvolvido para o período em análise, revela um território metropolitano marcado por profundas assimetrias. Áreas de risco permanente e iminente surgem no território metropolitano, criando uma geografia que penaliza alguns municípios. Nestas áreas, e atendendo unicamente aos valores do IPM, é expectável que as questões relacionadas com a qualidade de vida e a saúde da população ganhem relevância. A escassez de oportunidades e os constrangimentos que previsivelmente afetarão o desenrolar da vida

quotidiana dos residentes nestes territórios, poderá resultar na adoção de estilos de vida menos saudáveis e mais stressantes. Algumas freguesias de Loures, Lisboa e Amadora, consideradas como áreas de risco severo e persistente, revelam as situações mais preocupantes. Pressupondo que os impactes da privação socioeconómica sejam diferenciados consoante a duração temporal em que se manifestam, estas serão as áreas de maior vulnerabilidade na AML. Nestes territórios, as questões relacionadas com a saúde e a qualidade de vida ganham uma importância acrescida, pois a todos constrangimentos aí colocados ao desenrolar da vida quotidiana, neles se viverá menos saudavelmente, morrendo-se também prematuramente. Opõem-se os territórios de baixo risco, recente e permanente, que têm conseguido desafiar e responder ao agravamento das condições macroeconómicas, mantendo ou até melhorando a sua estrutura de oportunidades ao longo do tempo, possibilitando assim que a sua população usufrua das condições necessárias ao desenvolvimento de vidas ativas e saudáveis, com consequências no seu estado de saúde. O próximo trabalho a publicar nesta revista tentará esclarecer estas ilações.

6. Bibliografia

Benzeval M, Judge K (2001). Income and health: The time dimension. *Social Science & Medicine*, 52, p. 1371-1390.

Carstairs V, Morris R (1991). *Deprivation and Health in Scotland*. Aberdeen University Press, Aberdeen.

Capucha L (2001). Pobreza e Exclusão Social. Cadernos de Geografia, nº especial, Actas do Terceiro Colóquio de Geografia de Coimbra, p. 173-195.

Elstad J (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Norwegian Social Research, NOVA, Oslo.

Freudenberg N (2013). Reducing inequalities in child obesity in developed nations: What do we know? What can we do?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31, p. 115-122.

Jhund P (2010). Socioeconomic deprivation and cardiovascular disease. Tese de Doutoramento, Universidade de Glasgow, Glasgow. http://theses.gla.ac.uk/2213/1/2010jhundphd.pdf

Loslier L (1997). Contrôle, Ambiocontrôle et Santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p. XXXI-XXXII.

McLeone P (2004). *Carstairs Scores for Scottish Postcode Sectors from the 2001 Census.* MRC Social & Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow (texto policopiado).

Nogueira H, Remoaldo P (2013). Variações e desigualdades socioterritoriais em saúde". In: Remoaldo P, Nogueira H (coord.), *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Edições Colibri, Coimbra, p. 11-27.

Nogueira H (2010). Deprivation amplification and health promoting resources in the context of a poor country. *Social Science & Medicine*, 70, p. 1391-1395.

Nogueira H (2009). Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa. *Revista de Estudos Demográficos*, 45, p. 29-47.

Nogueira H (2008). Vulnerabilidades do ambiente local - impactes no estado de saúde auto-avaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa. *Revista de Estudos Demográficos*, 43, p. 5-18.

Nogueira H (2007). Territórios de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa. In: Santana P (coord.), *A Cidade e a Saúde*. Edições Almedina, Coimbra, p. 133-141.

Pringle D, Cook S, Poole M, Moore A (2000). *Cross-Border Deprivation Analysis. A Summary Guide*. Oak Tree Press, Dublin.

Saint-Jacques N, Dewar R, Cui Y, Parker L, Dummer T (2014). Premature mortality due to social and material deprivation in Nova Scotia, Canada. *International Journal for Equity in Health*, 13, p. 94-106.

Smith G, Whitley E, Dorling D, Gunnell D (2001). Area based measures of social and economic circumstances: cause specific mortality patterns depend on the choice of index. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 55, p. 149-150.

Stafford M, Marmot M (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally?. *International Journal of Epidemiology,* 32, p. 357-366.

Townsend P (1993). The international analysis of poverty. Harvester Wheatsheaf, Londres.

Van Lenthe F, Brug J, Mackenbach J (2005). Neighbourhood Inequalities in Physical Inactivity: The Role of Neighbourhood Attractiveness, Proximity to Local Facilities and Safety in the Netherlands. Social Science & Medicine, 60, p. 763-775.

Censos / Registos da população (abordagens alternativas)

Autor: **Humberto Moreira**
INE, REC – Serviço de Relações Externas e Cooperação
humberto.moreira@ine.pt

Recent Trend Concerning Census / Population registers (alternative approaches)

Resumo:

É essencial dispor de informação estatística sobre a população residente para a avaliação do respetivo volume, composição, distribuição e mudanças de residência. Estas últimas estão relacionadas com as variações geográficas da população migrante, relativamente ao volume, composição e fluxos de origem/destino. Estas informações básicas para os estudos demográficos, e em particular para os migratórios, provêm sobretudo dos recenseamentos periódicos da população[1], de inquéritos e dos registos administrativos. Estes últimos são cada vez mais utilizados, pelo menos na Europa, para as estatísticas da população, nomeadamente para a observação dos movimentos migratórios internos e internacionais.

Muitos países já levaram à prática métodos de recolha de dados, alternativos ao tradicional método censitário, em que todos os indivíduos são contactados diretamente para a recolha da informação demográfica, social e económica, através do preenchimento dos questionários do censo da população. Cada vez mais esta informação individual é recolhida através de registos administrativos, que permitem uma atualização mais frequente dos dados, normalmente com periodicidade anual. Os recenseamentos da população, geralmente realizam-se em intervalos de 10 anos.

Para os censos à volta de 2010-2011, em 39 países europeus, quase metade (17 países) optou por uma abordagem alternativa aos recenseamentos da população, na maioria dos casos com base em registos da população, de forma exclusiva, como a Dinamarca, Áustria e Finlândia, ou em combinação com outras fontes de dados (República Checa, Estónia, Letónia, Lituânia, Itália e Espanha). A maioria dos países europeus (21) ainda continua a utilizar

[1] As Nações Unidas recomendam que os países realizem um censo da população pelo menos uma vez a cada dez anos.

o método tradicional de recenseamento, de recolha domiciliária, entre os quais se encontram a Grécia, Portugal, Irlanda e o Reino Unido. A França utilizou o "rolling census" ao longo de cinco anos consecutivos, em que os municípios com menos de 10 000 habitantes são inquiridos por completo e os restantes municípios, em 8% das habitações por cada ano (40% no total). Ao todo cerca de 70% da população em França foi recenseada ao longo de cinco anos. Este método foi desenvolvido para melhorar a frequência dos dados publicados e distribuir, ao longo de um maior período, os encargos financeiros e humanos associados ao censo. Este método foi apenas adotado em França.[2]

Palavras-chave: População residente, censo, registo administrativo da população, movimentos naturais e migratórios, mudança de residência, base de dados personalizada, n.º de identificação pessoal.

Abstract:

It is essential to have statistical information on the resident population for the assessment of their volume, composition, distribution and changes of residence. The latter are related to the geographical variations of the migrant population, relative to the volume, composition and flows of origin / destination. These basic information for demographic studies and in particular to migration, come mainly from periodic population censuses[3], surveys and administrative records. These are increasingly used, at least in Europe, for the population statistics, namely for the observation of internal and international migration.

Many countries have already led to practical data collection methods, alternative to the traditional census method, in which all individuals are contacted directly for the collection of demographic, social and economic information, by completing the population census questionnaires. Increasingly this individual information is collected through administrative records, which allowed more frequent updating of data, usually on an annual basis. Population censuses, usually take place at intervals of 10 years.

For censuses around 2010-2011, in 39 European countries, almost half (17 countries) opted for an alternative approach to population censuses, in most cases based exclusively on population registers, such as Denmark, Austria and Finland, or in combination with other data sources (Czech Republic, Estonia, Latvia, Lithuania, Italy and Spain). Most European countries (21) still continue to use the traditional method of census, dwellings data collection, among which are Greece, Portugal, Ireland and the United Kingdom. France used the "rolling census" over five consecutive years, in which municipalities with less than 10,000 inhabitants are surveyed completely and the remaining municipalities in 8% of dwellings per year (40% in total). Altogether approximately 70% of the population was surveyed in France over five years. This method was developed to improve the frequency of published data and distribute the human and financial costs associated with the census. This method has been adopted only in France[4].

Keywords: Resident population, census, administrative population register, natural and migratory movements, change of residence, individual database, personal identity number.

[2] Fonte: "Report on the Results of a Survey on Census Methods used by Countries in the 2010 Census Round" – Department of Economic and Social Affairs, United Nations Statistics Division.

[3] The United Nations recommends that countries conduct a census of the population at least once every ten years.

[4] Source: "Report on the Results of a Survey on Census Methods used by Countries in the 2010 Census Round" – Department of Economic and Social Affairs, United Nations Statistics Division.

1. Migrações *(metodologia e categorias de análise)*

A migração é uma forma de mobilidade geográfica[1] ou mobilidade espacial de um país para outro ou, dentro do mesmo país, de uma região para outra, envolvendo em geral a transferência de residência habitual (onde reside a maior parte do ano) do lugar de origem para o lugar de destino. A migração permanente (igual ou superior a um ano) é distinta dos movimentos migratórios temporários (inferiores a um ano) que não ocasionam uma mudança de residência habitual. Na prática é difícil de distinguir entre migrantes e pessoas em trânsito, no entanto procura-se determinar a diferença com base na duração da ausência, da residência anterior ou na duração da permanência na nova residência.

Ao movimento migratório dentro das fronteiras de determinado país é chamado migração interna. Quando se trata de um país para outro país, a deslocação populacional é denominada migração internacional ou migração externa. As palavras imigração e emigração referem-se ao movimento para dentro e para fora, respectivamente, de um certo território. A migração processada dentro de um mesmo país e que consiste na mudança de residência entre diferentes partes desse território constitui a migração interna.

O termo movimento migratório é usado como parte do movimento geral da população devido à migração, deslocação de uma região para outra ou de um país para outro. O total de entradas de imigrantes e saídas de emigrantes constitui a migração total ou o volume total das migrações. A migração líquida, também chamada saldo migratório, é a diferença entre as entradas e saídas. Quando as entradas excedem as saídas, há uma imigração líquida e, no caso inverso, uma emigração líquida.

As estatísticas migratórias permitem o conhecimento do volume das migrações, da origem/destino dos movimentos migratórios e das características dos migrantes. A exatidão com que cada um desses aspetos é apurado depende do método de elaboração, pois as estatísticas sobre os fluxos migratórios (internos e internacionais) consistem mais de estimativas do que avaliações precisas. O levantamento direto das migrações requer um registo contínuo dos movimentos migratórios, onde as mudanças de residência sejam comunicadas às autoridades administrativas, como sucede as com ocorrências vitais (nascimentos, casamentos, divórcios e óbitos).

Os registos de população possibilitam a disponibilidade de informação estatística sobre as mudanças de residência internas e internacionais. As pessoas que mudam de residência para um novo município são adicionadas ao respectivo registo municipal da população. Da mesma forma devem informar o registo municipal da residência anterior.

2. Fontes de dados *(migrações e população migrante)*

As fontes de dados utilizadas para produzir estatísticas sobre migrações caracterizam-se geralmente pela diversidade, tanto ao nível mundial, como ao nível europeu. A principal fonte de informação para a recolha de dados estatísticos, relativos aos fluxos migratórios internos, continua a ser os recenseamentos da população (Censos). Não obstante esta supremacia dos Censos, existe uma considerável heterogeneidade, entre os países, no modelo de recolha de dados, em parte devido à ausência de padrões estatísticos internacionais para a medição das migrações internas.

A Divisão de População[2] das Nações Unidas é responsável por fornecer à comunidade internacional informações atualizadas e cientificamente objetivas sobre a população e seu desenvolvimento. Compromete-se a realizar estudos regulares sobre estimativas da população e projeções, fecundidade, mortalidade e migração, nomeadamente a migração interna.

---

[1] A mobilidade geográfica é a deslocação de pessoas no território nacional ou entre países distintos, mas não se refere a pessoas em turismo ou curtas deslocações por motivos profissionais. A mobilidade geográfica implica em regra a mudança de residência. A migração é uma forma de mobilidade geográfica.

[2] www.unpopulation .org.

Ao nível global, a partir de 2005 até 2013, estimava-se que mundialmente havia cerca de 763 milhões de pessoas que residiam no seu próprio país, mas fora da sua região de nascimento[3]. A migração interna redistribuiu uma proporção considerável de população nas várias regiões de cada país.

Este estudo[4] de investigação internacional, comparando os métodos de recolha sobre as migrações internas em todo o mundo visa cobrir os 193 estados membros das Nações Unidas. Em 2013, este estudo já tinha sido realizado em 179 países membros da ONU.

Sobre a origem da informação estatística das migrações internas, os Censos da População são a fonte mais comum (142 países, entre o período 1995-2004; 106 países, entre 2005-2014). Este último número deverá aumentar, à medida que os censos populacionais, deste último período referenciado, estejam concluídos.

Globalmente, em relação aos períodos mencionados, existem 50 países cuja fonte de dados sobre migrações internas são obtidos, em parte ou na totalidade, através dos registos da população ou extraídos de outras fontes administrativas oficiais mais específicas. Os registos populacionais ou outras fontes registrais de residentes, principalmente na Europa, estão-se a tornar cada vez mais comuns para a recolha, tanto dos dados estatísticos sobre os movimentos naturais, como sobre os migratórios, inclusive as migrações internas. Aliás, em paralelo, verifica-se progressivamente a cessação dos censos tradicionais e a progressão dos registos de residentes.

Outras fontes como os inquéritos amostrais junto dos agregados familiares disponibilizam dados sobre migrações internas, entre os quais se destaca o Inquérito às Forças de Trabalho[5], realizado nos 28 estados-membros da União Europeia. O Inquérito ao Emprego (IE) recolhe dados demográficos, dos quais se inclui: data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, sexo, residência, entre outras variáveis demográficas. Relativamente à residência, inclui a residência atual como a residência um ano atrás no território nacional ou no estrangeiro.

Tendo em conta a falta de refrescamento da informação estatística censitária sobre as migrações internas, por motivo do período decenal dos recenseamentos da população, os dados do Inquérito ao Emprego podem exercer uma função de complementaridade à inexistência de informação sobre as migrações internas, durante os períodos intercensitários. Contudo a disponibilização dos fluxos migratórios internos encontra-se dependente dos critérios de fiabilidade definidos pelos INE's ou outras autoridades estatísticas oficiais, responsáveis pelos respectivos dados.

3. Recenseamentos versus registos da população *(evolução inversa favorável aos últimos)*

Há cada vez mais países que suspenderam a necessidade de realizar censos demográficos decenais, dado que, através da adoção de um sistema de registo público de residência, as estatísticas populacionais são continuamente atualizadas com base nas informações disponíveis individualmente nos diversos registos. Nos vários países analisados com registos de população há uma variável identificadora comum a todos. Trata-se do **número de identificação único**, atribuído exclusivamente a uma pessoa, que permite que as informações em diferentes registos (nascimento, morte, casamento, domicílio, etc.) se encontrem vinculadas individualmente a cada residente[6] e transmitidas para registos centrais a fim de serem periodicamente atualizadas.

A vinculação centralizada de registos populacionais, constituídos a partir de uma base descentralizada, significa que possibilite a disponibilidade, tanto ao nível nacional como ao nível regional ou local, de informação estatística sobre o número de residentes, a variação populacional para determinados períodos, p. ex. anuais, e o respectivo movimento natural e migratório interno ou internacional.

[3] New Trends in Migration: Demographic Aspects (2013), UN/New York.
[4] Cross-national comparison of internal migration (IMAGE).
[5] Inquérito ao Emprego, em Portugal.
[6] O cartão de cidadão encontra-se vinculado aos seguintes número individualizados: identificação fiscal, segurança social, utente de saúde e de eleitor.

Os dados básicos dos registos da população são nascimentos, mortes, casamentos, nacionalidade, migração (mudança de residência) etc. Os registos de população podem abranger também as relações familiares (ou seja, pais, cônjuges) e a componente habitação, permitindo que os dados sobre os indivíduos possam ser interligados por família e por lar. Alguns países nórdicos incluem também informações sobre saúde, educação, emprego e rendimento no âmbito do registo da população.

Quanto ao volume das variáveis registráveis é diversificado, em função do historial e das atribuições que os países adotam quanto à diversidade das informações a observar. As questões relacionadas com a garantia da privacidade e da confidencialidade dos conteúdos dos registos podem limitar a composição dos registos da população; cuja recolha tem sempre uma base personalizada, associada a um número único de identificação.

A contagem atualizada da população residente é da maior importância para qualquer país, bem como para as suas diversas áreas territoriais e nos mais diversos aspetos sociodemográficos e socioeconómicos. Os resultados apurados na ótica do utilizador são a principal fonte para o planeamento nas áreas da saúde, educação, emprego, transporte, redes viárias, entre outras.

4. Registos da população residente[7] *(reunir informação dispersa com atualização permanente)*

Predominantemente, os dados sobre as migrações internas têm como fonte os censos da população, na generalidade, realizados com periodicidade decenal. Apesar de ainda continuarem a ser a fonte mais utilizada, como já mencionado anteriormente, há cada vez mais países que estão a adotar sistemas de registo da população, continuamente atualizados, que fornecem dados sobre os movimentos migratórios (internos ou externos) e também sobre os movimentos naturais (natalidade, mortalidade, nupcialidade, divorcialidade).

A cada pessoa é atribuído um número de identificação único, que permite que as informações disponíveis em diferentes registos centralizados ou descentralizados, mas com vinculação central, possam fornecer estatísticas sobre a população (stock e movimentos), tanto ao nível nacional como regional. O registo da população é um mecanismo de registo de atualização contínua, em função das informações selecionadas para o efeito, identitárias de cada indivíduo da população residente. A existência deste modelo de registo, para além da contagem dos habitantes de uma determinada área geográfica (stock), disponibiliza os movimentos migratórios e também as características demográficas ou sociais das respectivas áreas geográficas de domicílio.

As mudanças de residência são também objeto de observação e respectiva atualização. O ***PIN/Personal Identity Number*** (número de identificação pessoal), conjuntamente com o local de residência prévia e atual, são informações chave na generalidade dos registos de residentes. Estas fontes de notação estatística permitem o conhecimento, tanto no que se refere à migração interna, como à internacional, através do registo de alterações de residência (saídas e entradas).

Os países nórdicos europeus: Dinamarca; Finlândia; Noruega, Suécia e também a Islândia, prescindiram de realizar os recenseamentos tradicionais, há alguns anos já. A Dinamarca foi o primeiro país (1981) a desenvolver os censos da população e da habitação através dos registos administrativos. Outros países nórdicos, como Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia combinam os registos da população com os registos da habitação (edifícios e alojamentos) para realização dos últimos censos da população e da habitação (2010/2011).

Na União Europeia foi estabelecido um conjunto de regras comuns para os próximos recenseamentos da população e habitação ***"Regulamento (CE) 763/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Julho de 2008"***. Este regulamento permitiu aos Estados-membros elaborar as estatísticas sobre a população e a habitação a partir de diferentes fontes: recenseamentos clássicos, com base em registos, ou com uma combinação com base em registos e em recenseamentos clássicos ou inquéritos por amostragem.

[7] O registo dos residentes é genericamente uma base de dados da administração pública com informações sobre a residência atual das pessoas. Em países onde o registo de residente é obrigatório, a mudança do local de residência deve ser comunicada ao serviço de registo de residentes, dentro de poucos dias após o estabelecimento da nova residência. Em alguns países, a informação sobre a nova residência torna indispensável a atualização dos cadernos eleitorais, das cartas de condução, dos registos de propriedade, do sistema tributário, entre outros registos administrativos.

5. Países Nórdicos da Europa *(Cinco primeiros países, culturalmente próximos)*

- **Dinamarca** - O registo obrigatório para todos os residentes é gerido pelo ***"Folkeregister"***[8] que distribui número de identificação pessoal. O ***"Folkeregister"*** dispõe de delegações em todos os municípios. Os estrangeiros também têm a obrigatoriedade de se registar, num prazo de cinco dias, quando têm a intenção de ficar no país mais de seis meses. O número de identificação é exclusivamente pessoal e mantém-se ao longo da vida, mesmo que a pessoa tenha mudado de residência para o estrangeiro. A administração pública da Dinamarca usa este número para a identificação pessoal para acesso a qualquer serviço.

- **Finlândia** - O registo é obrigatório para todos os residentes, gerido pelo ***"Väestörekisterikeskus"***[9], Serviço federal que atribui o número de identificação pessoal à nascença. Na mudança de residência, o residente apenas precisa de declarar o novo endereço no referido registo de residentes. Este serviço, por sua vez, tem a responsabilidade de atualizar o seu novo endereço noutros serviços administrativos. Embora isso se torne mais fácil para lidar com as atualizações em vários serviços, também tem sido criticado pela eventual falta de privacidade dos dados pessoais.

- **Islândia** - A Islândia tem um registo central de residentes e um registo de propriedades (Cadastro predial). A inscrição é obrigatória, a cada residente está atribuído um número de registo islandês ***"kennitala"***. O registo nacional de residentes funciona como registo eleitoral. Para os estrangeiros a inscrição no registo nacional de residentes é da competência do Serviço de Imigração. O registo central de residentes é da competência do serviço *"Estatísticas da Islândia"*[10], nas funções de administração e supervisão. O número de identificação é emitido no momento do nascimento de todas as crianças nascidas na Islândia e no primeiro registo de todas as pessoas que estabelecem residência no país.

- **Noruega** – O registo de residentes ***"Folkeregisteret"***[11] é obrigatório, mas os estrangeiros só precisam de se registar quando pretendem ficar mais do que três meses no país. A autoridade tributária norueguesa é a entidade responsável pela exaustividade e atualização do registo nacional de residentes. Este registo constitui a base para o registo fiscal, eleitoral, segurança social e também para as estatísticas populacionais. O número de identificação pessoal é também atribuído aos cidadãos noruegueses que vivem noutro país, é uma condição para se poder emitir um passaporte norueguês. A mudança de residência dentro ou para fora da Noruega deve ser comunicada à respectiva municipalidade, próxima ou anterior residência, segundo cada um dos casos.

- **Suécia** – O registo da população é obrigatório ***"Folkeregister Sverige"*** que administra o número de identidade pessoal (personnummer), vitalício e exclusivo, mesmo que a pessoa já tenha emigrado para o estrangeiro. Os estrangeiros só precisam de se registar quando têm a intenção de ficar mais de seis meses na Suécia. Todas as empresas que se inscrevam para o acesso ao registo de residente, tais como empresas de telefones, eletricidade e outras empresas, são informadas da mudança de local de residência de um individuo no registo de população. O novo endereço é transmitido a essas empresas, sem necessidade do indivíduo ter de o a fazer. Há quem considere prós e contras neste processo, se por um lado liberta as pessoas de tarefas administrativas (prós), por outro lado há críticas pela falta de privacidade de dados pessoais (contras). O documento de identificação pessoal é emitido e administrado pelo Sistema Fiscal Sueco ***"Skatteverket"***.[12]

6. Outros países da Europa *(metodologias diferentes, resultados idênticos)*

- **Áustria** – Os registos de residentes regionais, a partir de 1 de Março de 2002, foram centralizados no registo nacional de residentes ***"Zentrales Melderegister/ZMR"***. Apesar de em algumas cidades maiores continuarem a haver registos locais ***"Lokales Melderegister/LMR"***, que são sincronizados com o registo nacional. Cada residente tem um número único (ID) "ZMR-Zahl" no registo central de residentes. A

[8] Registo Central da População (Det Centrale Personregister).
[9] Organismo do Governo Finlandês responsável pelo registo da população e dos edifícios, sob o controle do Ministério das Finanças.
[10] Equivalente em Portugal ao Instituto Nacional de Estatística
[11] Registo nacional da população.
[12] Estrangeiros residentes: cruzamento de dados entre o "Skatteverket" e o Serviço de Imigração.

população estrangeira e apátrida residente está inscrita no *"Registo Suplementar de Residentes"*, com um número de identificação individual respeitante a este registo. Com a Lei dos Censos, de 16 de Março de 2006, a informação necessária para os recenseamentos da população deixou de ser inquirida por contacto direto junto dos habitantes na Áustria, passando a fazer-se a partir dos registos administrativos populacionais. O Censo da População de 2011 (31 de Outubro) foi realizado com base na informação administrativa do registo da população.

- **Alemanha** – Na Alemanha, os registos da população residente eram administrados ao nível dos estados federais *(Länder)*, devido à oposição de existir um número único de identificação pessoal. Em 2008, um novo sistema de identificação foi estabelecido, a partir do número nacional de contribuinte, baseado no conceito de residência principal: ***Identifikationsnummer*** (apenas para pessoas singulares). No entanto, o registo de residente federal ***"Bundesmelderegister"*** foi ativado, em paralelo com o registo estadual. Pelo contrário, os estrangeiros residentes na Alemanha, mesmo que residam há mais de cinquenta anos, estão inscritos no Registo Central de Estrangeiros ***"Ausländerzentralregister"***. Na Alemanha a nacionalidade está estabelecida no *jus sanguinis* (direito de sangue), de acordo com a ascendência, os nascidos no estrangeiro se provarem ter ascendência alemã podem adquirir a nacionalidade alemã. A mudança de residência, de nacionais ou estrangeiros, deve ser atualizada dentro de uma a duas semanas, conforme o estado. O último censo (2011) foi realizado pelo Instituto Federal de Estatística ***"Statistischen Bundesamtes" (Destatis)*** e caracterizou-se pela utilização de dados cadastrados no registo central de residentes, como dados demográficos, residência, emprego e outros. Os registos estaduais ou municipais continuam com a função dos registos de propriedades. A parte do recenseamento da habitação (edifícios e alojamentos), apesar de coberta por registos administrativos foi também objeto de entrevista direta como fonte complementar. Do mesmo modo as variáveis não cobertas pelos registos centrais ou regionais foram igualmente objeto de inquirição dos entrevistadores dos Censos 2011 (9 de Maio). No entanto, este novo método de recenseamento resultou significativamente em termos de menores custos financeiros relativos a esta operação estatística censitária.

- **Holanda** – O registo de residente é obrigatório e deve ser executado no ***"Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens ou GBA"***. No entanto, o ato de registo é efetuado nas secretarias municipais da *"Administração Básica de Informações Pessoais"* de todos os municípios holandeses. A mencionada base de dados de residentes, embora centralizada, é alimentada por todos municípios da Holanda. Todos os residentes da Holanda (nacionais e estrangeiros) são obrigados a se registarem no município onde residem[13]. A cada residente é atribuído um número de referência. Em qualquer falta de atualização ou de incorreção do domicílio de um residente, o município onde a pessoa reside pode impor uma pesada multa.

- **Suíça –** O registo de residência é obrigatório. Todos os residentes na Suíça são obrigados a registarem-se nos municípios (comunas) da residência atual num prazo de três meses. Os residentes estrangeiros estão também sujeitos a registarem-se no Serviço Federal de Imigração. Cada mudança de residência deve ser registada nestes serviços, incluindo os que se deslocam para o estrangeiro. O último recenseamento da população (31.12.2010) baseou-se na exploração dos dados administrativos sobre residentes (cantões e comunas) e nos registos federais sobre população e habitação. Apenas a informação estatística recomendada por organizações internacionais, tais como as Nações Unidas e a União Europeia, que não constava nestes registos foi objeto de recolha em inquéritos por amostragem.

- **Itália -** Na Itália, o registo de residência é obrigatório. O registo da população residente é da competência do ***"Anagrafe"***, existente em todas as comunas (unidade básica territorial de Itália)[14]. A divisão territorial de Itália é constituída por três níveis: região (1º nível), província (2º nível) e comuna (3º nível). O *Anagrafe* é um sistema descentralizado, todos os residentes em Itália devem estar registados na respectiva comuna de residência, competindo à guarda municipal autenticar este registo. No entanto, o *Anagrafe* está organizado de acordo com a divisão territorial do país: nível municipal, provincial, regional ou nacional. A mudança de residência no território nacional implica o registo na comuna da nova residência e o cancelamento da residência anterior, a confirmação oficial pode levar até quatro meses. Todos os que se deslocam para o exterior para fixação de residência estão registados no *Anagrafe* como nacionais residentes no estrangeiro ***"Anagrafe degli Italiani residen all'Estero" (AIRE)***. Quando retornam para residir em Itália são retirados do AIRE e novamente registados no *Anagrafe*. Este registo de população residente,

[13] Bevolkingsregister.
[14] Correspondente a concelho em Portugal.

apesar de autónomo, tem uma estreita relação com o *"Registo Civil"*, no que se refere aos nascimentos, casamentos, óbitos, naturalizações, divórcios, adoções e outras competências do registo civil. O *Anagrafe* disponibiliza dados sobre a população residente e a sua estrutura e variações populacionais, indicadores demográficos, balanço demográfico mensal, estrangeiros residentes em Itália e outros dados sobre os movimentos naturais e migratórios da população, nomeadamente as migrações internas.

7. Outros países da Eurásia *(origens históricas e pressupostos societários)*

- **Rússia -** A Rússia ou Federação Russa (nome oficial) é um país transcontinental. Os montes Urais dividem a parte da Europa (oriental) da parte da Ásia (norte) da Federação Russa. O registo de residência é obrigatório na Rússia. A designação oficial em russo é ***"Propiska"***[15], registo local de residência. Há registos separados para os cidadãos russos e cidadãos estrangeiros ou apátridas, ambos administrados pelo Serviço Federal de Migração (FMS). Qualquer pessoa pode solicitar informação sobre o endereço para uma pessoa específica a partir desses registos, mas apenas se houver consentimento prévio do próprio para a divulgação de endereço. Os cidadãos russos devem registar a sua residência permanente (*propiska permanente*) no prazo de 7 dias, a residência temporária (*propiska temporário*) deve ser registada durante um período de 90 dias. Os cidadãos estrangeiros e os apátridas que têm autorizações de residência são obrigados a registar a sua residência permanente no prazo de 7 dias. A residência temporária de cidadãos estrangeiros e apátridas está registada em associação ao seu anfitrião (empregador, administração de hotel, proprietário da residência, responsável pelo estabelecimento de ensino, etc.). Tal pedido deve ser apresentado no prazo de 7 dias. Residir na Rússia sem possuir um registo permanente ou temporário é considerado uma contraordenação. Em qualquer local de atendimento de um serviço público é obrigatória a apresentação do *propiska*, mesmo na via pública um agente policial pode solicitar a apresentação deste documento. O registo local de residência é um sistema que regista os residentes (permanentes e temporários), segundo uma caracterização sociodemográfica do registado, e a sua mobilidade residencial, migrações internas e externas. A residência do registo permanente está indicada no *propiska* (*ibidem passaporte interno*)[16], para o registo temporário está escrito em aditamento. A imigração externa é também controlada e avaliada pelo *propiska*.

- **Japão -** No Japão, a lei do registo básico de residentes estabelece dois sistemas complementares sobre os residentes em território japonês (a partir da atual lei, de 9 de Julho de 2012, os estrangeiros estão também abrangidos). O sistema ***Koseki***[17] é usado para registar famílias, e o respectivo responsável, e o sistema ***Juminhyo*** é usado para registar os residentes individuais. Os estrangeiros precisam de se registar no prazo de 90 dias, de acordo leis de registo de estrangeiros no Japão. Apesar de constarem no registo básico de residentes, existe uma base de dados individualizada para estrangeiros residentes. A base da organização territorial destes dois sistemas paralelos é o município do domicílio da família e das pessoas que a compõem. As alterações de residência devem ser comunicadas num prazo de 14 dias. Uma nova residência (endereço) é registada no cartão de cidadão japonês ou no cartão de registo de estrangeiros. Quaisquer alterações da composição familiar (por consanguinidade ou afinidade), como nascimentos, óbitos (estas duas ocorrências vitais são atualizadas pelo sistema de registo civil), devem também ser comunicadas pelos membros da família. Processo idêntico deve ocorrer com os reconhecimentos de paternidade, adoções, interrupções de adoções, casamentos, divórcios, alterações de género ou outras alterações com reflexos na composição familiar. Os documentos oficiais de natureza individual, como o atestado de residência são solicitados e outorgados pelo sistema ***Juminhyo***. Os sistemas ***Koseki*** e ***Juminhyo*** baseiam-se, respectivamente, na família e no indivíduo, e preenchem simultaneamente a função de base de dados registrais e de identificação civil. As informações prestadas por estes sistemas são necessárias, nomeadamente, para a saúde, educação, segurança social e também para as estatísticas sobre a população residente, aos vários níveis da administração territorial do Japão, e seus movimentos naturais ou migratórios (internos e externos).

- **Israel -** O Censo de 2008 (27 de Dezembro) em Israel, realizado pelo ***Israel Central Bureau of Statistics (ICBS)***, utilizou pela primeira vez o Registo da População (RP) para a contagem da população residente. A adoção deste modelo baseado em registos administrativos teve em conta o aumento dos custos do recenseamento, a prevenção sobre alguma falta de cooperação dos entrevistados e a necessidade de dispor de dados estatísticos com maior rapidez, através do registo de residentes, como acontece

[15] Criado em 1930.
[16] Controlo de deslocamento interno de cidadãos na União Soviética.
[17] Registo familiar mais antigo do mundo. O sistema atual foi criado em 1868.

noutros países, alguns dos quais já referenciados neste artigo. Em paralelo foi realizado um inquérito por amostragem (20% dos agregados familiares) para avaliar a precisão do *RP* e para a recolha de dados suplementares de acordo com as recomendações internacionais, como as das Nações Unidas para os recenseamentos da população e habitação. O país, em termos da operação global censitária (2008), foi dividido em áreas de recenseamento, cada área contem cerca de 50 famílias que vivem em locais geograficamente contíguos. Esta divisão territorial censitária enquadra-se na divisão administrativa de Israel, composta por 6 distritos, 13 subdistritos (os distritos de Telavive e Jerusalém não têm subdistritos) e 50 regiões naturais. Os Montes Golan (subdistrito) e a Cisjordânia, designação internacional/Judeia e Samaria, designação de Israel (equiparada a distrito) são territórios ocupados, mas não anexados por Israel. A Faixa de Gaza foi totalmente desocupada por Israel, entre 22 de Agosto e 12 de Setembro de 2005. As missões diplomáticas de Israel no estrangeiro, dispõem da informação sobre os israelitas residentes no estrangeiro, de acordo com a Lei do Registo da População (22 de Julho de 1965)[18]. Os cartões de identidade para os residentes no país são emitidos pelo Ministério do Interior de Israel e incluem os residentes nacionais e os não nacionais que têm estatuto de residente permanente. Quando um residente é registado pela primeira vez é-lhe atribuído o *"número de identificação"*, que será definitivo e único para cada pessoa registada.

8. Espanha – em particular *(fontes das estatísticas oficiais de população)*

Em Espanha, coexistem duas fontes de dados estatísticos para a avaliação da população residente e suas características. Trata-se do Censo da População e do ***Padrón Municipal***[19] (registo administrativo onde constam todos os residentes de um município). Ambos os resultados estatísticos, obtidos destas duas fontes, são disponibilizados pelo ***Instituto Nacional de Estadística***. Os Censos da População e da Habitação têm uma periodicidade decenal. O último foi realizado em 2011, tendo como data de referência o dia 1 de Novembro. O Censo da População não tem limitação de variáveis, de modo que permite disponibilizar toda a informação estatística, exceto por motivo de confidencialidade, sobre filiação, estado civil, residência atual e anteriores, atividade económica, profissão, escolaridade, mobilidade e transporte e outras variáveis sociodemográficas inquiridas. A partir do Censo de 2001, foram utilizados os dados do *Padrón* (nomes e moradas) para execução dos trabalhos de campo (inquirição por entrevista). O *Padrón Municipal* é um registo administrativo obrigatório onde constam todos os residentes de Espanha, tanto nacionais como estrangeiros. Os nacionais de Espanha, que mudem de residência para outros países, devem inscrever-se, através dos consulados, no *Padrón* de espanhóis residentes no estrangeiro. Com os estrangeiros, a situação é complexa, pois podem mudar de residência para o país de origem ou um país terceiro sem que exista um procedimento para comunicar esse facto. O registo tem uma durabilidade quinquenal[20] e as ratificações têm periodicidade anual. É um documento dinâmico, contabiliza os nascimentos, falecimentos e as mudanças de residência intra e intermunicípios. Os dados pessoais do *Padrón Municipal* incluem a residência (anterior e atual), nome e apelidos, sexo, local e data de nascimento, nacionalidade, título académico e ***DNI/Documento Nacional de Identidad***[21] (este documento é também utilizado como NIF/Número de Identificação Fiscal), tratando-se de estrangeiros é indicado o documento que o substitua. Um residente em Espanha (nacional ou estrangeiro) para o exercício dos seus direitos civis e políticos (p. ex. votar) precisa de estar inscrito no *Padrón Municipal* do ***"ayuntamiento"*** (câmara municipal) onde reside habitualmente. Todos os 8 119 *ayuntamientos* enviam mensalmente ao INE/Espanha os dados do registo administrativo de habitantes (individualizado). Compete ao INE o trabalho de coordenação mensal dos 8 119 ficheiros municipais e detetar erros, omissões e duplicações observados, pelo que existe um intercâmbio de ficheiros o INE e os municípios de forma a depurar essas incorreções. Compete ao *ayuntamiento* do município contactar os munícipes com registos incorretos, esclarecer e corrigir a informação questionada pelo INE. A aplicação informática para os registos individualizados do *Padrón Municipal* é uniforme para todos os municípios e foi desenvolvida, em várias fases, pelo Instituto Nacional de Estatística de Espanha. Os dados estatísticos disponibilizados[22], anualmente (1 de Janeiro, data de referência), no âmbito territorial são os seguintes: nacional, autonómico (17 comunidades), provincial (52 províncias), municipal (8 119 municípios) e duas cidades autónomas (Ceuta e Melilha). O *Padrón* de espanhóis residentes no estrangeiro (PERE) disponibiliza, desde 2009, dados estatísticos sobre a população de nacionalidade espanhola residente no estrangeiro por país de residência, sexo, idade e local de nascimento (província e país)[23].

[18] Lei dos sempre residentes em Israel ou dos residentes ao abrigo da Lei do Retorno que dá direito aos judeus nascidos fora de Israel o direito de residirem e obterem a nacionalidade Israel. Em 1970, o direito de entrada e cidadania foi alargada às pessoas de ascendência judaica e seus cônjuges.
[19] Ley 7/1985, 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. Ley 4/1996, de 10 de enero que modifica la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases de Régimen Local, en relación com el Padron Municipal.
[20] Para os estrangeiros, uma omissão de renovação equivale a uma caducidade.
[21] Equivalente em Portugal ao Bilhete de identidade e Cartão de cidadão.
[22] Desde 1996.
[23] Desde 2009.

Bibliografia/Documentação

Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR), legge 24 diciembre 1954. Anagrafe degli Italiani residenti all'Estero (AIRE), legge 27 ottobre 1988. – ISTAT/Istituto Nazionale – metodi e norme (edizione 1992).

Conference of European Statisticians - Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing United Nations Economic Commission for Europe - in cooperation with Statistical Office of the European Communities (EUROSTAT) - United Nations - New York and Geneva, 2006

Cross-national comparisons of internal migration: An update on global patterns and trends - United Nations, *(New York, 2013)*.

Estadísticas de Variaciones Residenciales, 1 de enero de 2013 – Instituto Nacional de Estadística (*11 de junio de 2014)* – España.

Estatísticas dos Movimentos Migratórios, Março 2006 - Conselho Superior de Estatística\Secção Permanente de Estatísticas Demográficas e Sociais, das Famílias e do Ambiente\Grupo de Trabalho sobre Estatísticas da Demografia.

Juminhyo/Japanese Resident Register System, Wikipedia – *(March 18, 2014, updating)*

Jurado, Ana Jiménez, *El Padrón Municipal* – Instituto Nacional de Estadística (*Noviembre 2009)* – España

Koseki, Japanese family register system, Wikipedia – *(June 24, 2014, updating)*

Law of Return, Knesset/Israel *(July 5, 1950)*

Le nouveau recensement de la population, Neuchâtel 2011, Statistique Suisse - Office Fédéral de la Statistique (OFS)

*Manual de Investigação sobre Migraçõe**s*** – OIM, 2011.

Methodology and Evaluation of Populations Registers and Similar Systems. - United Nations, *(New York, 1969)*.

Population registers, United Nations Statistics Division, UNdata, 2013

Population Registry Law, Knesset/Israel *(July 22, 1965)*

Register-based statistics in the Nordic countries – United Nations Economic Commission for Europe, Geneva/ Switzerland *(2007)*

Registers used at Statistics Iceland for production of statistics – Administrative registers, Statistics Iceland - *(October 1998)*

Regulamento (CE) 763/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Julho de 2008" – Jornal Oficial da União Europeia, 13.08.2008

Revisión del Padrón Municipal, 1 de enero de 2013 – Instituto Nacional de Estadística *(17 de enero de 2014)* – España

The 2008 Israel Integrated Census of Population and Housing, Israel Central Bureau of Statistics (ICBS), *(November 2008)*

Internet/Sites

Centraal Bureau voor de Statistiek – www.cbs.nl

Danmarks Statistik – www.dst.dk

DESTATIS-Statistisches Bunesamt – www.destatis.de

Eurostat – http://epp.eurostat.ec.europa.eu

Federal State Statistics Service (Rosstat) – www.gks.ru

Hagstofa Islands/Statistics Iceland – www.statie.is

Instituto Nacional de Estadística – www.ine.es

Instituto Nacional de Estatística, IP (INE) – www.ine.pt

Israel Central Bureau of Statistics (ICBS) – www.cbs.gov.il

Istituto Nazionale di Statistica/ISTAT – www.istat.it

Statistics Japan/Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications – www.stat.go.jp

Statistik Austria – www.statistik.at

Statistik Schweiz-Bundesamt für Statistik/Statistique Suisse-Office Fédéral de la Statistique/Statistica Svizzera-Ufficio Federal di Statistica/Statistica Svizra-Uffizi Federal da Statistica – www.bfs.admin.ch

Statistika Central Byran/Statistics Sweden – www.scb.se

Statistisk sentralbyra/Statistics Norway – www.ssb.no

Tilastokeskus/Statistics Finland – http://tilaskeskus.fi

United Nations/Population Division – www.unpopulation.org

Crianças e Adolescentes em Portugal

Autora: Maria José Carrilho

Instituto Nacional de Estatística

Email: mjose.carrilho@ine.pt

Children and Adolescents in Portugal

Resumo:

Há mais de trinta anos que Portugal é um país de baixa fecundidade, com um nível inferior ao exigido para substituir as atuais gerações de pais e mães, facto que se reflete na persistente e forte redução dos efetivos populacionais mais jovens.

O presente artigo começando por focar-se na diversidade de conceitos de Criança e Adolescente, centra-se na evolução do número de "Crianças e Adolescentes" residentes em Portugal, salientando o contributo das variáveis demográficas na dimensão e estrutura passadas, atuais e futuras deste grupo populacional e tratando fenómenos como a parentalidade, a saúde reprodutiva, a mortalidade e o nível educação observados nesta população.

Problema prévio a resolver foi precisar o objeto de análise tendo em conta que a fronteira entre crianças e adolescentes não é nítida e é de difícil inserção nos grupos funcionais normalmente utilizados em demografia. Mesmo dentro de cada uma das categorias não existe consenso internacional sobre os limites de idade a adotar, dado que os conceitos variam consoante as leis em vigor nos países e, dentro de cada um, com a evolução da sociedade.

Face às dificuldades em encontrar uma definição precisa, construiu-se um grupo abrangente designado "Crianças e Adolescentes", que integra a população com menos de vinte anos seguindo-se o critério normalmente utilizado em demografia que classifica as crianças no grupo etário dos 0-14 anos e os adolescentes nos 15-19 anos. No entanto, e para permitir comparações decidiu-se

incluir os seguintes subgrupos etários: menos de 15 anos (desagregados por menos de 3 anos; 3 a 5 anos e 6 a 14 anos); menos de 16 anos; menos de 18 anos e menos de 19 anos.

O número de efetivos com menos de vinte anos reduziu-se, em 50 anos, entre os Censos de 1960 e 2011, em 1,2 milhões de indivíduos sendo o ritmo mais acelerado nas idades mais novas, colocando assim Portugal entre os países mais envelhecidos da Europa dos 28. Perspetiva-se que a perda atinja os 2 milhões de indivíduos entre 1960 e 2060.

Palavras Chave: Crianças, Adolescentes, Nados Vivos, Interrupção de Gravidez, Coabitação, Mortalidade, Nível de escolaridade.

ABSTRACT:

In Portugal, for over thirty years, fertility has fallen below the level required to replace the current generations of parents, which is well reflected in the continuous decreasing of younger people.

The present article begins with a note on the diversity of Children and Adolescents concepts, and then focus on the evolution of the number of "Children and Adolescents" resident in Portugal, highlighting the contribution of demographic variables to the past, present and future dimension and structure of this population group and analysing phenomena such as parenthood, reproductive health, mortality and educational level.

The first challenge was to unambiguously define the object of analysis, due to the thin border between children and adolescents and the difficulty in inserting them in the usual functional groups adopted in demographic manuals. Even within the same category there is no international consensus on the age limits to use, as the concepts differ according to the laws of each country and even in a given country they follow the societal evolution.

Due to the difficulties in finding an accurate and consensual definition, we created a broader group named "Children and Adolescents", which encompasses the persons aged under twenty years and follows the standard demographic criterion that considers children as 0-14 years and adolescents as 15-19 years old. However, to facilitate comparisons, we decided to include the following categories: under 15 years (disaggregated in individuals aged under three years; from 3 to 5 years and from 6 to 14 years old); under 16 years; under 18 years; under 19 years old.

The number of effectives under twenty years old was reduced in 50 years, between the 1960 and the 2011 censuses by 1.2 million people of individuals. This population group is expected to decrease by about 2 million persons between 1960 and 2060.

Keywords: Children, Adolescents, Live births, Abortion, Cohabitation, Mortality, Level of Education.

Introdução

Tendo-se assinalado o final do período de vigência do Programa de Ação do Cairo e os 25 anos da aprovação da Convenção dos Direitos da Criança, respetivamente em setembro e novembro de 2014, torna-se interessante olhar com atenção para a forma como foram evoluindo os seus grandes objetivos (ligação dos direitos humanos à questão da população e desenvolvimento) relativamente a um dos grupos populacionais: as crianças e os adolescentes.

Começa por dizer-se que é difícil, tanto do ponto de vista estatístico como legal definir "Criança" e "Adolescente" e inserir estes grupos populacionais nos grupos funcionais normalmente utilizados em demografia. De facto, consoante as leis em vigor nos diferentes países, os conceitos e respectivos limites de idade variam e dentro de cada país modificam-se com a evolução da sociedade. Sendo um dos objectivos deste trabalho harmonizar para comparar dados, optámos por seguir, de um modo geral, as normas nacionais e internacionais em vigor e considerar as idades legais de referência em Portugal, baseadas nos limites de entrada e saída no nível de ensino obrigatório, de acesso ao mercado de trabalho, na imputabilidade criminal, para contrair casamento e em atingir a maioridade legal. As diferentes idades encontradas levaram-nos a construir um grupo abrangente que designámos, por "Crianças e Adolescentes" composto por vários subgrupos etários.

Também não existe uma clara definição de "Jovem" termo que com frequência se confunde, em relatórios e instrumentos estratégicos, com o próprio conceito de criança ou é utilizado para abarcar o conjunto de crianças e adolescentes e que se estende, normalmente, à população adulta mais nova.

A complexidade em precisar estes conceitos decorre do facto de a Infância, a adolescência e a juventude, serem fases de transição, sequentes e por vezes coincidentes, nas quais a idade não é o único elemento que determina a passagem à fase seguinte.

Todavia, parece incontornável que a idade é um factor decisivo para delimitar os conceitos e construir os indicadores estatísticos que permitam quantificar e analisar os grupos populacionais bem como alcançar a comparação internacional pretendida.

O presente artigo começando por focar-se na diversidade de conceitos de Criança e Adolescente, centra-se na evolução do número de "Crianças e Adolescentes" residentes em Portugal, salientando o contributo das variáveis demográficas na dimensão e estrutura passadas, atuais e futuras deste grupo populacional e tratando fenómenos como a parentalidade, a saúde reprodutiva, a mortalidade e o nível educação observados nesta população. O âmbito geográfico escolhido reporta-se ao conjunto do país e o horizonte temporal, sempre que possível, incide sobre o período 1960-2014 e quando se justifica prolonga-se até 2060.

A fonte de informação privilegiada utilizada foi o INE, I. P. e em particular os Recenseamentos Gerais da População e Habitação de 1960 a 2011[1], as Estatísticas Demográficas, as Estatísticas da Educação e as Estatísticas da Saúde. No campo das projecções e com objectivo de permitir uma comparação de indicadores recorreu-se ao Eurostat, EuroPop 2015, Main Scenario.[2]

Alguns dos Quadros inseridos no texto, devido à sua extensão, não apresentam a informação desagregada por sexo, constando esta dos Anexos incluídos no final do texto.

[1] Em rigor a designação "Recenseamentos Gerais da População e Habitação" só se deve aplicar a partir de 1970 quando o INE realizou, pela primeira vez e simultaneamente, os recenseamentos da população e da habitação (XI Recenseamento Geral da População e I Recenseamento Geral da Habitação)

[2] EUROPOP2013 (European Population Projections, base year 2013), Population projections at national level- main scenario. The time horizon covered in EUROPOP2013 is 2013 until 2080 for the main scenario .http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-database

1. As Crianças e os Adolescentes na Agenda Internacional

A situação das crianças e dos adolescentes tem sido objeto de crescente interesse nas agendas nacionais e internacionais sobretudo a partir da segunda metade do século XX.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada de 5 a 13 de setembro de 1994, no Cairo, usualmente designada como Conferência do Cairo, trouxe uma nova abordagem das questões de população e desenvolvimento ao colocar os direitos humanos como ponto central para "melhorar a qualidade de vida de todos os indivíduos e alcançar um crescimento económico e desenvolvimento sustentável".

O Programa de Ação (PoA), adotado na Conferência, também conhecido como "Consenso do Cairo", com uma vigência de vinte anos, dedica o Capítulo VI, parte B, às "Crianças e Jovens". Promover a extensão da saúde, o bem-estar e o potencial de todas as crianças, adolescentes e jovens os quais representam os futuros recursos humanos do Mundo são os objetivos que o Ponto 6.7 a) traça. Paralelamente, a alínea c) do mesmo ponto refere explicitamente que as *Crianças, Adolescentes e Jovens* devem ser encorajados a prosseguir a sua educação, para melhor se prepararem para o futuro, aumentar o seu potencial humano e ajudar a prevenir os riscos da maternidade precoce. O Capítulo VII "Saúde Reprodutiva e direitos sexuais", na Parte E "Adolescentes" alerta para as necessidades deste grupo de população, nomeadamente na disponibilidade de informação e serviços que os apoiem no sentido de seguirem comportamentos responsáveis de modo a evitar "gravidezes indesejáveis, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e subsequentes riscos de infertilidade". A redução substancial da gravidez na adolescência é o objetivo expresso no ponto 4.6 b). O Capítulo XII "Tecnologia, Investigação e Desenvolvimento" enfatiza a importância da recolha regular de dados, a análise, a divulgação e a utilização dos mesmos referindo no ponto 12.1 das Bases de Ação que dados com qualidade, atualizados relevantes e internacionalmente comparáveis "são essenciais para definir as políticas e programas de desenvolvimento, bem como para a sua aplicação, acompanhamento e avaliação". Toda a recolha de dados deve ter em conta a desagregação por sexo e idade. As tendências e projeções de população tal como, o progresso atingido na educação e na saúde de acordo com as metas estabelecidas na Agenda merecem uma especial atenção.

A redução da mortalidade infantil e materna, o acesso universal à educação, em particular das raparigas, e o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, foram objetivos quantificados no PoA para atingir até 2015.

No entanto, a temática relativa a crianças, adolescentes e jovens já tinha entrado na agenda internacional muito antes podendo dizer-se que o reconhecimento dos direitos da Criança e do Adolescente foi um trabalho gradual desenvolvido ao longo do tempo, embora os países só tivessem passado a preocupar-se mais com a situação da criança e do adolescente após o fim da Segunda Guerra Mundial.

Neste contexto, apresentam-se, de forma sintética, **algumas datas relevantes no âmbito dos direitos das crianças e adolescentes**.

1919 - a Sociedade das Nações, antecessora da Organização das Nações Unidas, cria o **Comité de Proteção da Infância.** A existência deste Comité faz com que os "Estados não sejam os únicos soberanos em matéria dos direitos da criança".[3]

1924 - a primeira referência a "direitos da criança" num instrumento jurídico internacional surge em 1924, quando a Assembleia da Sociedade das Nações, adotou a 26 de setembro "Declaração dos Direitos da Criança". Este documento que evidencia a preocupação internacional em assegurar os direitos de crianças e adolescentes ficou conhecido por "Declaração de Genebra".

[3] Lima, A. Azevedo de Araújo e Araújo, Wilson Lima (2010) "O Histórico Legislativo dos Instrumentos Internacionais de Proteção à Criança e ao Adolescente" http://www.webartigos.com/artigos/o-historico-legislativo-dos-instrumentos-internacionais-de-protecao-a-crianca-e-ao-adolescente/46189/#ixzz418Gtlg7C

1946 - a 11 de dezembro de 1946 do Fundo das Nações Unidas para a Infância (FNUAP) - United Nations Children's Fund (UNICEF), na designação em inglês - um órgão subsidiário[4] da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como objetivo promover a defesa dos direitos das crianças – logo após a fundação a 24 de outubro de 1945 da ONU.

1948 - A Assembleia Geral das Nações Unidas proclama, em Paris, através da Resolução nº 217 A (III) de 10 de dezembro a **Declaração Universal dos Direitos Humanos**,[5] Primeiro instrumento internacional que enuncia os direitos fundamentais de carácter civil e político (DCP) e também os direitos económicos, sociais e culturais (DESC) de que todos os seres humanos devem beneficiar, na qual os direitos das Crianças e Adolescentes estão implicitamente incluídos. O artigo 25.º da Declaração reconhece no n.º2 que "a maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma proteção social." O do artigo 26° n.º1 explicita que "Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório".

1954 - A ONU recomendou, através da Resolução 836 (IX) de 14 de dezembro de 1954 que todos os países começassem a assinalar o **Dia Mundial da Criança** sugerindo que cada um escolhesse a data e o modo de o celebrar. As Nações Unidas passaram a assinalar o evento a 20 de novembro por ser a data em que foi aprovada a Convenção dos Direitos da Criança em 1989. O evento é comemorado em dias diferentes nos diversos países. Em Portugal o dia é assinalado a 1 de junho.

1959 - A Resolução 1386 (XIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas promulgou a 20 de novembro a **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. Ao afirmar que a «humanidade deve dar o melhor de si mesma à criança», a Declaração, adotada por unanimidade, constituiu durante muitos anos o enquadramento moral para os direitos da criança, apesar de não comportar quaisquer obrigações jurídicas, não sendo de cumprimento obrigatório para os estados-membros. De acordo com esta Declaração, a criança deve gozar de proteção especial e beneficiar de oportunidades e facilidades para desenvolver-se de maneira sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade.

1976 - A Assembleia Geral das Nações Unidas, através da Resolução 31/169 de 21 de dezembro de 1976 proclamou **1979 como Ano Internacional da Criança**. A promoção dos interesses da criança e a consciencialização da sociedade e dos políticos para as necessidades especiais da criança de modo a melhorar a sua situação formavam os principais objetivos a atingir.

1979 - Celebra-se o **Ano Internacional da Criança.** São realizadas atividades comemorativas do vigésimo aniversário da Declaração dos Direitos da Criança.

1989 - A **Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC)** é adotada pela Resolução 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro. Dentre os princípios consagrados pela Convenção, estão o direito à vida, à educação à liberdade, as obrigações dos pais, da sociedade e do Estado em relação à criança e ao adolescente.

A Convenção sobre os Direitos da Criança é o primeiro instrumento de direito internacional a conceder força jurídica internacional aos direitos da criança[6]. Entrou em vigor em 2 de setembro de 1990 tornando-se o tratado de direitos humanos mais ratificado desde sempre. A ratificação obriga os Estados a adequar as normas de Direito interno às da Convenção, para a promoção e proteção eficaz dos direitos e liberdades nela

[4] A UNICEF foi criada para ajudar as crianças que viviam na Europa vítimas da II Guerra Mundial. *I*nicialmente conhecida como Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças, torna-se, em 1953, "uma agência permanente das Nações Unidas, ocupando-se se especialmente das crianças dos países mais pobres da África, Ásia, América Latina e Médio Oriente. Passa então a designar-se Fundo das Nações Unidas para a Infância, mas mantém a sigla UNICEF". https://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101110&m=1&sid=1810111012

[5] As Nações Unidas definem direitos humanos como "garantias jurídicas universais que protegem indivíduos e grupos contra ações ou omissões dos governos que atentem contra a dignidade humana" in Tavares, Raquel, Gabinete de Documentação e Direito Comparado (GDDC). http://direitoshumanos.gddc.pt/IPAG1.htm

[6] http://www.gddc.pt/direitos-humanos/onu-proteccao-dh/orgaos-onu-estudos-ca-dc.html#c http://www.unicef.org/crc/

consagrados. A CDC foi ratificada por Portugal através do Decreto n.º 49/90, de 12 de Setembro, publicado no Diário da República, I Série, 1.º Suplemento, n.º 211/90. A Convenção considera criança "todo o ser humano" com idade inferior a 18 anos, exceto se a Lei do país atribuir a maioridade mais cedo, (artigo 1.º).

Para melhor concretizar os objetivos da Convenção a Assembleia Geral da ONU adotou, a 25 de Maio de 2000, dois Protocolos Facultativos:

- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à venda de crianças, prostituição e pornografia infantis (ratificado por Portugal a 16 de Maio de 2003);

- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo ao envolvimento de crianças em conflitos armados (ratificado por Portugal a 19 de Agosto de 2003);

1990 - Cimeira Mundial para as Crianças realizada de 29 a 30 de setembro em Nova Iorque adotou um Plano de Ação que estabelece um conjunto de metas a alcançar até 2000 no campo da saúde, nutrição e educação das crianças. A Cimeira[7] assinou a Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança dividida em 5 categorias: Desafios, Oportunidades, Atividades, Compromissos e Futuro e um Plano de Ação que estabelece um conjunto de objetivos a alcançar até 2000.

1994 - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento considerado o grande marco sobre questões de população e desenvolvimento, dedica conforme referido anteriormente, capítulos à promoção dos direitos das crianças e adolescentes, no campo da educação, mortalidade e saúde, incluindo a saúde reprodutiva, estabelecendo metas que foram avaliadas quinquenalmente durante o período de vigência do Programa.

1996 - O Conselho da Europa adotou em 25 de janeiro, em Estrasburgo, a **Convenção Europeia sobre o Exercício dos Direitos da Criança**. Esta Convenção tem por objetivo promover o exercício dos direitos da criança, garantindo-lhe o acesso à informação e à participação em processos familiares de foro judicial com ela relacionados, "tendo em vista o superior interesse das crianças" conforme expresso no do artigo 1.º, nº. 2. Portugal ratificou a Convenção Europeia em 2014 pelo Decreto n.º 3/2014, de 27 de janeiro tendo entrado em vigor a 1 de julho do mesmo ano. A Convenção aplica-se a menores de 18 anos (artigo 1.º,n.º1).

2000 - Durante a Cimeira do Milénio realizada de 6-8 de setembro, em Nova Iorque, a Assembleia Geral das Nações Unidas[8] adota a **Declaração do Milénio** a qual assume o compromisso de reduzir a pobreza (Ponto III). Nesse sentido, foram estabelecidos oito objetivos a alcançar até ao final de 2015. Entre os objetivos, conhecidos como os "Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM"), constam a prioridade à educação das crianças e adolescentes (ODM 2) bem com à saúde (ODM 4 e 6).

Ainda em 2000 o Parlamento Europeu, o Conselho e a Comissão proclamam a **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia** publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias c/364/ de 18.12.2000. O artigo 24.º, n.º1 da Carta sobre os Direitos das Crianças refere que "as crianças têm direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar. Podem exprimir livremente a sua opinião" e no n.º 2 "Todos os atos relativos às crianças, quer praticados por entidades públicas, quer por instituições privadas, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança". No artigo 32.º. estabelece: "É proibido o trabalho infantil. A idade mínima de admissão ao trabalho não pode ser inferior à idade em que cessa a escolaridade obrigatória sem prejuízo de disposições mais favoráveis aos jovens e salvo derrogações bem delimitadas". Nem o artigo 24.º nem o 32.º definem o conceito de criança.

2002 - Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas dedicada às crianças, realizada de 8 a 10 de Maio, em Nova Iorque, cuja Resolução A/RES/S-27/2 adotou o documento "**Um Mundo adaptado para as**

[7] The main result of the World Summit was the joint signing of a World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and a Plan of Action comprising a detailed set of child-related human development goals for the year 2000. The World Declaration of the Survival, Protection, and Development of Children is subdivided into five categories: The Challenge, The Opportunity, The Task, The Commitment, and The Next Step

[8] Resolução A/RES/55/2 de 8 de setembro 2000

Crianças" composto por uma Declaração e um Plano de Ação[9] que se estende também aos adolescentes conforme mencionado em diferentes pontos dos dois textos.

Mas, antes da adoção da Convenção sobre os Direitos da Criança, e para além das Declarações sobre os Direitos da Criança promulgadas no âmbito das Nações Unidas durante a primeira metade do século XX, existiram outros instrumentos jurídicos internacionais abordando temáticas específicas com incidência sobre os direitos das crianças e adolescentes.

Exemplo desses instrumentos é a Convenção n.º 138 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a **Idade Mínima de Admissão ao Emprego**, assinada em Genebra a 26 de junho de 1973, que obriga os Estados Partes a seguirem uma "política nacional que tenha como fim assegurar a abolição efetiva do trabalho das crianças e elevar progressivamente a idade mínima de admissão ao emprego ou ao trabalho a um nível que permita aos adolescentes atingirem o mais completo desenvolvimento físico e menta" (artigo1.º da Convenção). Os Estados Partes devem igualmente declarar qual a idade mínima para admissão ao trabalho ou emprego em vigor no país (artigo2.º, n.º1), a qual "não deverá ser inferior à idade em que terminar a escolaridade obrigatória, nem, em qualquer caso, a 15 anos." (artigo2.º, n.º2).

A Resolução da Assembleia da República nº 11/98[10] aprovou para ratificação a Convenção declarando que:

> *a) No seu território, o ensino básico, universal e obrigatório, tem a duração de nove anos e a obrigatoriedade de frequência do ensino básico termina aos 15 anos;*
>
> *b) A idade mínima geral de admissão ao emprego de trabalhadores abrangidos pelo regime jurídico do contrato individual é de 16 anos e, nas relações de emprego público, é de 18 anos.*

A Convenção foi ratificada por Portugal através do Decreto n.º 11/98, de 19 de Março, publicado no Diário da República, I Série-A, n.º 66/98 e entrou em vigor na ordem jurídica portuguesa a 20 de Maio de 1999[11].

A Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho na sua 87.ª sessão, em Genebra, a 17 de Junho de 1999 adotou a Convenção nº 182 da OIT relativa à **Interdição das Piores Formas de Trabalho das Crianças e à Acão Imediata com Vista à sua Eliminação**. Na Convenção, o termo "criança" aplica-se a todas as pessoas com menos de 18 anos (artigo 12º). A expressão "as piores formas de trabalho das crianças" abrange de acordo com o artigo 3.º entre outras, "a venda e o tráfico de crianças, o trabalho forçado ou obrigatório, incluindo o recrutamento forçado ou obrigatório das crianças com vista à sua utilização em conflitos armados; a utilização, o recrutamento ou a oferta de uma criança para fins de prostituição, de produção de material pornográfico ou de espetáculos pornográficos*".* A Convenção foi aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República nº47/2000, de 1 de Junho**,** ratificada por Decreto n.º 28/2000, de 1 de Junho ***12*** e entrou em vigor na ordem jurídica portuguesa em 15 de Junho de 2001.[13]

No ordenamento jurídico português os direitos humanos da criança e do adolescente são os gerais, reconhecidos a qualquer pessoa, e os específicos, resultantes da sua condição de vulnerabilidade. A criança é assim "titular de uma cidadania plena, não contrariada pela sua incapacidade de exercício pessoal de certos direitos, a exigir suprimento pelos pais ou pelo tutor ou outro representante legal".

O artigo 69 da Constituição Portuguesa estabelece que a proteção das Crianças – tendo em visto o seu desenvolvimento integral – é dever da sociedade e do Estado. Este dever dá origem a direitos individuais.

[9] "A world fit for children" na designação original em inglês
[10] Publicada no Diário da República nº66 de 19-3-1998-1ª Serie A
[11] http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/emp-conv-oit-138.html
[12] Diário da República, I Série-A, n.º 127/2000
[13] http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/emp-conv-oit-182.html

Ora, avaliar a execução das metas traçadas, por exemplo, na Cimeira das Crianças de 1990, reafirmar os compromissos então assumidos para "*dar a cada criança um futuro melhor*" e debater as novas questões emergentes essenciais para atingir os objetivos de longo prazo endossados pelas grandes conferências das Nações Unidas, em particular da Declaração do Milénio, exigiram precisão do conceito.

O ponto 4 da Declaração do documento "**Um Mundo adaptado para as Crianças"** define Criança como "todo o ser humano com idade inferior a 18 anos", mas apesar de o mesmo ponto, aparentemente, se aplicar aos Adolescentes não são mencionados quaisquer limites etários para esta população. Estranhamente, no Plano de Ação do mesmo documento o ponto 14 refere-se a "crianças e adolescentes" não apresentando definição para os conceitos enquanto os pontos 29 e 32 se aplicam sempre às "crianças, incluindo adolescentes". Da redação destes pontos pode concluir-se que os "adolescentes" estão incluídos nas "crianças", presumindo-se que, como é norma, as Nações Unidas consideram crianças todas as pessoas com menos de 18 anos.

2. Crianças e Adolescentes: conceitos e critérios

Demarcar os limites de idade que classificam uma pessoa como criança ou adolescente é imprescindível para fins estatísticos em ordem a quantificar os respetivos efetivos, determinar a estrutura etária de uma população, medir a intensidade de envelhecimento da mesma bem como avaliar as políticas nacionais e os compromissos decorrentes dos tratados internacionais ratificados pelo estado português.

Contudo, qualquer limite cronológico para definir as crianças e os adolescentes e a ténue fronteira que existe em determinada idade entre as duas categorias dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica destas fases de desenvolvimento do ser humano. Por outro lado, a maturidade física e psicológica bem como o estado de saúde de cada um são factores a ter em conta, pois afectam de maneira diferente, os indivíduos com a mesma idade, e dentro desta de forma diversa, homens e mulheres. O início da puberdade que pode ser considerada uma linha de separação entre a infância e a adolescência, não resolve a dificuldade da definição.

Os instrumentos estratégicos consultados apresentam algumas inconsistências nos limites cronológicos que balizam os conceitos de "Criança" e de "Adolescente" evidentes, por vezes no mesmo tratado.

O Programa de Ação do Cairo (PoA) nos capítulos dedicados às Crianças, Adolescentes e Jovens não expressa diretamente os limites de idades que separam os três grupos, embora do ponto 6.6 se deduza que as crianças têm idade inferior a 15 anos apesar de no ponto 6.7 (objetivos) se referencie que os objetivos traçados alinham com a Convenção dos Direitos da Criança, e assim sendo, aplica-se às crianças com menos de menos de 18 anos.

No seio dos organismos das Nações Unidas, o termo "Criança" é aplicado a todos os indivíduos com menos de 18 anos de idade. O Conselho da Europa na "Convenção Europeia sobre o Exercício dos Direitos da Criança" seguiu o mesmo critério.

A nível da União Europeia o conceito de criança também não está claro e leva mesmo Helen Stalford a afirmar em *Children and the European Union: Rights, Welfare and Accountability:* "it is important to define what is meant by " child" under EU law*";*

A publicação do Eurostat "*Being young in Europe today*", 2015 analisa dois grupos populacionais**: criança** com idade inferior a 15 anos e **jovens** com idades dos 16-29 anos.[14]. Refere ainda a não existência de uma definição clara para 'youth' or 'young people' dado que estes termos são muitas vezes utilizados para descrever a fase de transição entre a infância e vida adulta. No entanto, reafirma que a "Estratégia da Juventude da União Europeia" confirmou a definição para fins estatísticos os 15-29 anos. As Nações Unidas fixam os limites etários dos jovens à faixa etária dos 15-24 anos.

[14] children (aged under 15 and young people (aged 15-29) , pages 10, 12 and 19

Consultando a base de dados do Eurostat[15] encontra-se informação estatística para crianças dos 0-14 anos e taxas de fecundidade de adolescentes balizadas nos limites dos 15-19 anos de idade.

A Convenção dos Direitos Humanos (CDC) adotada pelas Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em setembro de 1990[16] define criança, do ponto de vista biológico, como um indivíduo que se situa em fase de desenvolvimento entre a infância e a adolescência. A fase de adolescência começa quando se atinge a puberdade e termina com a entrada na vida adulta. De acordo com o artigo 1º da mesma Convenção é considerada criança *"*todo o ser humano com idade inferior a 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade legal mais cedo*"*. Esta definição coincide com o conceito de menor expresso no Código Civil português, artigo 122º: "é menor quem ainda não tiver completado 18 anos de idade"

Também definir Adolescência é igualmente uma "tarefa difícil e complexa vivida por cada pessoa de forma diferente consoante a sua maturidade física, emocional e cognitiva. O começo da puberdade que pode aparecer como uma linha de demarcação entre a infância e adolescência não simplifica na medida em que surge em momentos diferentes para rapazes e raparigas e para cada pessoa do mesmo sexo"[17]*.* Existem outros fatores que condicionam a definição de adolescente com destaque para as diferentes idades estabelecidas nas legislações nacionais que fixam idades mínimas para a participação nas atividades reservadas aos adultos entre as quais se incluem o direito de votar, a idade de contrair casamento, possuir e administrar bens, aceder ao mercado do trabalho, ou seja a idade de atingir a maioridade isto é, a idade a partir da qual as nações conferem às pessoas o *estatuto de adulto, endossando-lhes poderes e responsabilidades*.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (*young adults)*

A idade da responsabilidade ou seja aquela em que um indivíduo adquire a plena capacidade do exercício de direitos (atingir a maioridade, casar, votar, ser julgado e condenado por crimes) tem-se modificado ao longo dos tempos. A idade da maioridade está fixada, na maior parte dos países nos 18 anos, tanto para homens como para mulheres, o que está de acordo com limite de idade estabelecido para crianças no artigo 1 da convenção relativa aos direitos da criança.[18] A idade da maioridade difere contudo nas diferentes jurisdições nacionais e não é, por vezes a única das idades em que as pessoas são legalmente aptas para executar certas tarefas associadas à vida adulta. Esta idade de "permissão" pode variar segundo as atividades e "não está sujeita a uma norma internacional".

A idade legal ao casamento pode também diferir da idade da maioridade. Muitos países distinguem a idade em que é legalmente possível casar da idade em que é permitido casar com autorização dos pais, tutores ou do tribunal. É o caso de Portugal. Outros países têm idades diferentes ao casamento para homens e mulheres, sendo a idade mais precoce para as raparigas. A UNICEF define " casamento de crianças " como o casamento ou união antes dos 18 anos acrescentando que o casamento de crianças carateriza-se em particular por elevados níveis de violência, exclusão dos serviços de proteção e privação de educação. (página 10).

Podem ainda ser considerados os conceitos de primeira adolescência (10-14 anos) com mudanças físicas externas e internas com impacto físico, social e psíquico, e de segunda adolescência (15-19 anos) associada ao período em que se "testam comportamentos" dos adultos.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 consagra o princípio da Igualdade no artigo 36º, nº1:"*Todos têm o direito de constituir família e de contrair casamento em condições de plena igualdade*".[19] tendo, posteriormente, o Código Civil introduzido modificações na idade em que se atinge a maioridade, a qual baixou de 21 anos para 18 anos e na idade ao casamento, tornando-a igualitária para mulheres e homens, ao subir a das mulheres dos 14 para os 16 anos, idade que vigorava para os rapazes.

[15] hhttp://ec.europa.eu/eurostat/data/database
[16] Decreto do Presidente da República n.º 49/90, de 12 de Setembro, publicado no Diário da República, I Série A, n.º 211/90
[17] UNICEF
[18] O Comité dos Direitos da Criança, órgão da convenção que supervisiona o cumprimento da Convenção incita os estados parte onde o limite é inferior a 18 anos a elevarem este limite para garantia da proteção das crianças com menos de 18 anos de idade.
[19] 1ª Versão da CPR - redação dada pelo Decreto de 10/04 de 1976. Esta redação mantem-se na VII revisão constitucional de 2005 (as anteriores revisões registaram-se em 1982, 1989, 1992, 1997, 2001 e 2004).

Idades marcantes em Portugal

4 anos:

- Idade mínima para o acesso à educação pré-escolar. A educação pré-escolar é universal para todas as crianças a partir do ano em que atinjam os 4 anos de idade (Lei nº 65/2015 de 3 de julho, artigo 1.º, n.º2).

6 anos:

- Idade mínima para o acesso à escolaridade obrigatória (Lei nº 49/ 2005 de 30 de Agosto e Lei nº 85/2009 de 27 de agosto, artigo 2.º, n.º1[20]).

16 anos:

- Idade mínima para começar a trabalhar (artigo 68.º, n.º2 do Código de Trabalho, Lei Nº 47/2012 de 29 de agosto) exceto para funções públicas: 18 anos de idade completos (Lei n.º 35/2014 de 20 de junho);
- Idade mínima para casar, tanto para homens como para mulheres (artigo 1 596.º do Código Civil);
- Interrupção da gravidez: idade mínima para a mulher grávida prestar o consentimento (Código Penal artigo 142º, nº5);
- Idade de Responsabilidade criminal (Código Penal, artigo 19º).

18 anos:

- Cessa a escolaridade obrigatória (Lei nº 86/ 2009 de 27de agosto, Artigo 2.º, n.º 4, alínea a).
- Atinge-se a maioridade civil (Código Civil, artigo 122º);
- Adquire-se a capacidade eleitoral (Decreto Lei n.º 621-A/74 de 15 novembro e Constituição da Pública Portuguesa de 1976, artigo 49º);
- Idade mínima legal para compra de tabaco (Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto, artigo 15º alínea b) i)))
- Idade mínima legal para compra e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos (Decreto – Lei nº106/2015 de 6 de junho).

[20] A Lei nº 85/2009 de 27 de agosto estabelece o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontram em idade escolar e consagra a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade. O artigo 2.º n.º1 considera em idade escolar "as crianças entre os 6 e os 18 anos". Esta lei aumenta a escolaridade obrigatória em Portugal para 12 anos revogando a Lei nº 49/ 2005 de 30 de agosto que fixava a escolaridade obrigatória em 9 anos, apresentando disposições transitórias.

A Lei nº65/2015 de 3 de julho altera o artigo 1 da Lei nº 85/2009 de 27 de agosto e baixa a idade na entrada na educação pré-escolar ao consagrar "a universalidade da educação pré- escolar para todas as crianças a partir do ano em que atinjam os 4 anos de idade". A sua aplicação deve entrar em vigor no ano letivo 2016/2017.

Em síntese, face às dificuldades em encontrar uma definição precisa, seguiu-se o critério normalmente utilizado em demografia que classifica as Crianças no grupo etário dos 0-14 anos e os Adolescentes nos 15-19 anos. Este é também o critério adotado pelo Eurostat e tem suporte no sistema legal português. No entanto, e para permitir comparações decidiu-se incluir os seguintes subgrupos etários: menos de 15 anos (desagregados por menos de 3 anos; 3 a 5 anos e 6 a 14 anos); menos de 16 anos; menos de 18 anos e menos de 19 anos.

Assim, a população alvo escolhida abrange o conjunto de pessoas com menos de vinte anos garantindo que os conceitos e os indicadores sejam comparáveis e, deste modo, traçar o posicionamento do país no seio da Europa constituída por 28 países.

3. População: Crianças e Adolescentes

3.1 A evolução da população " Crianças e Adolescentes" através dos Censos

Segundo os Censos da População realizados em 21 de março de 2011 pelo INE, I P o número de Crianças e Adolescentes residentes em Portugal situava-se em 2 137 579 indivíduos com menos de vinte anos de idade repartidos por 1 092 524 homens e 1 045 055 mulheres. Face aos censos de 1960 observou-se uma diminuição de cerca de 1,2 milhões de crianças e adolescentes, sendo a quase totalidade (1,0 milhões) atribuída às crianças com menos de 15 anos.

Quadro 1

Crianças e Adolescentes residentes em Portugal, por idades

Idades	1960	1970	1981	1991	2001	2011
	15 de dezembro	15 de dezembro	16 de março	15 de abril	12 de março	21 de março
Menos 3 anos	548 182	454 530	457 460	324 389	330 184	287 439
3-5 anos	525 380	506 480	509 457	338 151	327 064	298 824
6-14 anos	1 518 393	1 490 810	1 541 756	1 309 863	1 011 876	986 066
6-17 anos	1 993 035	1 937 005	2 064 690	1 823 259	1 408 143	1 318 675
15-19 anos	747 225	730 900	859 742	845 588	688 686	565 250
Menos 15 anos	2 591 955	2 451 820	2 508 673	1 972 403	1 656 602	1 572 329
Menos 16 anos	2 757 894	2 603 785	2 683 139	2 147 022	1 781 055	1 682 256
Menos 18 anos	3 066 597	2 898 015	3 031 607	2 485 799	2 052 869	1 904 938
Menos 19 anos	3 209 938	3 050 550	3 201 667	2 654 144	2 197 675	2 020 509
Menos 20 anos	**3 339 180**	**3 182 720**	**3 368 415**	**2 817 991**	**2 345 288**	**2 137 579**
População total	8 889 392	8 611 125	9 833 014	9 867 147	10 356 117	10 562 178

Fonte: INE,I.P. Censos da População de 1960, 1970, 1981, 1991, 2001 e 2011 (cálculos da autora).

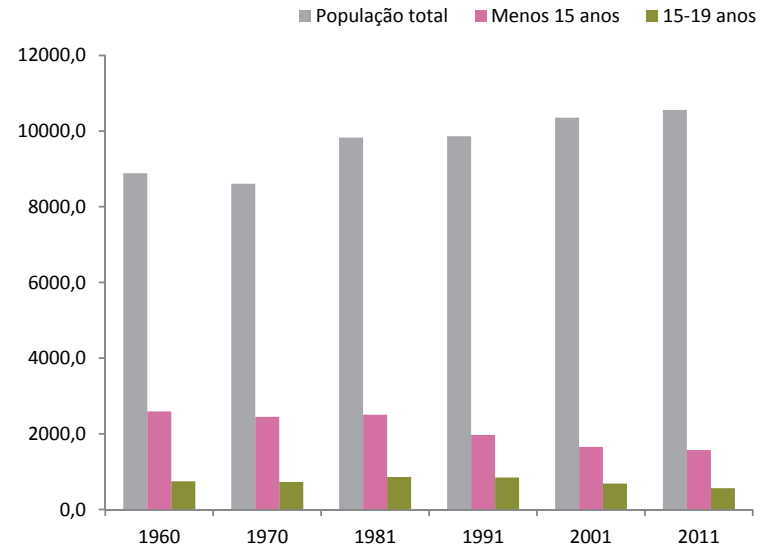
Assiste-se, nestes cinquenta anos, a uma tendência crescente da população total residente em Portugal enquanto a população com menos de vinte anos regista uma trajetória inversa. De ressaltar que esta diminuição é transversal a todos os sub grupos populacionais selecionados e mais notória nas idades mais baixas as quais espelham, no imediato, os efeitos da forte baixa de fecundidade.

A tendência em baixa do número de Crianças e Adolescentes recenseadas entre 15 de dezembro de 1960 e 21 de março de 2011 está bem visível na Figura 1 mas, deve destacar-se, que a evolução não é homogénea em todos os períodos intercensitários. De facto, entre 1960-1970, verifica-se uma perda quer da população total residente no país quer das crianças e dos adolescentes devido ao avultado fluxo emigratório. No período

intercensitário de 1970-1981, durante o qual ocorreu o processo de descolonização e o regresso de emigrantes como consequência da revolução democrática de 25 de abril de 1974, a situação inverte-se e traduz-se num acréscimo populacional. Nos períodos intercensitários seguintes o número de Crianças e Adolescentes não mais deixou de baixar. É no período de 1981-1991 que a substituição de gerações deixa de ser assegurada provocando o forte decréscimo das gerações futuras.

Figura 1

Crianças e Adolescentes residentes em Portugal e População Total (em milhares)



Fonte: INE, I.P. Censos da População 1960, 1970, 1981, 1991, 2001 e 2011.

A população residente em Portugal evoluiu, entre 1960 e 2011, segundo uma taxa média anual fraca e igual a 0,34% enquanto a observada no grupo das Crianças e Adolescentes foi negativa (-0,89%), correspondendo às Crianças uma taxa média anual de -1% e aos Adolescentes uma variação também negativa mas menos forte (-0,56% de média anual). A diminuição mais significativa encontra-se no subgrupo das crianças com idade inferior a 3 anos (taxa média anual igual a -1,29%) seguida da verificada nas crianças com idades compreendidas entre os 3-5 anos (taxa média anual igual a -1,12%). Esta evolução é normal pois são as idades mais novas as primeiras a sofrerem o impacte da baixa de fecundidade.

Quadro 2

Taxa média anual de crescimento (%) das Crianças e Adolescentes residentes em Portugal

Idades	1960-1970	1970-1981	1981-1991	1991-2001	2001-2011	1960-2011
Menos 3 anos	-1,87	0,06	-3,41	0,18	-1,38	-1,29
3-5 anos	-0,37	0,06	-4,07	-0,34	-0,90	-1,12
6-14 anos	-0,18	0,33	-1,62	-2,61	-0,26	-0,86
6-17 anos	-0,29	0,63	-1,23	-2,61	-0,65	-0,82
15-19 anos	-0,22	1,59	-0,16	-2,07	-1,97	-0,56
Menos 15 anos	-0,56	0,22	-2,39	-1,76	-0,52	-1,00
Menos 16 anos	-0,58	0,29	-2,21	-1,89	-0,57	-0,98
Menos 18 anos	-0,57	0,44	-1,97	-1,93	-0,75	-0,95
Menos 19 anos	-0,51	0,47	-1,86	-1,90	-0,84	-0,92
Menos 20 anos	**-0,48**	**0,56**	**-1,77**	**-1,85**	**-0,93**	**-0,89**
População total	-0,32	1,30	0,03	0,49	0,20	0,34

Fonte: INE,I.P. Censos da População de 1960, 1970, 1981, 1991, 2001 e 2011 (cálculos da autora).

No período compreendido entre 1960 e 2011 o número de Crianças e Adolescentes (população com menos de 20 anos) diminuiu 36%. A baixa foi mais acentuada nas crianças com menos de 15 anos (-39,3%,) do que nos Adolescentes (15-19 anos) que registaram uma variação negativa de 24,4%. Paralelamente, a população total residente no país cresceu 18,8% sobretudo devido à mudança de sentido dos fluxos migratórios e ao aumento das pessoas idosas provocado pela sua maior longevidade.

Dentro da população com menos de 15 anos a faixa etária em idade escolar obrigatória que à data abrangia a faixa etária dos 6-14 anos, assume-se como a mais importante e observa, entre 1960 e 2011, a mesma tendência em baixa dos outros subgrupos, mas menos acentuada (-35,1%), evolução que se reflete no ritmo de decréscimo médio anual mais fraco (-0,86%). Os efetivos populacionais deste sub grupo etário passam de 1 518 393 em 1960 para 802 2248 em 2011. A importância relativa das crianças com idades compreendidas entre os 6-14 anos no total da população recenseada reduz-se praticamente a metade durante o período analisado (17,1 % em 1960 contra 9,3% em 2011).

A diminuição mais forte revela-se primeiro nas crianças com menos de três anos, como reflexo da baixa da fecundidade, mas à medida que se avança no tempo a baixa estende-se às outras faixas etárias. Entre 1991-2001 assiste-se a um aumento do número de crianças com menos de 3 anos (taxa média anual de 0,18%) decorrente do afluxo de imigrantes no final dos anos de noventa e consequente contributo das mães com nacionalidade estrangeira na fecundidade[21], situação que não aconteceu nos outros subgrupos da população infantil. Este acréscimo triplica o observado no período 1970-81 (taxa média anual 0,06%) o qual foi transversal a todos os subgrupos e mais notório na população então abrangida pela escolaridade obrigatória (0,33 %). No período intercensitário seguinte o número de crianças desta idade retomou a trajetória decrescente, com o agravar da queda da fecundidade a que não é alheio o abrandar das entradas de imigrantes, população que tinha dado um contributo positivo no número de nascimentos com vida.

O número de crianças com menos de 3 anos reduziu-se praticamente a metade (47,6%) entre 1960 e 2011. Por seu lado, as crianças em idade pré – escolar, que na altura se situava nos 3-5 anos de idade, passaram, no mesmo período, de 525 380 para 298 824 registando a segunda redução mais acentuada (-43,1 %). Para esta variação negativa contribui fortemente o período 1981-1991 no início do qual a substituição das gerações deixou de ser assegurada.

Quadro 3

Crianças e Adolescentes residentes em Portugal (%), por idades						
Idades	**1960**	**1970**	**1981**	**1991**	**2001**	**2011**
Menos 3 anos	6,2	5,3	4,7	3,3	3,2	2,7
3-5 anos	5,9	5,9	5,2	3,4	3,2	2,8
6-14 anos	17,1	17,3	15,7	13,3	9,8	9,3
6-17 anos	22,4	22,5	21,0	18,5	13,6	12,5
15-19 anos	8,4	8,5	8,7	8,6	6,7	5,4
Menos 15 anos	29,2	28,5	25,5	20,0	16,0	14,9
Menos 16 anos	31,0	30,2	27,3	21,8	17,2	15,9
Menos 18 anos	34,5	33,7	30,8	25,2	19,8	18,0
Menos 19 anos	36,1	35,4	32,6	26,9	21,2	19,1
Menos 20 anos	**37,6**	**37,0**	**34,3**	**28,6**	**22,6**	**20,2**

Fonte: INE,I.P. Censos da População de 1960, 1970, 1981, 1991, 2001 e 2011 (cálculos da autora).

[21] Carrilho, Maria José e Craveiro, Maria de Lourdes " Situação Demográfica Recente em Portugal", Revista de Estudos Demográficos nº54, pp 57- 99, INE,I.P., Lisboa, 2014

Considerando o conceito das Nações Unidas o número de Crianças com menos de 18 anos, residentes em Portugal, baixou de 3 066 597 indivíduos para 1 904 938 entre 1960 e 2011, ou seja cerca de 1,2 milhões de crianças, contribuindo, assim, com menos 16,5 pontos percentuais para o total da população. A variação percentual (-39,6%) registada no período apresenta um valor muito próximo do observado na população com menos de 15 anos.

3.2. Crianças e Adolescentes no presente e no futuro

A proporção de Crianças e Adolescentes na população residente total era de 37, 6% em 1960 e de apenas 20,2% em 2011, valor próximo do estimado pelo INE para 2014 (19,7%) mas bastante afastado do previsto para 2060 (15,9%). A decomposição deste grupo populacional mostra que a importância relativa das Crianças (menos de 15 anos) se reduzirá significativamente e esta faixa etária representará em 2060 apenas 11,6% da população total ou seja, quase um terço do que detinha há cinquenta anos. Paralelamente, para os Adolescentes dos 15-19 anos a expetativa apesar de menos gravosa não é menos preocupante pois a proporção reduzir-se-á a metade, descendo de 8,4% para 4,3% em 2060, apesar desta projeção, que corresponde ao cenário central, ter subjacente um acréscimo gradual do número médio de crianças por mulher e saldos migratórios positivos.[22]

Quadro 4

Crianças e Adolescentes residentes em Portugal, por sexo , 1960, 2014 e 2060

Idades	1960			2014			2060		
	Homens	Mulheres	Relação de masculinidade (%)	Homens	Mulheres	Relação de masculinidade (%)	Homens	Mulheres	Relação de masculinidade (%)
Menos 3 anos	281 405	266 777	105,5	130 740	123 886	105,5	97 859	92 449	105,9
3-5 anos	268 466	256 914	104,5	148 421	142 680	104,0	98 787	92 697	106,6
6-14 anos	769 603	748 790	102,8	484 325	460 189	105,2	411 479	390 769	105,3
6-17 anos	1 003 590	989 445	101,4	655 157	624 731	104,9	425 225	404 788	105,0
15-19 anos	366 103	381 122	96,1	282 068	270 305	104,4	189 585	181 796	104,3
Menos 15 anos	1 319 474	1 272 481	103,7	763 486	726 755	105,1	509 338	483 218	105,4
Menos 16 anos	1 401 713	1 356 181	103,4	821 678	782 643	105,0	546 385	518 556	105,4
Menos 18 anos	1 553 461	1 513 136	102,7	934 318	891 297	104,8	621 871	590 786	105,3
Menos 19 anos	1 623 200	1 586 738	102,3	990 378	944 438	104,9	660 221	627 659	105,2
Menos 20 anos	**1 685 577**	**1 653 603**	**101,9**	**1 045 554**	**997 060**	**104,9**	**698 923**	**665 014**	**105,1**
População total	4 254 416	4 634 976	91,8	4 923 666	5 451 156	90,3	3 977 780	4 597 559	86,5

Fonte: INE,I.P. Censos da População de 1960, Estimativas Anuais da População (2014) e Projeções de População 2015-2060 (Cenário base).

Na presente análise consideram-se os resultados alcançados para Portugal no cenário central que conjuga subidas graduais dos níveis atuais de fecundidade (Índice sintético de fecundidade) a situar-se em 1,55 crianças por mulher em 2060 bem inferior ao nível de substituição de gerações e de esperança média de vida (à nascença igual a 84,21 anos para homens e a 89,88 anos para mulheres em 2060) com saldos migratórios negativos com tendência para se reduzirem, tornando-se positivos em 2020 e constantes e iguais a 19,5 mil indivíduos a partir de 2035 e até ao final do horizonte de projeção.

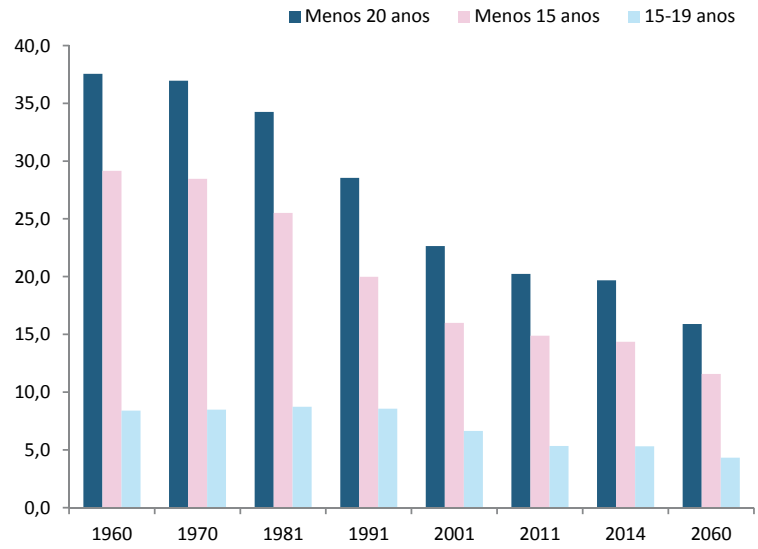
[22] INE, I.P. (2014) – DESTAQUE, Informação à Comunicação Social "Projeções de População Residente – Portugal - 2012 – 2060", Lisboa.

Deve referir-se que a população dos 6-14 anos abrangida pela escolaridade obrigatória em vigor nesta data desce de 17,1% em 1960 para 9,1% em 2014 e de acordo com o cenário central para 2060 projeta-se um aumento de 0,3 pontos percentuais. No caso do prolongamento da escolaridade obrigatória para doze anos a população dos 6-17 anos entre 1960 e 2060 diminuirá 33,8%, valor que atingirá 35,3% se o ano de partida for 2014. Esta evolução traduz bem os efeitos duradouros da baixa de fecundidade que o país regista e que leva os demógrafos a incluírem-no nos *países de muito baixa fecun*didade (com níveis inferiores a 1,3 crianças por mulher). De notar que em 1960, o número de nascimentos com vida ultrapassava os 200 mil enquanto a média de nados vivos do período 2012-2014 foi de cerca de 85 mil.

A relação de masculinidade[23]observada nas Crianças e Adolescentes tem vindo a aumentar: em 1960 existiam 102 homens por cada 100 mulheres, valor que subiu para 105 em 2014, prevendo -se que se mantenha em 2060. Estes níveis são bastante superiores aos observados no total da população residente e mais elevados nas idades baixas, em resultado de nascerem mais homens do que mulheres, ou seja de a relação de masculinidade nos nados vivos ultrapassar os 100 e de o índice tender a baixar com a idade devido à sobremortalidade masculina isto é, ao excesso de óbitos masculinos face aos femininos.

Figura 2

Crianças e Adolescentes residentes em Portugal (%) na População total , 1960-2011



Fonte: INE, I.P. Censos da População 1960, 1970, 1981, 1991, 2001 e 2011.

A amplitude de variação da proporção de crianças com menos de 15 anos na população total na UE 28 oscila entre 22,0% na Irlanda e a 12,8% na Alemanha em 1 de janeiro de 2015. Portugal (14,3%) apresenta um valor inferior ao da média comunitária (15,6%). A 1 de janeiro de 2061, com base nas projeções divulgadas pelo Eurostat, A Irlanda continua a deter a proporção de crianças mais elevada (18,4%) e Portugal assume o valor mais baixo (11,3%) enquanto a Alemanha reforça este grupo populacional em 0,3 pontos percentuais. De 2015 para 2060 a diferença de importância relativa das Crianças com menos de 15 anos residentes em Portugal afastou-se da média comunitária de 1,3 pp para 3,7 pontos percentuais.

23 População residente masculina/ População residente feminina*100

Figura 3

Crianças com menos de 15 anos (%) nos 28 paises da União Europeia (UE 28) em 1 de janeiro de 2014

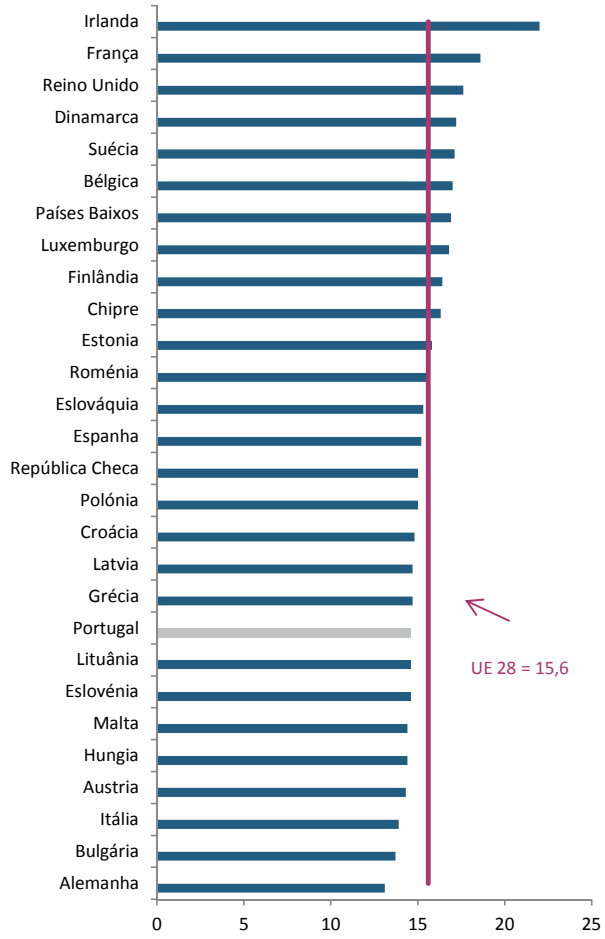
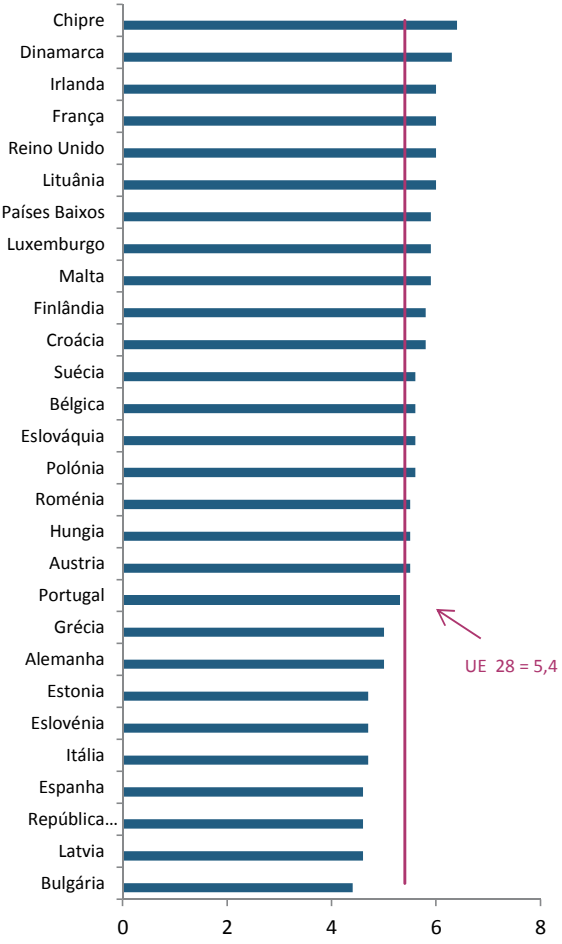


Figura 4

Adolescentes dos 15-19 anos (%) nos 28 países da União Europeia (UE 28) em 1 de janeiro de 2014



Fonte: Eurostat.

Nota: Proporção em relação à população total de cada país.

Os Adolescentes (15-19 anos) residentes em Portugal representam um valor (5,3%) muito perto do previsto para a EU=5,4% em 2015. A Bulgária (4,4%) apresenta o peso mais baixo enquanto o Chipre (6,4%) detém a proporção mais elevada. Para 2060 as projeções do Eurostat atribuem à Irlanda (6,6%) a importância mais elevada de Adolescentes na população total e a mais baixa a Portugal (4,2%), situando-se a média comunitária em 5,2%.

A diferença entre o valor máximo e mínimo agravou-se de 2 para 2,4 pontos percentuais entre 2015 e 2060.

4. Crianças e Adolescentes: Natalidade, Fecundidade, Família e Mortalidade

4.1 Natalidade

Os nascimentos com vida de mães Crianças e Adolescentes, residentes em Portugal diminuíram de 17 973 em 1980 para 2 491 em 2014, o que representa uma redução de 86,1%, bem superior à observada no total de nados vivos no mesmo período (48,0%), e a sua importância relativa no total dos nados vivos baixou 11,4% para 3,0% no mesmo período. Só em 1990 os nados vivos de mães crianças e adolescentes residentes em Portugal se tornaram inferiores a 10 000 (1990 = 9 994 nados vivos de mães com menos de 20 anos).

O número de filhos de mães Crianças (com menos de 15 anos) é residual e desceu de 185 para 45, respetivamente em 1980 e 2014 (-75.7%) enquanto o de mães Adolescentes sofreu um forte declínio baixando de 17 788 para 2 446 (-86,2%) durante o horizonte temporal em análise.

As Adolescentes com 18 e 19 anos de idade que foram mães observam uma variação no número de filhos mais significativa do que as com idade entre os 15-17 anos e acima da registada no grupo populacional em estudo. As diferentes idades das mães Adolescentes apresentam idêntica tendência evolutiva.

Quadro 5

Nados Vivos de Mães Adolescentes (15-19 anos) residentes em Portugal por idade do pai , 2011 e 2014

Idade do pai	2011		2014	
	Nº	%	Nº	%
Total	3 604	100,0	2 446	100,0
Menos de 20 anos	863	23,9	630	25,8
20 - 24 anos	1 613	44,8	1 059	43,3
25 - 29 anos	567	15,7	334	13,7
30 - 34 anos	166	4,6	126	5,2
35 - 39 anos	52	1,4	38	1,6
40 - 44 anos	18	0,5	17	0,7
45 - 49 anos	6	0,2	7	0,3
50 +anos	7	0,2	2	0,1
Ignorada	312	8,7	233	9,5

Fonte: INE.I.P, Nados Vivos

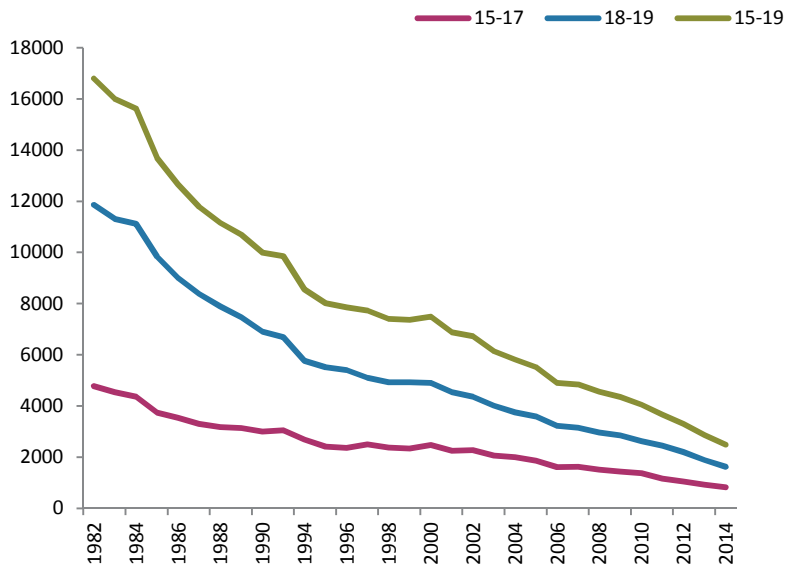
Nota: Dados referentes a 2014 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2015.

Cruzando a idade das mães com a idade dos pais destaca-se, desde logo, a elevada percentagem de idades ignoradas do pai, embora com tendência para diminuir. Em 2011, 18,8% dos nados vivos eram filhos de mães Adolescentes[24] e de pai com idade ignorada, valor que baixou para 15.4% em 2014. A maior proporção de filhos de mães Adolescentes tem pai com idades entre 20-24 anos (44,8 % em 2011 e 43,3% em 2014). Outro aspeto a assinalar é o aumento de nados vivos em que tanto a mãe como o pai são Adolescentes (23,9% do total dos nascimentos com vida de mães Adolescentes em 2011 contra 25,8% em 2014).

[24] Em 2011, nasceram 1 662 crianças de mães residentes em Portugal sendo a idade ignorada, número que baixou ligeiramente para 1510 em 2014, o que representa 1,7% e 1,8%, respetivamente do total dos nados vivos registados naqueles anos.

Figura 5

Nados-vivos de Mães Adolescentes (N.º) por Idade da Mãe, Portugal, 1982-2014



Fonte:INE, I.P.Nados Vivos.

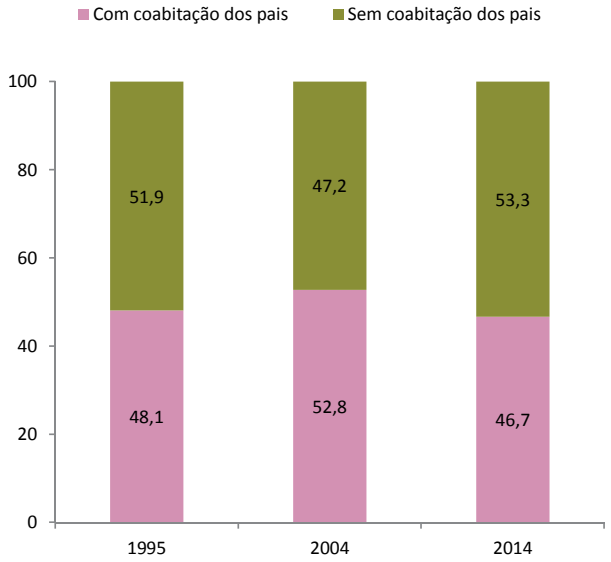
A análise do tipo de filiação dos nados vivos de mães Crianças mostra que tende a predominar a situação de "sem coabitação dos pais": 53,3% em 2014 face a 51,9% em 1995. Todavia, assiste-se ao reforço da proporção destes nados vivos cujos pais coabitam de 1995 (48,1%) para 2004 (52,8%), valor que torna a baixar em 2014 (46,7%). A interpretação destes dados tem que ser muito cuidadosa pois os efetivos de nados vivos de mães Crianças é extremamente reduzido e qualquer flutuação anual repercute-se na importância relativa de cada componente da filiação.

No que se refere aos nados vivos de mães Adolescentes ressalta uma mudança de tendência. Em 1995, os nados vivos de mães Adolescentes nasceram maioritariamente dentro do casamento (53,5%), proporção que baixou para 24,9% em 2004 situando-se em menos de 5% em 2014. Neste ano, prevaleciam os nados vivos fora do casamento em que os pais não coabitavam (51,0% em 2014 e 14,4% em 1995).

A importância relativa dos nados vivos de mães Adolescentes ocorridos fora do casamento no total de nados vivos fora do casamento de mães residentes no país reduziu-se, em 2014, quase a um terço da verificada em 1995 (7,8% e 18,5% respetivamente).

Figura 6

Nados vivos (%) de Mães Crianças (10-14 anos) residentes em Portugal, por tipo de filiação, 1995, 2004 e 2014



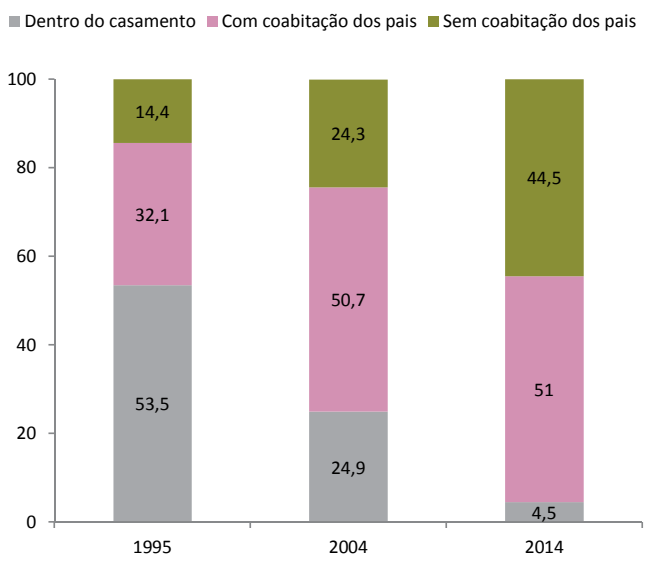
Fonte: INE, I.P.,Nados Vivos

Nota:

(1) Percentagens calculadas em relação ao total de nados vivos de mães dos 10-14 anos.

Figura 7

Nados vivos (%) de Mães Adolescentes (15-19 anos) residentes em Portugal por tipo de filiação, 1995, 2004 e 2014



Fonte: INE, I.P.,Nados Vivos

Nota:

(1) Percentagens calculadas em relação ao total de nados vivos de mães dos 15-19 anos.

Em 1995,[25] a maioria das mães Crianças e das mães Adolescentes possuía o ensino básico como nível de escolaridade mais elevado. Enquanto, naquele ano o 1º ciclo era o nível de escolaridade mais elevado das mães crianças, nos outros anos passa a ser o 2º ciclo. No que se refere às mães Adolescentes, em 1995, os níveis de escolaridade mais elevados repartem-se praticamente entre o 1º ciclo (32,0%) e o 2º ciclo (36,1%). Em 2004, deteta-se uma melhoria e a concentração ocorre nos 2º e 3º ciclos (35,9% e 38,4%, respetivamente), para em 2014 o 3º ciclo sedimentar a sua posição com 47,4% das mães a terem este nível de escolaridade, proporção bem afastada das que tinham completado o 2º ciclo (26,5%). Contudo, em 2014, pertence ao 3º ciclo a maior importância relativa sendo, neste caso, a proporção de mães que completaram este nível quase duplo (46,6%, contra 18,6% em 2004) das que têm o 2º ciclo completo (27,2%, face a). A diminuição do número de nados vivos de mães Crianças e Adolescentes é acompanhado pelo aumento de escolaridade das mesmas. De assinalar, contudo que em 2014, ao contrário dos outros anos considerados, ignora-se o nível de escolaridade mais elevado completo em 1,5 % das mães adolescentes.

[25] O período analisado inicia-se em 1995 pois este é o ano a partir do qual o INE,I.P. disponibiliza a informação "Nados vivos a por nível de escolaridade mais elevado completo da mãe" em www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005955&contexto=bd&selTab=tab2

Quadro 6

Nados vivos de mães Crianças e Adolescentes residentes em Portugal por nível de escolaridade mais elevado completo da mãe, 1995, 2004 e 2014

Nível de escolaridade da mãe	1995			2004			2014		
	10-14 anos	15-19 anos	10-19 anos	10-14 anos	15-19 anos	10-19 anos	10-14 anos	15-19 anos	10-19 anos
Total	77	7 931	8 008	72	5 740	5 812	45	2 446	2 491
Nenhum	11	332	343	8	179	187	1	33	34
Não sabe ler nem escrever	8	168	176	4	101	105	0	18	18
Sabe ler sem ter frequentado	3	164	167	4	78	82	1	15	16
Ensino básico	66	6 880	6 946	64	4 954	5 018	43	2 050	2 093
Ensino básico - 1.º ciclo	34	2 534	2 568	17	691	708	12	243	255
Ensino básico - 2.º ciclo	23	2 866	2 889	31	2 059	2 090	29	648	677
Ensino básico - 3.º ciclo	9	1 480	1 489	16	2 204	2 220	2	1 159	1 161
Ensino secundário	0	719	719	0	607	607	0	327	327
Ignorada	0	0	0	0	0	0	1	36	37

Fonte: INE.I.P, Nados Vivos

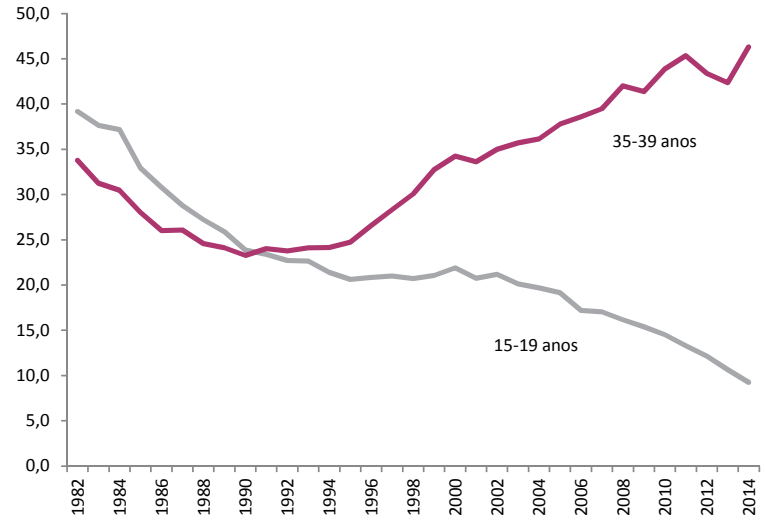
Nota: Dados referentes a 2014 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2015.

4.2.Fecundidade

A evolução descrita segue o comportamento da fecundidade das mães Adolescentes (15 -19 anos) que diminuiu 78,2 %, passando de 42,5‰ em 1980, 9,3 nascimentos com vida por 1000 raparigas adolescentes com idades entre os 15-19 anos, em 2014. O momento a partir do qual se inicia a fase decrescente, coincide com o momento em que se estima que a substituição das gerações deixa de ser assegurada, e durante o qual o ritmo de adiamento da idade média à maternidade se acelera. Em 1990 as taxas de fecundidade dos 15-19 cruzam-se com as dos 35-39 anos para de seguida evoluírem em sentidos contrários e com valores cada vez mais afastados. Só em 2014 a taxa de fecundidade das mães adolescentes assume valores inferiores a 10 ‰.

Figura 8

Taxas de Fecundidade (‰) de Mães Adolescentes e de Mães com idades dos 35-39 anos, Portugal, 1982-2014



Fonte: INE, I.P. Indicadores Demográficos.

A análise cinge-se às adolescentes pois a fecundidade das crianças dos 11-14 anos é praticamente residual, conforme anteriormente mencionado, registando, no horizonte analisado, pouco mais de meia centena casos.

Apesar de uma baixa tão forte do fenómeno, Portugal tem ocupado um dos primeiros lugares na taxa de fecundidade das Adolescentes no seio da UE, excetuando a quase totalidade dos países da Europa do Leste. Em 2003, primeiro ano para o qual o Eurostat [26]divulga dados para o conjunto dos 28 países da União Europeia (EU28= 15,4‰) a amplitude das taxas de fecundidade das adolescentes variava entre 5,8‰ (Eslovénia) e 39,8‰ (Bulgária). Portugal (19,9‰) ou seja, superior á média comunitária, mas inferior à do Reino Unido (26,6 ‰). Em 2013, a amplitude na EU 28 aumentou e oscilava entre 3,9‰ nos Países Baixos e 42‰,na Bulgária. Portugal neste ano com uma taxa de 10,5‰ alcançou um nível inferior ao estimado para a média comunitária (como tinha acontecido em 2012), mantendo-se inferior ao do Reino Unido (17,3 ‰). Entre 2003 e 2013 a taxa de fecundidade das adolescentes na EU 28 reduziu-se 24,1% e Portugal registou a maior baixa (47,4%), enquanto o Reino Unido observou um decréscimo de 35,1%.

De notar que em 1960, em Portugal, o índice sintético de fecundidade, que permite estimar o número médio de filhos por mulher em idade fértil, baixou de 3,2 crianças por mulher para 1,2 em 2014. O ano de 1982 é associado ao momento em que a fecundidade deixou de ser assegurada e se atingiu o nível inferior ao de substituição das gerações, ou seja cerca de 2,1 crianças por mulher.

Portugal é, assim, *um país de muito baixa fecundidade,* com um nível bastante inferior ao exigido para substituir as presentes gerações de pais. Há mais de trinta anos que se verifica esta situação, a qual explica a enorme perda de Crianças e Adolescentes no período compreendido entre 1960 e 2014 dado que, no mesmo período, a mortalidade registou fortes ganhos.

Em síntese, a taxa de fecundidade das Adolescentes portuguesas reduziu-se praticamente a metade entre 2003-2013 e assume um valor inferior à média comunitária em 2013 (EU 28=11,7 por mil adolescentes em 2013).

O acesso aos métodos contraceptivos cada vez mais seguros, o aumento da escolaridade obrigatória, o aumento da idade média ao casamento e ao nascimento do primeiro filho são factores normalmente adiantados para explicar a baixa da fecundidade, aos quais se juntam a permanência dos filhos em casa dos pais até mais tarde e a dificuldade dos jovens no acesso ao emprego.

Os métodos contracetivos são fornecidos gratuitamente nos centros de saúde e hospitais públicos. Todas as pessoas têm direito ao acesso a consultas e serviços de planeamento familiar, independente do sexo, **idade** ou estado civil.

Nas consultas, gratuitas, de planeamento familiar, **os adolescentes** são um dos alvos prioritários. Não é necessária a autorização dos pais, do encarregado de educação ou do adulto responsável pelo menor para que este tenha acesso às consultas de planeamento familiar e aos métodos contracetivos[27].

[26] EUROSTAT Fertility rates by age [demo_frate]
27 Portal da Saúde http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/metodoscontraceptivos.htm

4.3 Interrupção de Gravidez (IG)

Em Portugal realizaram-se, em 2008, 18 607 interrupções de gravidez (IG) das quais 2 222 por Crianças e Adolescentes ou seja, 11,0% do total. Cerca de uma centena de interrupções pertencem a Crianças com menos de 15 anos (103) e a quase totalidade (2 119) a Adolescentes com 15 - 19 anos de idade. Em 2009, assiste-se a um ligeiro aumento do número de interrupções praticadas e a partir de 2010 há claramente uma tendência decrescente do fenómeno que se reduz praticamente a metade no caso das crianças (42,7%), embora se tenha de ter em conta que os números envolvidos são de reduzida dimensão; nas Adolescentes o fenómeno registou entre 2008-2014 uma baixa de 17,4% enquanto a nível global a diminuição alcançou 10,8%. De referir que as IG se observam essencialmente entre as mulheres dos 20-34 anos e que o número de Adolescentes que recorre à interrupção da gravidez corresponde quase a metade do observado no grupo dos 20-24 anos ou seja, o grupo que assume os valores mais elevados desde 2011 e que registou no período analisado uma variação ligeiramente inferior (menos 0,2 p.p.) à ocorrida nas Adolescentes.

Quadro 7

Interrupções da Gravidez em Crianças e Adolescentes, Portugal, 2008-2014

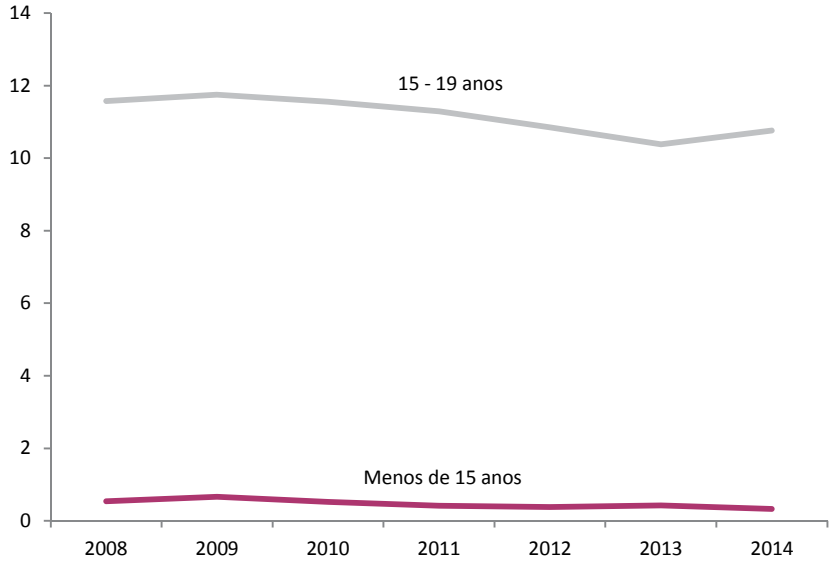
Período de referência	Menos de 15 anos		15-19 anos		Menos de 20 anos		Total	
	Interrupção de gravidez (IG)	IG Por opção da mulher	Interrupção de gravidez (IG)	IG Por opção da mulher	Interrupção de gravidez (IG)	IG Por opção da mulher	Interrupção de gravidez (IG)	IG Por opção da mulher
2008	103	97	2 119	2 085	2 222	2 182	18 607	18 014
2009	129	128	2 291	2 258	2 420	2 386	19 848	19 222
2010	101	99	2 214	2 185	2 315	2 284	19 436	18 911
2011	84	83	2 274	2 249	2 358	2 332	20 480	19 921
2012	71	70	2 043	1 998	2 114	2 068	19 156	18 408
2013	79	76	1 865	1 841	1 944	1 917	18 281	17 728
2014	59	52	1 751	1 726	1 810	1 778	16 589	16 039

Fonte: Direção Geral da Saúde (DGS), Relatórios dos Registos das Interrupções da Gravidez

A proporção de IG praticada por Adolescentes mantém uma importância relativa no total das interrupções ao longo do período a rondar os 11% ocorrendo uma perda de 0,6 p.p. entre 2008 e 2014 (10,8%). As interrupções de gravidez por opção da mulher até às 10 semanas representam nas Crianças e Adolescentes a quase totalidade das IG, aliás, à semelhança do que a acontece em todas as idades.

Figura 9

Interrupções da Gravidez por opção em Crianças e Adolescentes (%), Portugal, 2008-2014



Fonte: Direção Geral da Saúde (DGS), Relatórios dos Registos das Interrupções da Gravidez

Nota: Percentagens de cada grupo etário em relação ao total de interrupções por opção da mulher registadas em cada ano.

A interrupção da gravidez pode ser feita pelos seguintes motivos: 1) único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida; 2) evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida; 3) grave doença ou malformação congénita do nascituro; 4) gravidez resultante de crime contra liberdade ou autodeterminação sexual; 5) por opção da mulher (artigo 142º do Código Penal que prevê os motivos para a exclusão de ilicitude da interrupção da gravidez).

As interrupções de gravidez por opção representam cerca 97% do total das interrupções realizadas por mulher "aparecendo em segundo lugar grave doença ou malformação congénita do nascituro com valores que se aproximam dos 3%.

De acordo com a definição da Associação para o Planeamento da Família (APF) o aborto consiste na interrupção de uma gravidez com menos de 20-22 semanas de gestação. Existem duas categorias de aborto: 1) espontâneo que consiste na interrupção de uma gravidez devido a uma ocorrência acidental ou natural. A maioria dos abortos espontâneos tem origem numa incorreta replicação dos cromossomas e/ou em fatores ambientais. O aborto espontâneo pode ser precoce (se ocorrer até às 12 semanas de gestação) ou tardio (após 12 semanas de gestação) e 2) induzido que é um procedimento usado para interromper uma gravidez, também denominado Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Quando realizado precocemente, em serviços de saúde legais e autorizados, é um procedimento médico seguro e com reduzidos riscos para as mulheres.

Quadro legal da Interrupção da Gravidez em Portugal

Até 1984, o aborto era proibido em Portugal.

A Lei nº 6/84 veio permitir a interrupção voluntária da gravidez em casos de perigo de vida da mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, em casos de malformação fetal ou quando a gravidez resultou de uma violação.

Em 1997 a legislação foi alterada (Lei n.º 90/97), com um alargamento do prazo para interrupção em casos de malformação fetal e em situações de "crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher".

Em 2007, e após um Referendo nacional, foi incluída na lei a possibilidade de se realizarem interrupções de gravidez a pedido das mulheres.

Em resumo, com a Lei n.º 16/2007, Artigo 142, a interrupção da gravidez pode atualmente ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos desde que:

- a) Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- b) Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- c) Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez";
- e) Por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

O consentimento é prestado:

- Em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo.
- No caso de a mulher grávida ser **menor de 16 anos** ou psiquicamente incapaz, respetiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral**.**

4.4 Família

A Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 consagra o princípio da Igualdade no artigo 36º, nº1:"*Todos têm o direito de constituir família e de contrair casamento em condições de plena igualdade*".[28] Houve, assim, a necessidade de "ajustar o Código Civil (CC) à Constituição em matéria de direitos, liberdades e garantias", conforme refere o Decreto - Lei 496/77de 25 de novembro que determina as mudanças a introduzir. O domínio da família foi precisamente o que registou mais profundas alterações, passando a assegurar a igualdade de direitos e deveres dos cônjuges e a não discriminação dos filhos nascidos fora do casamento. A idade em que se atinge a maioridade, baixou de 21 anos para 18 anos (Código Civil, artigo 122.º) e a idade ao casamento fixou-se nos 16 anos, tornando-se igualitária para mulheres e homens, ao subir a das mulheres dos 14 para os 16 anos, idade que vigorava para os rapazes. Ter idade inferior a 16 anos é impedimento dirimente absoluto, ou seja a pessoa não pode casar (Código Civil, artigo 1 596.º) enquanto o casamento do nubente com idade igual a 16 anos mas inferior a 18 anos é impedimento impediente que exige uma autorização dos responsáveis legais do menor, pais ou de quem exerce o poder paternal, ou do conservador (Código Civil, artigo 1 604.º). Desde que o casamento seja devidamente autorizado, o menor fica emancipado e adquire a plena capacidade do exercício de direitos.

Em 2014, celebraram-se 533 de casamentos de pessoas[29] com menos de vinte anos residentes em Portugal, dos quais 109 de homens e 424 de mulheres. É um número de casamentos diminuto e que tem acompanhado a baixa que o fenómeno regista nos anos mais recentes.

Os casamentos de Adolescentes representavam, em 1995, 18,6% do total de casamentos celebrados sendo 3,5% homens e a 15,1% de mulheres, descendo a importância relativa para 1,7% em 2014 (0,3% de homens e 1,3% de mulheres). Esta evolução corresponde ao forte acréscimo da proporção de nados vivos de mães Adolescentes e em que os pais não coabitavam ou viviam em união de fato, conforme anteriormente analisado.

Quadro 8

Casamentos de Crianças e Adolescentes residentes em Portugal, por sexo e idades

Período de Referência	Menos 17 anos			17 -19 anos			Menos 20 anos		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
1995	834	43	791	11 371	2 260	9 111	12 205	2 303	9 902
2000	595	14	581	7 600	1 407	6 193	8 195	1 421	6 774
2005	314	9	305	4 567	888	3 679	4 881	897	3 984
2010	68	1	67	1 298	226	1 072	1 366	227	1 139
2013	39	3	36	621	110	511	660	113	547
2014	36	1	35	494	106	388	530	107	423

Fonte: INE,I.P. Casamentos.

Nota:Casamentos celebrados (Entre pessoas de sexo oposto)

A quase totalidade, percentagens superiores a 90%, de casamentos de Adolescentes ocorre na faixa etária dos 17-19 anos. Em 1995, mais de metade dos casamentos de rapazes dos 17-19 anos (51,5%) o cônjuge pertencia à mesma faixa etária, valor que baixa para 40,6% em 2014, enquanto o casamento com mulheres mais velhas, do grupo etário dos 20-24 anos diminuiu só 1,8 p.p. De notar que o casamento destes Adolescentes com mulheres de idade inferior a 17 anos aumentou de 9,2% para 15,1% entre 1995 e 2014, tal como a proporção de casamentos com mulheres de idades entre os 25-29 anos registou igualmente uma subida mas, em ambos os casos, os efetivos envolvidos são abastante diminutos. As mulheres Adolescentes dos 17-19 anos casam, maioritariamente, com homens mais velhos, com idades compreendidas entre os 20-24 anos (63,5% em 1995, contra 55,2% em 2014). Verifica-se um ligeiro acréscimo de casamentos em que o cônjuge masculino pertence à faixa etária dos 25-29 anos. A proporção de mulheres dos 17-19 anos que casou com

[28] 1ª Versão da CPR - redação dada pelo Decreto de 10/04 de 1976. Esta redação mantem-se na VII revisão constitucional de 2005 (as anteriores revisões registaram-se em 1982, 1989, 1992, 1997, 2001 e 2004).

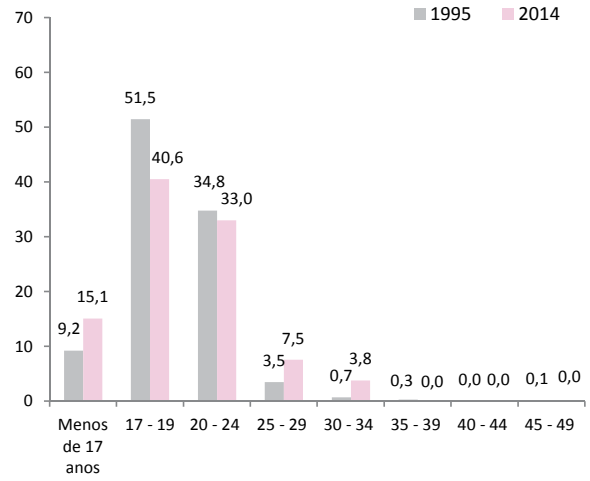
[29] Casamentos celebrados entre pessoas de sexo oposto

homens da mesma faixa etária situava-se apenas em 12,8% em 1995 do total de casamentos nestas idades, diminuindo 1,7 p.p. em 2014. A repartição por idades dos casamentos dos Adolescentes dos 17-19 anos é, assim, diferente da ocorrida entre as Adolescentes das mesmas idades.

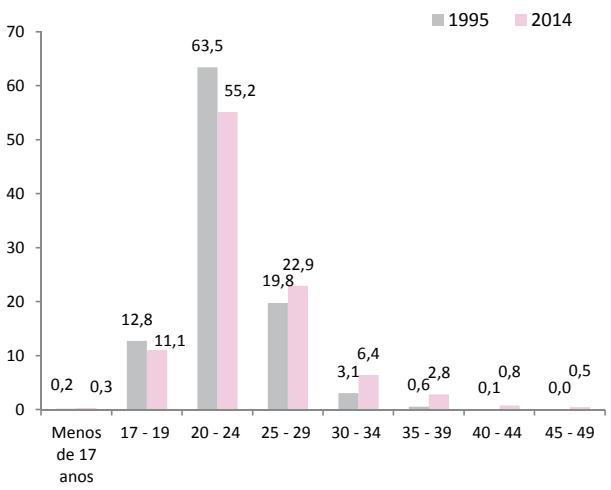
Na forma de celebração dos casamentos de Adolescentes desta faixa etária predomina o casamento civil, tanto nos homens como nas mulheres, respetivamente 85,8% e 83,0% em 2014, valores superiores aos do total de casamentos celebrados pelo civil no mesmo ano (63,6%).

Figura 10

Casamentos de Homens Adolescentes dos 17-19 anos (%) registados em Portugal, por grupo etário do cônjuge feminino, 1995 e 2014



Casamentos de Mulheres Adolescentes dos 17-19 anos (%) registados em Portugal, por grupo etário do cônjuge masculino, 1995 e 2014



Fonte: INE, I.P. Casamentos.

Notas:

(1) Casamentos celebrados entre pessoas de sexo oposto.

(2) Dados referentes a 2014 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2015.

4.5. Mortalidade

A diminuição da mortalidade observada em Portugal, desde meados do século XX, e o ritmo a que ocorreu são aspetos fortemente positivos na evolução do fenómeno que tem o seu expoente máximo nos baixos níveis atingidos pela mortalidade infantil, e bem inferiores à média comunitária. A mortalidade afeta de modo diverso as várias idades bem como homens e mulheres e as causas que lhe estão associadas diferem bastante consoante estas variáveis.

Em 2014, dos 104 790 óbitos de residentes em Portugal registaram-se 517 de indivíduos com menos de vinte anos, ou seja, 0,5 %, sendo 0,6 % de rapazes e 0,4% de raparigas[30]. No seio desta faixa etária os óbitos de Crianças com menos de 15 anos representavam 73,9% e, dentro deste subgrupo da população, mais de metade (60,5%) tinha menos de um ano de idade. Os Adolescentes explicaram 26,1% dos óbitos de indivíduos com menos de 20 anos.

[30] Percentagens calculadas em relação ao total de óbitos cada sexo

Quadro 9

Indicadores de mortalidade de Crianças e Adolescentes, por sexo, residentes em Portugal, 2002 e 2014

Idades	Óbitos (número)			Relação de masculinidade ao óbito (por 100 mulheres)	Taxas de mortalidade infantil (por mil nados vivos) e Taxas de mortalidade específicas (por 100 000 habitantes)		
	HM	H	M		HM	H	M
				2002			
Menos de 1 ano	574	316	258	122,5	5,0	5,3	4,7
1- 4 anos	167	99	68	145,6	37,4	43,0	31,4
5 - 9 anos	104	59	45	131,1	19,0	20,9	17,0
10 - 14 anos	140	83	57	145,6	24,4	28,2	20,3
15 - 19 anos	340	253	87	290,8	52,4	76,2	27,4
Menos 15 anos	985	557	428	130,1	58,6	64,4	52,4
Menos 20 anos	**1 325**	**810**	**515**	**157,3**	**56,9**	**67,7**	**45,4**
Total de óbitos	106 258	55 377	50 881	108,8	10,2	11,0	9,4
				2014			
Menos de 1 ano	231	144	87	165,5	2,8	3,3	2,2
1- 4 anos	55	28	27	103,7	14,7	14,6	14,8
5 - 9 anos	46	29	17	170,6	9,1	11,2	6,9
10 - 14 anos	50	32	18	177,8	9,2	11,4	6,8
15 - 19 anos	135	95	40	237,5	24,5	33,8	14,9
Menos 15 anos	615	382	233	163,9	25,4	30,2	20,3
Menos 20 anos	**517**	**328**	**189**	**173,5**	**25,1**	**31,2**	**18,8**
Total de óbitos	104 790	53 196	51 594	103,1	10,1	10,8	9,5

Fonte: INE,I.P. Óbitos; Nados Vivos e Estimativas Anuais de população residente

Notas:

1) Relação de masculinidade ao óbito (RM): quociente entre os óbitos do sexo masculino e os do sexo feminino, por 100 mulheres.

2)Taxa de mortalidade infantil: Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 nados vivos).

3) Taxa de mortalidade específica: quociente entre o número de óbitos de terminada idade e a população média da mesma idade habitualmente expressa por 100 mil habitantes.

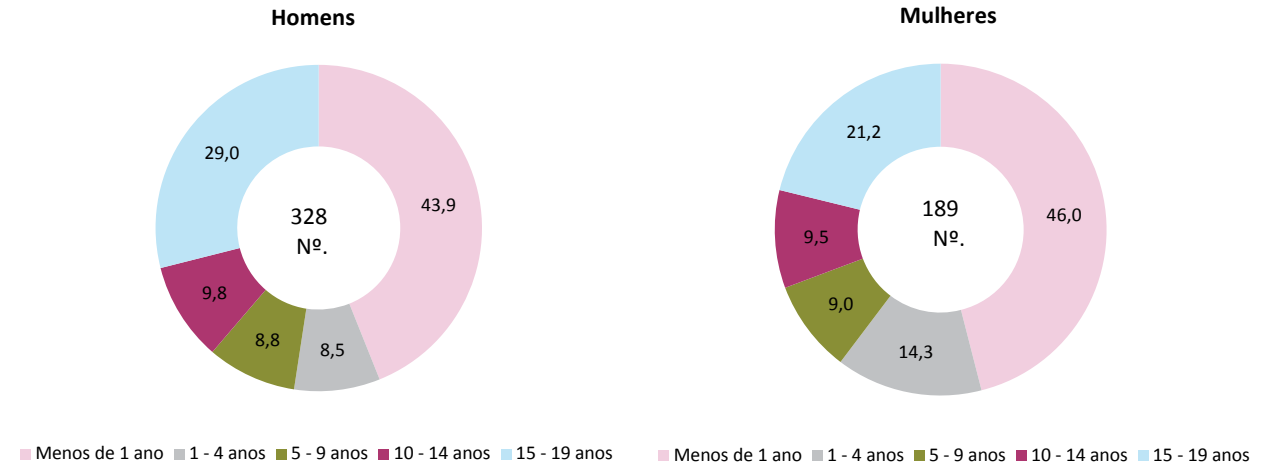
A mortalidade das Crianças e Adolescentes diminui 61,0% entre 2002 e 2014 passando a exprimir 1,2% e 0,5 %, respetivamente, do total dos óbitos de residentes no país (106 258 em 2002 e 104 790 em 2014). A redução da mortalidade foi ligeiramente mais forte nas Crianças (61,2%) do que nos Adolescentes (60,3%) e superior nas raparigas (65,2%) do primeiro subgrupo e nos rapazes (62,5%) do segundo subgrupo.

A baixa da mortalidade é mais notória se tivermos em conta que, em 1960, a percentagem de óbitos com menos de 20 anos atingia os 24,9% dos óbitos totais, importância relativa que subia para 27,2% nos homens e se situava em 22, 6% nas mulheres, valores muito afastados dos verificados nos anos mais recentes. No mesmo ano, a importância relativa dos óbitos de Crianças com menos de 15 anos, era de 24,9% e a dos Adolescentes dos 15-19 anos 0,7% dos óbitos registados no país.

A diferença de mortalidade entre rapazes e raparigas traduz o fenómeno da sobremortalidade masculina que tende a aumentar com o avanço da idade e está bem expresso na relação de masculinidade: em 2014, por cada 100 raparigas Adolescentes morreram 237 rapazes adolescentes e por cada 100 meninas com menos de 1 ano morreram 165 meninos com a mesma idade.

Figura 11

Óbitos de Crianças e Adolescentes residentes em Portugal (%), por sexo e idades, 2014



Fonte: INE,I.P., Estatisticas de óbitos.

Dos 328 óbitos de Crianças e Adolescentes residentes em Portugal, registados em Portugal, no caso dos homens 43,9% tinham menos de um ano de idade; 29,0% entre 15-19 anos; 9,8% ocorreram entre 10-14 anos; 8,8% situavam-se nos 5-9 anos e 8,5% nos 1-4 anos. Dos 189 óbitos de mulheres da mesma idade 46,0% tinham menos de um ano; 21,2 menos de 15-19 anos; 14,3% tinham 1-4 anos; 9,5 % entre 10-14 anos; 9,0% nos 5-9 anos.

As taxas de mortalidade reduziram-se a mais metade entre 2002 e 2014, sendo a queda transversal a todas as idades. De realçar a trajetória da mortalidade infantil que em 1960 atingia os 77,5 óbitos com menos de um ano por mil nados vivos, desceu para 53,7‰ em 1970, valor duplo da média comunitária, para 5,0‰, em 2002 e para 2,8‰ em 2014, valor inferior à média estimada para o conjunto dos 28 Países da União Europeia[31] (EU28=3,7‰ em 2013 e 25,7‰ em 1970). De notar que a taxa de mortalidade infantil se tornou inferior à média comunitária, pela primeira vez, em 1998 quando atingiu os 6,0‰ (EU28= 6,9‰ em 1998). Desde então, e até 2013, último ano disponibilizado pelo Eurostat, a diminuição da taxa mais acentuada em Portugal (51,7%) do que no conjunto dos 28 países da União Europeia (43,1%). Entre estes pertencem a Chipre (1,6‰) e à Finlândia (1,8‰) os níveis mais baixos do indicador e à Roménia (9,2‰) e a Bulgária (7,3‰) os valores máximos. Só em 2001 a taxa de mortalidade infantil de Portugal atingiu valores menores do que os verificados na Dinamarca e nos Países Baixos, situação que permanece em 2013, ano em que estes países apresentam níveis do indicador iguais a 3,5‰ e 3,8‰, respetivamente.

No entanto, convém ter presente que os números de óbitos envolvidos no cálculo do indicador, nos últimos anos, são extremamente baixos (231 óbitos infantis em 2014) e qualquer ligeira variação anual pode ter reflexos no valor da taxa.

A análise da mortalidade por causas foca essencialmente o período de 2002 a 2013 tendo em conta que à data da elaboração do artigo a informação relativa a causas de morte, se reportava a 2013. Acresce ainda o facto de a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) ter entrado em vigor em Portugal em 2002.

[31] Eurostat- Infant mortality rates [demo_minfind]; http://ec.europa.eu/eurostat/data/database

A causa de morte é uma variável imprescindível no estudo da evolução da mortalidade pois permite avaliar o estado de saúde de um país e em concreto o efeito das medidas de preventivas adotadas para combater as doenças. As causas de morte diferem bastante com a idade prevalecendo as causas endógenas nas idades mais novas, sobretudo nas crianças com menos de um ano, enquanto nas idades a partir dos 5 anos as principais causas são externas, nomeadamente os acidentes, e as decorrentes de tumores malignos. Esta realidade determinou uma abordagem por idades diferente da adotada nos capítulos anteriores de modo a realçar as causas que explicam as mortes em três grupos selecionados: antes do primeiro ano de vida, dos 5-9 anos e dos 15-19 anos.

A mortalidade devida a "Algumas afeções originadas no período perinatal" é a primeira causa de morte das crianças com menos de um ano de idade, e explica mais de metade desta mortalidade, tanto para homens como para mulheres, embora com evoluções diferentes entre 2002-2013: de 54,4 % para 60,4% do caso dos homens e uma descida de 57,8% para 51,0% no caso das mulheres. A segunda causa de morte pertence às "Malformações congénitas e anomalias cromossomáticas" e evidencia, no período em análise, tendências contrárias nos dois sexos: baixa de 21,2% para 20,8% nos homens e aumenta de 22,1% pra 27,6 % nas mulheres.

A proporção de mortes resultante de "Sintomas, sinais e exames anormais, causas mal definidas" surge como a terceira causa de morte e praticamente duplicou o contributo quer para o total das mortes quer do sexo masculino quer do sexo feminino, no horizonte temporal considerado sendo mais significativa nos homens (9,0% em 2013 contra 5,1 % em 2002) do que entre as mulheres (6,1% em 2013 contra 3,2% em 2002)

As doenças infeciosas diminuíram e afetaram mais rapazes do que raparigas em 2002, verificando-se precisamente o contrário em 2014. Deve ter-se em conta, no entanto, que os números envolvidos são diminutos (14 mortes em 2002 e contra 6 casos em 2013).

Quadro 10

Principais causas de morte de Crianças com menos de 1 ano residentes em Portugal (%), por sexo, 2002 e 2013

Homens	Mulheres	Causas de Morte-CID 10, Lista Sucinta Europeia	Homens	Mulheres
54,4	57,8	LSE-51 Algumas afecções originadas no período perinatal	60,4	51,0
21,2	22,1	LSE-52 Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	20,8	27,6
5,1	3,1	LSE-55 Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	9,0	6,1
1,6	3,9	LSE-33 Doenças do aparelho circulatório	2,8	2,0
2,8	3,5	LSE-37 Doenças do aparelho respiratório	1,4	2,0
2,8	2,3	LSE-31 Doenças do sistema nervoso e dos orgãos dos sentidos	1,4	2,0
2002			**2013**	

Fonte: INE, I.P. Estatísticas de Causas de morte (calculos da autora)

Nota: Percentagens calculadas em relação ao total de óbitos de cada sexo

A substancial redução da mortalidade infantil foi acompanhada numa primeira fase, como é normal, pela diminuição da mortalidade superior a um mês, concentrando-se depois nas causas neonatais, situação que se tem vindo a reforçar.

Em 2014, observaram-se 231 óbitos neonatais ou seja de nados vivos que faleceram com menos de 28 dias. Este número é uma parcela significativa das mortes com menos de um ano (73,2%) e superior ao observado em 2002 (68,1%). Em 1960, esse número ascendia a 5 978 mas representava apenas 31,3% do total de óbitos com menos de um ano (16 576). Esta evolução confirma que as causas de mortalidade infantil se têm concentrado no período neonatal.

Se no passado eram as doenças infeciosas a primeira causa de mortalidade infantil, os avanços na medicina, o acesso a cuidados médicos e os programas de vacinação praticamente que as anularam. Atualmente, esse lugar pertence às doenças endógenas e mesmo estas são inexpressivas, facto que contribuiu para a drástica redução da mortalidade infantil.

Quadro 11

Principais causas de morte de Crianças com 5-9 anos residentes em Portugal (%), por sexo, 2002 e 2013

Homens	Mulheres	Causas de Morte-CID 10, Lista Sucinta Europeia	Homens	Mulheres
23,7	13,3	LSE-07 Tumores malignos	26,1	31,8
28,8	22,2	LSE-60 Acidentes de transporte	17,4	9,1
3,4	17,8	LSE-31 Doenças do sistema nervoso e dos orgãos dos sentidos	13,0	18,2
5,1	11,1	LSE-55 Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	4,3	13,6
0,0	4,4	LSE-26 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8,7	9,1
5,1	4,4	LSE-52 Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	4,3	4,5
2002			**2013**	

Fonte: INE, I.P. Estatísticas de Causas de morte (calculos da autora)

Nota: Percentagens calculadas em relação ao total de óbitos de cada sexo

Nas Crianças dos 5-9 anos de idade os "Acidentes de transporte" lideram as causas de morte em 2002 com valores superiores nos homens (28,8%) face às mulheres (22,2%), situação que se altera em 2013 passando aquela posição para os "Tumores malignos" que atingem mais as mulheres (31,8%) do que os homens (26,1%). Em conjunto estas duas causas explicam 43,4% das mortes de rapazes nesta faixa etária e 40,9% nas raparigas. São ainda de destacar as "Doenças do sistema nervoso" que fortaleceram a sua importância relativa, em 2013, tanto nos rapazes (13,0%) como nas raparigas (18,2%). O contributo dos "Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas" aumentou nas raparigas de 11,1% para 13,6% enquanto nos homens se registou um ligeiro recuo de 5,1% para 4,3% em 2013.

Quadro 12

Principais Causas de morte em Adolescentes (15-19 anos) residentes em Portugal (%), por sexo, 2002 e 2013

Homens	Mulheres	Causas de Morte-CID 10, Lista Sucinta Europeia	Homens	Mulheres
51,4	32,2	LSE-60 Acidentes de transporte	25,3	7,1
4,0	2,3	LSE-55 Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	11,4	16,7
7,5	17,2	LSE-07 Tumores malignos	6,3	31,0
4,3	8,0	LSE-63 Suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente	10,1	7,1
5,9	6,9	LSE-31 Doenças do sistema nervoso e dos orgãos dos sentidos	6,3	11,9
4,0	5,7	LSE-33 Doenças do aparelho circulatório	6,3	2,4
2002			**2013**	

Fonte: INE, I.P. Estatísticas de Causas de morte (calculos da autora)

Nota: Percentagens calculadas em relação ao total de óbitos de cada sexo.

Em 2002, a mortalidade por "Acidentes de transporte" é a primeira causa de morte dos Adolescentes sendo largamente superior nos rapazes (51,4%) face às raparigas (32,2%), Apesar de a mortalidade originada por esta causa se ter reduzido a metade permanece, em 2013, como a principal causa de morte nos homens (25,3%) enquanto nas mulheres cede a posição aos "Tumores malignos" que verificam um substancial acréscimo (31,0% em 2013, face a 17,2% em 2002) sobretudo devido ao "Tumor maligno do tecido linfático / hematopoético". Nos Adolescentes observam-se outras mudanças na hierarquização das causas que explicam as mortes de homens e mulheres. Assim, em 2002, os "Tumores malignos" responsáveis por 7,5 % das mortes

dos rapazes adolescentes, ocupavam a segunda posição e em 2013 passaram a ser a quarta causa de morte, em conjunto com as "Doenças do aparelho circulatório" e as " Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, cada um das quais justificando 6,3% das mortes de rapazes com idades dos 15-19 anos. Quanto à causa " Suicídios e outras lesões autoinfligidas" importa referir que se mantem como terceira causa de morte nos rapazes adolescentes aumentando de 4,3% em 2002 para 10,1% em 2013, enquanto nas raparigas baixou para quinto lugar ao diminuir 0,9 pontos percentuais em 2013 face a 8,0% em 2002. No que se refere aos " Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas" reforçaram o seu contributo em 2013 quer nos óbitos dos homens (11,4%) quer nos das mulheres (16,7%), tendo-se registado em ambos um acréscimo significativo.

A diminuição da mortalidade anteriormente analisada reflete-se nos valores da esperança média de vida à nascença, um dos melhores indicadores para avaliar a evolução do fenómeno. Entre os triénios 1980-1982 e 2012-2014 a esperança média de vida à nascença passou de 68,19 anos para 77,16 anos nos homens e de 75,15 anos para 83,03 anos nas mulheres o que significa um aumento de 9 anos para os homens e de praticamente 8 anos para as mulheres. Os acréscimos registados no indicador tendem a diminuir com a idade. As mulheres continuam a viver mais anos do que os homens. Contudo, a expectativa de vida dos homens tem vindo a aproximar-se da das mulheres, com os maiores ganhos a registarem-se na população masculina: entre os triénios 2002-2004 e 2012-2014, a diferença na esperança de vida à nascença de homens e mulheres diminuiu de 6,5 para 5,9 anos (em 1980-1982 situava-se em 6,96 anos diferença quase idêntica à estimada para o triénio 1990-1992).

Enquanto as Crianças que conseguissem no triénio 2002-2004 atingir os 15 anos podiam esperar viver, em média, mais 59,68 anos, no caso dos rapazes, e mais 66,11 anos, no caso das mulheres, esses valores ascendiam, em 2012-2014, a 62,55 anos e a 68,37 anos respetivamente. Paralelamente, os Adolescentes que conseguissem sobreviver até aos 20 anos podiam ver, no mesmo horizonte temporal, a vida média subir de 54,87 anos para mais 57,64 anos ou de 61,20 para 63,42 anos, pertencendo, respetivamente ao sexo masculino ou ao feminino. Tendo em conta os triénios 1980-1982 e 2012-14 observa-se uma variação positiva na esperança de vida em todas as idades da população em estudo e o aumento é sempre mais forte nos homens.[32] De notar que as maiores diferenças entre o número de anos a viver pelos homens face ao das mulheres se situam no triénio 1990-1992 e as menores diferenças observam-se no triénio 2012-2014.

A taxa de mortalidade infantil na EU-28 no período de 1998 a 2013 reduziu-se a quase metade[33]. Efetivamente o decréscimo atingiu os 43,1% para o média comunitária enquanto em Portugal a diminuição foi mais acentuada (51,7%) sendo que a taxa em Portugal em 1998 era 6,0% ou seja, já era inferior à média comunitária (6,5%0) à semelhança do que aconteceu na Republica Checa.

A mortalidade infantil entre 1970-1982 retrocedeu 64,4%, o ritmo de decréscimo acelerou entre 1982-1998 (69,5%), de 1970-2014 (85,8%). De 1960-1982 reduziu-se 74,5% e entre 1960-2014 (96,4%).

Assiste-se, assim, a um incremento da esperança média de vida entre os triénios de 1980-1982 e 2012-2014 de 7,5 anos à idade exata de um ano, de 7,2 anos à idade de 5 anos, de 7,1 aos 10 anos, de 6,9 à idade de 15 anos, e de 6,5 anos á idade de 20 anos nos rapazes e de 6,6 anos, 6,3 anos, 6,2 anos, de 6,1 e 6,0 anos nas correspondentes idades nas raparigas.

Alguns Marcos na Saúde e na Saúde Reprodutiva em Portugal

1965 - Criação do **Programa Nacional de Vacinação (PNV**). As vacinas que fazem parte do PNV são universais e gratuitas**.** O PNV é da responsabilidade do Ministério da Saúde e integra as vacinas consideradas mais importantes para defender a saúde da população portuguesa (Portal da Saúde). As vacinas que fazem parte do PNV podem ser alteradas de um ano para o outro, em função da adaptação do programa às necessidades da população, nomeadamente pela integração de novas vacinas.

[32] Sobre a evolução da esperança média de vida das Crianças e Adolescentes residentes em Portugal, por sexo e idades ano a ano, nos triénios 1980-1982, 1990-1992, 2002-2004 e 2012-2014 ver Anexo 4.

[33] Eurostat http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

De entre as vacinas disponíveis no mercado apenas algumas têm características para integrar, por rotina, um programa de vacinação universal, nomeadamente, porque **constituem uma mais- valia para a saúde pública e apresentam uma relação custo- benefício favorável.**

1976 - Aprovada a **Constituição da República de Portugal (CRP**), cujo artigo 64.º dita que "todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

1976 - Despacho de 16 de Março: criação da **Consulta de Planeamento Familiar** integrada na valência de Saúde Materna Infantil.

1978 - O Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de mais conhecido como o "**Despacho Arnaut**", constitui uma verdadeira antecipação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuitidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.

1979 - Lei n.º 56/79, de 15 de setembro: criação do **Serviço Nacional de Saúde** (SNS), assegurando o " *acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde."* Até esta data a assistência médica "*competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência"*. É instituída uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde.

1984 -

- Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março: criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e extinção dos serviços médico-sociais da Previdência.

- Lei nº3/84 de 24 de março: Educação Sexual e Planeamento Familiar. O Estado garante o "*direito à educação sexual, em particular aos jovens" através da e*scola. Garante o acesso ao planeamento familiar e a gratuidade das consultas e meios contracetivos, através das entidades públicas. É a 1ª Lei sobre esta matéria.

  Promover o tratamento de situações de esterilidade. Fixa a esterilização voluntária em idade superior a 25 anos, Diário da República 24 de Março de 1984, I Série, nº71.

- Lei nº 6/84: Exclusão da Ilicitude de alguns casos de interrupção voluntária de gravidez, realizada nas primeiras doze semanas de gravidez com consentimento da mulher grávida, nos casos de morte ou lesão grave e irreversível para mãe; doença e malformação do nascituro; caso de violação Diário República nº109, I série de 11 de Maio de 1984.

1989 - Na 2.ª Revisão Constitucional, **a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é objeto de alteração**, estabelecendo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde "*universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*".

1990 - A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto**, aprova a Lei de Bases da Saúde.** Pela primeira vez, a proteção da saúde é perspetivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

1997 - Lei nº 90/97: **altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez** a qual pode ser realizada:

- nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovada por meios técnicos, no caso de se "prever que o nascituro virá a sofrer de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita".

- as primeiras 16 semanas quando a "gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, Diário República nº174 de 30 de Julho de 1997, I Série -A11

1998 - Resolução da Assembleia da República nº 51 /98 Educação sexual e Planeamento Familiar. **Criação em todos os Centros de Saúde de Consultas sobre planeamento familiar nos** serviços de obstetrícia e ginecologia de todos os hospitais.

1999 - Lei nº 120/99 reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva publicada no Diário República nº186 de 11 de Agosto: procura conceder "maior eficácia aos dispositivos legais que garantam a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço ao cesso ao planeamento familiar e aos métodos contracetivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C".

- **Educação sexual** : "Nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana sendo os conteúdos incluídos deforma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar com o objetivo de "promover melhor saúde" – artigo 2.º, n.º1

- Prevenção da taxa de repetição da interrupção voluntária da gravidez (artigo 9.º).

- O artigo 11 nº1 estipula: "Apenas para fins Estatísticos, sem qualquer identificação, e com total garantia de privacidade todos os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos ficam obrigados a apresentar um relatório semestral a enviar ao Ministério da Saúde de onde constem os abortos espontâneos nos mesmos atendidos, todos os abortos legais, nos mesmos praticados, com a indicação da causa de justificação, os abortos retidos e os abortos provocados ou tentativas de aborto, com a identificação das consequências dos mesmos, sendo irrelevante eventual desconformidade entre dados constantes dos mesmos relatórios e o que constar de outros documentos revestidos de publicidade. Os relatórios devem, igualmente mencionar sem qualquer identificação, a repetição da interrupção voluntária da gravidez relativamente a cada uma das utentes atendidas, o tempo decorrente entre as interrupções ou tentativas de interrupção efetuadas, o acesso dos utentes a consultas de planeamento familiar e métodos contracetivos utilizados".

2000 - Decreto-lei nº 259/ 2000 de 17 de Outubro**: reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.** Diário República nº240 de 17 de Outubro de 2000**.**

2001 - Lei nº 12 /2001**: Contraceção de emergência,** Diário República nº124 de 29 de Maio: visa garantir o recurso atempado à contraceção de emergência, artigo 1.º, n.º1º a). Considera contracetivos de emergência "A utilização pela mulher de uma pílula anticoncecional nas primeiras setenta e duas e horas após uma relação sexual não protegida, não consentida ou não eficazmente protegida por qualquer outro meio anticoncecional regular", artigo 2.º,n.º1. Visa ainda "reforçar os meios de **prevenção da gravidez não desejada**, nomeadamente na **adolescência**" (artigo 1.º, n.º2º).

Os meios contracetivos de emergência são disponibilizados gratuitamente nos Centros de Saúde, artigo 3.º,n.º1 a). "*A solicitação de contracetivos de emergência constitui motivo de atendimento em tempo útil e*

prioritário nos serviços, bem como na marcação das subsequentes consultas de planeamento familiar, se a mulher assim o desejar", artigo 3.º, n.º3.

2003 - O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, cria **a rede de cuidados de saúde primários.**

2007 -

- Resolução da Assembleia da República nº 27 / 2007 Recomenda ao Governo medidas no sentido **de prevenir a gravidez na adolescência**, a recolha e sistematização de informação considerada relevante sobre a gravidez na adolescência proporcionando um real diagnóstico da situação. Incluir a prevenção da gravidez na adolescência em todos os programas de luta contra a pobreza**.**

- Lei nº 16 /2007 de 17 de Abril Diário República 1º Série – Nº 75: **Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.** Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico ou sob a sua orientação, em estabelecimento oficial de saúde ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida se houver seguros motivos para prever que o nascituro irá sofrer de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, for realizada por opção das mulheres nas primeiras dez semanas de gravidez.

  A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção voluntária da gravidez é certificada em atestado médico, antes da interrupção, escrito e assinado por médico diferente daquele por quem ou sob cuja direção a interrupção é realizada. É preciso referir que a gravidez não excede as 10 semanas.

- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto: estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento primeiras unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

2008 -

- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro: criação dos **agrupamentos de centros de saúde do SNS** com o objetivo de "*dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários".*

- Despacho nº 8378/2008 20 de Março do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª Série - Nº57: introdução da **vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano** (vacina VPH) no Programa Nacional de Vacinação (PNV). Aplica-se às raparigas dos 10-13 anos.

2015 - Despacho n.º 5 786/2015 do Ministério da Saúde**. De acordo com o Programa Nacional de Vacinação a Prevenar (Pn13)** entra em vigor a 1 junho de 2015 e começa a ser aplicada aos dois meses de idade.

Com a criação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) em 1965 a morbilidade e mortalidade em Portugal recuou muito no que se reporta às doenças infeciosas. As vacinas que fazem parte do PNV são universais e gratuitas e é muito elevada a proporção de Crianças e Adolescentes cobertas pela vacinação. A taxa de cobertura vacinal a crianças até aos 12 meses rondava para a média das 5 vacinas ministradas os 98 % em 2013; nas crianças com 2 anos de idade, era, em média, superior a 96% (ministradas 4 vacinas); em crianças com 7 anos a média ultrapassava os 95% (duas vacinas) e em crianças com 14 anos na vacina contra a hepatite B (terceiras inoculações) atingia os 97,6% e na vacina contra infeções por vírus do papiloma humano (terceiras inoculações) os 88,1%.

5. Crianças e Adolescentes: Educação

Tem-se assistido a um aumento gradual dos níveis de educação em Portugal embora os resultados dos Censos 2011 evidenciem ainda uma taxa de analfabetismo[34], 5,2%, quase dupla nas mulheres (6,8%) do que nos homens (3,8%). A população analfabeta concentrava-se nas pessoas idosas e, em particular nas mulheres com 65 ou mais anos de idade. Na última metade do século XX as taxas de analfabetismo registram um decréscimo significativo passando de 33.1% em 1960, para 18,6% em 1981, 11,% em 1991 e em 9,0% em 2001, detendo as mulheres sempre níveis superiores. Desde os anos noventa do século passado ocorrerem mudanças significativas no campo da educação, com o nível de escolaridade a aumentar e as mulheres a apresentarem níveis superiores aos dos homens.

O **princípio da escolaridade obrigatória** é introduzido em Portugal em **1835** por Rodrigo da Fonseca de Magalhães com o Decreto de 7 de Setembro de 1835 que estipula *"A obrigação imposta, pela Carta Constitucional, ao governo de proporcionar a todos os cidadãos a instrução primária, corresponde a obrigação dos pais de família de enviar seus filhos às Escolas Públicas, logo que passem de 7 anos, sem impedimento físico ou moral, se meios não tiverem de o construir de outro modo"* (Título VII- Dos deveres dos Pais de família ou das pessoas que estão em seu lugar, artigo 1). Este parece ser também o entendimento do legislador no Decreto-Lei n.º 38 968 de 27 de outubro de 1952 que no nº15 refere: "foi a reforma do ensino primário de 7 de setembro de 1835, de Rodrigo da Fonseca de Magalhães, que pela primeira vez no nosso país deu consagração legal do princípio da escolaridade obrigatório nos seguintes termos: … (segue-se a transcrição do texto do Título VII, artigo 1, conforme acima apresentado)" e acrescenta: " Só alguns anos depois, porém, com a reforma de Costa Cabral (20 de setembro de 1844) se estabeleceram penalidades a aplicar às famílias negligentes no cumprimento dos preceitos sobre a obrigatoriedade escolar*".*

No entanto, historiadores[35] da matéria consideram que Portugal instituiu em **1844 a escolaridade obrigatória** pelo Decreto de 20 de setembro assinado por A. Bernardo da Costa Cabral. A obrigatoriedade está expressa no artigo 32.º: "Os pais, tutores e outros quaisquer indivíduos residentes nas povoações, em que estiverem colocadas as Escolas de Instrução Primária ou dentro de um quarto de légua em circunferência delas, deverão mandar instruir, nas mesmas Escolas, os seus filhos, pupilos ou outros subordinados, **desde os 7 anos até aos 15 anos de idade**. Preveem-se penalizações em parágrafo único: "os que faltarem a este dever serão sucessivamente avisados, intimados e repreendidos pelos Administradores do concelho, e ultimamente multados dos 500 até 1 000 réis".

Admitem-se exceções à frequência da Escola, entre outras, por razões económicas: "os que não poderem mandar os meninos à Escola por motivos da sua extrema pobreza" (artigo 33.º, n.º3) e "aos indivíduos a quem seria penosa a falta do trabalho dos meninos pode permitir-se que só os mandem à Escola em uma das lições diárias" (artigo 34.º).

Independentemente da data, Portugal pertenceu ao primeiro grupo de países europeus a consagrar a escolaridade obrigatória, mas tal não se traduziu em resultados de escolaridade efetiva.

Importa ainda mencionar que ambos os Decretos determinavam a gratuidade do ensino público.

O combate ao analfabetismo iniciou-se com o **Plano de Educação Popular** instituído em 1952 através do Decreto-Lei n. º 38 968 de 27 de outubro que foi aplicado durante quatro anos e cujo artigo 4º dispensava de frequentar a escola "aos menores que residiam a mais de 3 Km de qualquer escola primária oficial ou particular gratuita, desde que não lhes seja assegurado transporte gratuito" e acabou por ser "o mais importante instrumento de regulação do ensino primário"[36], que todavia se revelou insuficiente na prática para anular o atraso do país em termos de escolaridade da população quando comparado internacionalmente.

[34] De acordo com os Censos da População é "relação entre a população, com 10 ou mais anos, que não sabe ler e escrever e a população com 10 ou mais anos"

[35] Justino, David, " 50 anos de Política de Educação- Escolaridade Obrigatória: Entre a Construção Retórica e a Concretização Política", sem data.

36 Justino, David, " 50 anos de Política de Educação- Escolaridade Obrigatória: Entre a Construção Retórica e a Concretização Política", sem data.

O princípio da obrigatoriedade do ensino primário elementar, composto por 3 classes é reforçado no Decreto – Lei n.º 38 de 27 de outubro de 1952 reforça estipulando no artigo 1º a "obrigatoriedade de frequentar a instrução primária até aprovação no exame de ensino elementar **para todos os que tenham em 31 de dezembro de cada ano 7 ou mais anos de idade e menos de 13 anos**" prevendo sanções ao estabelecer a " frequência escolar condição indispensável para atribuição do abono de família (artigo 2.º) ". Promove uma campanha nacional contra o analfabetismo designada "Companha Nacional de Educação de Adultos" que visa preparar para o exame do ensino primário elementar da 3ª classe os indivíduos com idades entre os 14-35 anos (artigo 23.º).

O Decreto-Lei n.º 40 964 de 31 de dezembro de 1956 reafirma a "necessidade de assegurar uma efetiva obrigatoriedade do ensino" e, nesse sentido, decreta no artigo 9.º a obrigatoriedade da frequência da 4ª classe da instrução primária, mas apenas "**para os menores do sexo masculino**". A universalidade do direito à educação continua a não estar presente na medida em que escusa da sua aplicação as crianças cujo trabalho os encarregados de educação, devido à condição económica, não podem dispensar.

O Decreto - Lei 42 994, de 28 de Maio de 1960 atesta no Artigo 1.º que o "ensino primário é constituído por quatro classes, formando um só ciclo, e termina com a aprovação no exame da 4.ª classe". Estabelece no Artigo 2.º "A frequência do ensino primário é obrigatória, até aprovação no exame final, para **os menores de ambos os sexos** que tenham idade compreendida entre os 7 e os 12 anos, com referência a 31 de Dezembro do ano letivo a que a matrícula respeita". De ressaltar que este decreto, face ao de 1956, termina com a diferenciação entre homens e mulheres e não apresenta exceções para a frequência da escola.

Com o Decreto-Lei n.º 45 810 de 9 de julho de 1964 **alarga-se a escolaridade obrigatória para seis anos,** passando o ensino primário a compreender dois ciclos, um o elementar, correspondente às atuais quatro classes e outro complementar, constituído por duas novas classes (artigo 1º), igualmente gratuitas. A escolaridade obrigatória será "correspondentemente ampliada para os menores de ambos os sexos, até aos 14 anos" conforme expresso no artigo 3.º, n.º2. De acordo com o documento o processo de alargamento da escolaridade seguiu as soluções de outros países, entre os quais a França e Espanha.

Com a Lei n.º 5/73 de 25 de Julho introduz-se a **educação pré-escolar** o sistema educativo que "abrange a educação pré-escolar, a educação escolar e a educação permanente" ´conforme estipulado no Capítulo II; Base IV, N.º1. A educação pré-escolar "assegurada por jardins-de-infância, reveste carácter supletivo em relação à família" e destina-se a "crianças dos 3 aos 6 anos". O ensino básico, composto pelos ensinos primário e preparatório, é "obrigatório" e tem a "**duração de oito anos**" Capítulo II, Base 6).

Em 1986, é alargada a escolaridade obrigatória para nove anos, através da Lei nº 46 de 14 de outubro que cria a Lei de bases do Sistema Educativo (LSBE).

A Lei n.º 49/2005 introduz a segunda alteração à Lei de bases do Sistema Educativo (LSBE) --Versão Nova Consolidada de 30 de Agosto de 2005 e, tal como a Lei n.º 46, estrutura, no artigo 4.º, n.º1, o ensino em três níveis: 1) Educação pré-escolar; 2) Educação escolar dividida em ensino básico, ensino secundário, ensino superior, incluiu modalidades especiais e atividades de ocupação de tempos livres; 3) Ensino extra-escolar.

O ensino pré-escolar é complementar ou supletivo da ação da família (artigo 4, n.º2) e facultativo (artigo 4.º, n.º8) enquanto o número 3 do mesmo artigo refere que "A educação escolar compreende o ensino básico, o secundário, o superior, integra modalidades especiais e inclui atividades de tempos livres". Estabelece ainda, no artigo 6.º, n.º1 que "O ensino básico é universal, obrigatório e gratuito e tem a duração de nove anos" A obrigatoriedade da frequência no ensino básico começa aos 6 anos - ingressam no ensino básico as crianças que completem 6 anos de idade até 15 de Setembro - e termina aos 15 anos de idade (artigo 6º, n.º 4). O ensino básico de acordo o artigo 8º n.1 compreende três ciclos sequenciais, sendo o 1.º ciclo de quatro anos, o 2.ºciclo de dois anos e o 3º ciclo de três anos.

O ensino secundário, com a duração de três anos, inclui o 10.º, o 11.º e o 12.º ano de escolaridade e o acesso é feito depois de completado com sucesso o ensino básico.

Acompanhando a evolução e exigências da sociedade outras mudanças ocorreram no sistema educativo das quais se destacam duas Leis:

- Lei n.º85/2009 de 27 de agosto que no artigo 1º n.º1 estabelece o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontram em idade escolar. O âmbito de aplicação está expresso no artigo 2.º, n.º1: consideram -se em idade escolar as crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. A **escolaridade obrigatória passa a ter a duração de 12 anos** e é gratuita. A escolaridade obrigatória cessa *com a obtenção do diploma de curso conferente de nível secundário da educação* ou "no momento do ano escolar em que o aluno perfaça 18 anos" (artigo 2.º, n.º 4). Esta lei consagra, ainda, **a universalidade da educação pré-escolar** para todas as crianças a partir do ano em que atinjam os **5 anos de idade**.

- Lei n.º65/ 2015 de 3 de julho consagra a **universalidade** da educação pré-escolar para "todas as crianças a partir do ano em que **atinjam os 4 anos de idade**" a ser implementada a partir do ano letivo 2016/2017. A universalidade implica para o Estado, tal como na Lei n-85/2009, artigo 4.º, n.º2 "o dever de garantir a existência de uma rede de educação pré -escolar que permita a inscrição de todas as crianças por ela abrangidas e o de assegurar que essa frequência se efetue **em regime de gratuitidade** da componente educativa".

Os limites de idade da escolaridade obrigatória têm-se alterado e consequentemente os da entrada na vida ativa.

A breve análise de seguida apresentada assenta, essencialmente na educação pré-escolar, pela importância que a entrada cedo no sistema escolar tem no sucesso futuro da vida escolar dos alunos, conforme referido pela Comissão Europeia (*Communication Com(2011*) 66 de fevereiro e na escolaridade obrigatória.

Quadro 13

Alunos matriculados segundo o nível de ensino e a natureza do estabelecimento, Portugal

Anos letivos	Educação pré-escolar		Ensino Básico, 1º Ciclo		Ensino Básico, 2º Ciclo		Ensino Básico, 3º Ciclo		Ensino Secundário	
	Total	Público (%)	Total	Público (%)	Total	Público (%)	Total	Público (%)	Total	Público (%)
1993/1994	183 298	42,4	586 034	92,4	343 437	91,8	500 353	91,5	438 300	87,9
1998/1999	220 775	47,8	538 273	90,9	281 101	90,2	440 099	90,5	421 005	86,0
2003/2004	253 635	52,6	506 121	90,2	274 123	88,9	386 033	88,5	382 212	82,4
2008/2009	274 628	51,8	488 114	88,8	271 924	86,9	523 155	81,2	498 327	75,8
2009/2010	274 387	51,4	479 519	88,5	273 248	86,4	503 695	81,3	483 982	76,4
2010/2011	276 125	52,0	464 620	88,3	278 263	86,8	463 833	84,0	440 895	77,9
2011/2012	272 547	53,2	454 003	88,2	266 095	86,8	437 713	85,0	411 238	77,7
2012/2013	266 666	53,8	440 378	88,3	252 667	87,7	400 478	87,3	398 447	79,1
2013/2014	265 414	53,5	424 284	88,1	249 754	87,7	383 421	87,6	385 210	79,3

Fonte: Ministério da Educação - Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC).

O número de alunos matriculados no ensino pré-escolar no ano letivo de 1993/1994 era de 183 298 crianças tendo aumentado para 265 414 em 2013/2014 o que se traduz num acréscimo de 44,8%. Notam-se ao longo deste horizonte temporal evoluções de sentido contrário. Até 2009/2010 os alunos matriculados no pré--escolar têm uma tendência crescente e a partir deste ano letivo registam uma variação negativa (-3,9%). A proporção de alunos matriculados no ensino público não cessou de crescer ultrapassando os 50 % no ano letivo 2003/2004 observando-se em 2013/2014 um ligeiro recuo de 0,5 p.p. face ao ano letivo anterior (53,8%).

Quadro 14

Crianças inscritas na Educação pré escolar, segundo a natureza do estabelecimento por sexo e idade, Portugal, 2013-2014

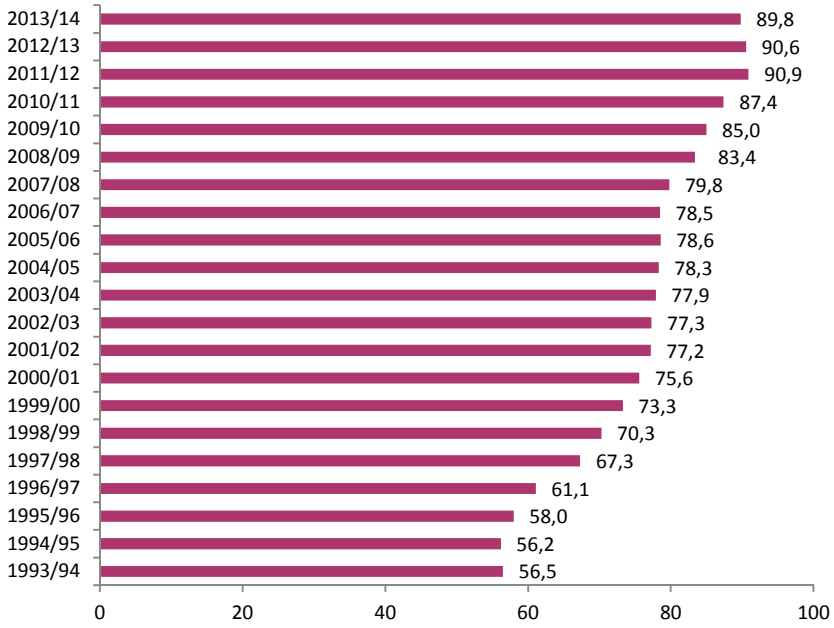
Idades	Natureza do estabelecimento de ensino								
	Total de estabelecimentos de ensino			Ensino público			Ensino privado		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Total	265 414	137 338	128 076	141 999	73 554	68 445	123 415	63 784	59 631
3 anos	76 482	44 173	32 309	32 920	16 713	16 207	43 562	27 460	16 102
4 anos	86 906	44 689	42 217	45 503	23 373	22 130	41 403	21 316	20 087
5 anos	96 123	49 978	46 145	58 775	30 607	28 168	37 348	19 371	17 977
6 ou mais anos	5 903	3 498	2 405	4 801	2 861	1 940	1 102	637	465

Fonte: Ministério da Educação - Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC).

A distribuição por idades mostra que em 2013/2014 as Crianças inscritas no ensino pré-escolar que frequentavam os estabelecimentos de ensino público representavam 53,5% do total das crianças matriculadas neste tipo de ensino. Apenas as crianças com três anos de idade apresentavam uma proporção inferior ao total (43,0%). A partir desta idade a proporção de crianças em estabelecimentos públicos aumenta sempre: 52,5% aos 4 anos; 61,1% aos 5 anos. No caso das crianças com seis anos, as que devido ao mês de nascimento não conseguiram entrar no ensino obrigatório de acordo com a lei em vigor, a percentagem sobe para 81,3%. O fato de as crianças de 5 anos frequentarem mais o ensino público do que as de 4 anos pode, eventualmente, ser explicada pela extensão da rede pública decorrente da entrada em vigor da Lei nº85/2009 que estipulou a universalidade da educação pré-escolar para os 5 anos de idade ou pela escolha dos pais face à atual conjuntura económica.

Figura 12

Taxa bruta de Pré-escolarização (%), Portugal, 1993/1994 a 2013/2014



Fonte: Ministério da Educação - Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC).

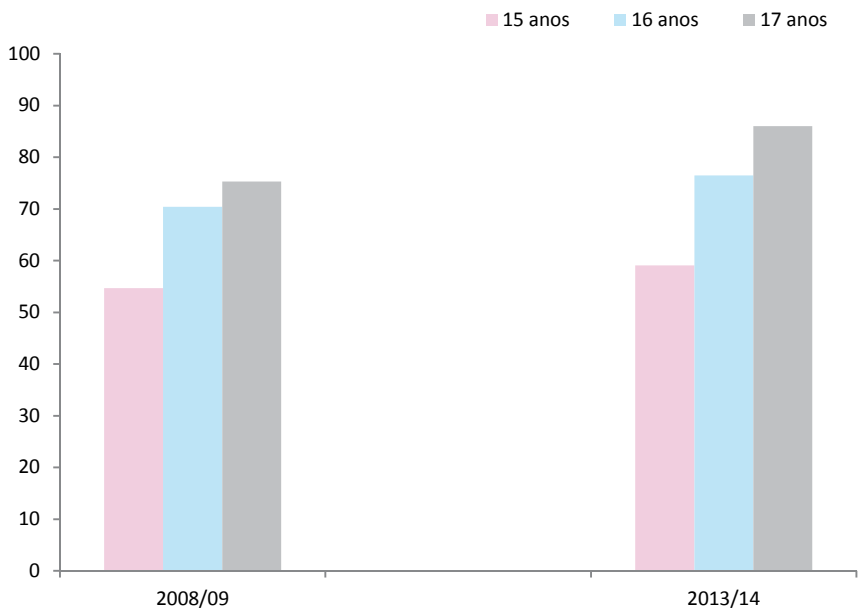
Nos anos letivos de 1993/94 a 2013/2014 a taxa bruta de pré-escolarização[37] em Portugal passou de 55,6% para 89,8%, respetivamente. É no ano letivo 2008/2009 que a taxa ultrapassa os 80% chegando a superar os 90% nos anos letivos 2011/2012 e 2012/2013. No ano seguinte nota-se um ligeiro recuo. As elevadas taxas não surpreendem tendo em conta o número de mães trabalhadoras e a extensão da oferta da rede escolar.

Assiste-se a uma diminuição dos alunos matriculados no ensino básico e no ensino secundário, sendo a baixa mais forte nos alunos do 1º ciclo e do 2º ciclo do ensino básico, com valores muito próximos (-27,6% e- 27,3%, respetivamente). Os alunos do 3º ciclo observam uma queda de 23,4 % à semelhança dos do secundário, embora seja mais fraca (-12,1%). A baixa de inscrições no ensino básico e no secundário acompanha a diminuição dos efetivos populacionais das faixas etárias que frequentam estes níveis de ensino.

Tanto no ensino básico, independentemente do ciclo, como no ensino secundário a quase totalidade dos alunos frequenta o ensino público mas a proporção tem vindo a baixar, tornando-se inferior a 90% no ensino básico a partir do ano letivo 2008/2009.

Figura 13

Taxa de escolarização dos 15-17 anos (%), Portugal, 2008-2009 e 2013-2014



Fonte: Ministério da Educação - Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC).

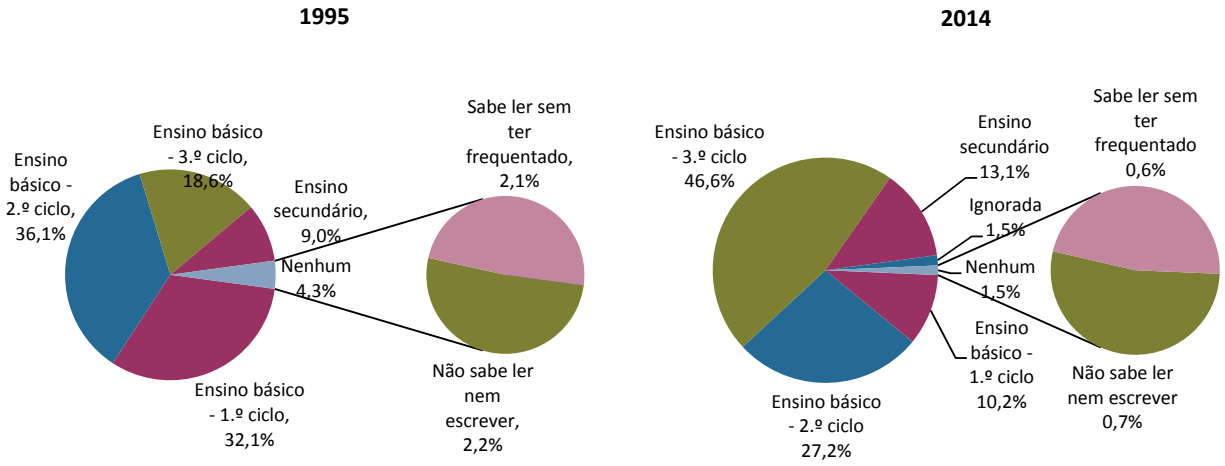
As taxas de escolarização dos Adolescentes dos 15-17 anos[38] nos anos letivos 2008-2009 e 2013-2014 mostram uma tendência crescente em qualquer das idades que compõem este grupo populacional.

O nível de escolaridade mais elevado completo detido pelas mães Crianças e Adolescentes com idades compreendidas entre os 10-19 anos progrediu bastante. Entre 1995 e 2014 a proporção destas mães com o 3.º ciclo do ensino básico completo aumentou de 18,6% para 46,6% respetivamente. No que se reporta ao ensino secundário a percentagem de mães dos 10-19 anos que o completou passou de 9,0% em 1995 para 13,1% em 2014. Ao contrário a percentagem das mães daquela faixa etária sem saber ler nem escrever diminuiu de 2,2% para 0,7% no mesmo período.

[37] Taxa bruta de pré-escolarização= Crianças inscritas na educação pré-escolar/ População residente com idade entre 3 a 5 anos *100
[38] Taxa de Escolarização dos 15-17 anos =Número total de alunos matriculados dos 15-17 anos e a população residente dos 15-17 anos*100

Figura 14

Nível de escolaridade mais elevado completo das Mães Crianças e Adolescentes (10-19 anos) residentes em Portugal



Fonte: INE.I.P, Nados Vivos.

Nota:

Dados referentes a 2014 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2015.

De acordo com os resultados censitários a proporção de população entre os 10 e os 15 anos [39]que abandonou a escola sem concluir o 9º ano da escolaridade obrigatória verifica um declínio significativo: de 12,8% em 1991, para 2,8% em 2001 e 1,7% em 2011 e reflete a melhoria do nível de escolaridade que o país tem vindo a conhecer.

A taxa de abandono precoce de educação e formação[40] é outro indicador que permite medir o progresso do nível da educação. Segundo o Inquérito ao Emprego, em Portugal de 2011 para 2015 a taxa reduziu-se de 23,0% para 13,7% ou seja 9,3 pontos percentuais. Os valores da taxa **são mais baixos nas mulheres (11, 0 % em 2015) do que nos homens (16,4%).** De notar que esta taxa só engloba parte das idades em estudo: os 18 e os 19 anos.

Escolaridade Obrigatória e Ensino Pré-escolar em Portugal: alguns marcos

1935 - Introduzida a escolaridade obrigatória (Decreto de 7 de Setembro, Titulo VII,art.1.º)

1956 - Escolaridade obrigatória com a duração de 4 anos (ensino primário) para o sexo masculino (Decreto Lei n.º 40 964 de 31 dezembro 1956, artigo 9.º).

1960 - Estende-se a escolaridade obrigatória com a duração de 4 anos ao sexo feminino (Decreto Lei n.º 42 994 de 28 de maio de 1960, artigo 2º).

[39] Proporção de população entre 10 e 15 anos que abandonou a escolar sem concluir o 9º ano = população residente entre 10 e 15 anos que abandonou a escolar sem concluir o 9º ano/ população residente com idades entre 10 e 15 anos* 100

[40] [População residente com idade entre 18 e 24 anos, com nível de escolaridade completo até ao 3º ciclo do ensino básico que não recebeu nenhum tipo de educação (formal ou não formal) no período de referência/ População residente com idade entre 18 e 24 anos] *100. O "Abandono precoce de educação e formação" é um dos indicadores utilizados na monitorização da estratégia Europa 2020 (anteriormente designado por "Abandono escolar precoce"). Os valores apresentados seguem a metodologia de cálculo do Eurostat. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006268&contexto=bd&selTab=tab2

1964 - Escolaridade obrigatória com a duração de 6 anos para ambos os sexos

(Decreto-Lei 45 810 de 9 de julho de 1964, artigo 3.º, n.º2).

1973 - Lei n.º 5/73 de 25 de Julho

- Escolaridade obrigatória com a duração de 8 anos para ambos os sexos
- Educação pré-escolar introduzida no sistema educativo

1986 - Lei n.º 46/86 de 14 de outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo

- Escolaridade obrigatória com a duração de 9 anos (artigo 6.º, n.º1)
- Educação pré-escolar facultativa (artigo 5º.n.8)

2005 - Lei 49/2005, de 30 de agosto - segunda alteração à Lei de bases do Sistema Educativo, versão consolidada a 30 de agosto.

2009 - Lei n.º85/2009 de 27 de agosto

- Escolaridade obrigatória com a duração de 12 anos (artigo 2.º, n.º1)
- Educação pré-escolar universal para todas as crianças com 5 anos de idade (artigo 4.º,n.1).

2015 – Educação pré-escolar universal para todas as crianças a partir do ano em que atinjam os 4 anos de idade (Lei n.º65/ 2015 de 3 de julho).

Algumas Conclusões

- A situação das Crianças e dos Adolescentes tem sido objeto de crescente interesse nas agendas nacionais e internacionais sobretudo a partir da segunda metade do século XX.
- O reconhecimento dos direitos da Criança e do Adolescente foi um trabalho gradual desenvolvido ao longo do tempo mas a sua proteção está garantida em diversos instrumentos nacionais e internacionais.
- A diversidade de conceitos de Criança e Adolescente e a ténue fronteira entre crianças e adolescentes bem como a difícil inserção nos grupos funcionais normalmente utilizados em demografia determinou um trabalho prévio para precisar o objeto de análise.
- Face às dificuldades em encontrar uma definição precisa, construiu-se um grupo abrangente designado Crianças e Adolescentes, que integra a população com menos de vinte anos seguindo-se o critério normalmente utilizado em demografia que classifica as Crianças no grupo etário dos 0-14 anos e os Adolescentes nos 15-19 anos.

- Portugal é, no presente, um país de muito baixa fecundidade (*low lowest fertility*) com um nível de fecundidade estimado inferior a 1,3 crianças por mulher (1,2 crianças por mulher em 2014). O índice de fecundidade reduziu-se a mais de metade no período estudado e a substituição das gerações não é assegurada desde cerca de 1982 e não se prevê que a situação seja reposta nos próximos cinquenta anos.

- O número de Crianças e Adolescentes entre os Censos de 1960 e 2011 diminuiu 1,2 milhões indivíduos com menos de 20 anos, situação observada em todos os subgrupos etários, sendo o ritmo mais acelerado nas idades mais novas, colocando assim Portugal entre os países mais envelhecidos da Europa dos 28. Ao contrário, a população total residente no país cresceu, no mesmo período 18,8% sobretudo devido à mudança de sentido dos fluxos migratórios e ao aumento das pessoas idosas provocado pela sua maior longevidade.

- Perspetiva-se que a perda no grupo de Crianças e Adolescentes atinja os 2 milhões de indivíduos entre 1960 e 2060.

- O decréscimo do número de Crianças com menos de 15 anos atingiu um milhão entre 1960 e 2011. Considerando o conceito das Nações Unidas o número de Crianças com menos de 18 anos, residentes em Portugal, a perda foi de 1,2 milhões de indivíduos.

- A evolução da fecundidade reflete-se na redução praticamente a metade do número de crianças com menos de três anos.

- A forte diminuição do número de nados vivos de mães Crianças e Adolescentes, superior à registada no total dos nados vivos, é acompanhado pelo aumento de escolaridade das mães, sendo que a maioria possuía o ensino básico como nível de escolaridade mais elevado. O número de filhos de mães Crianças (com menos de 15 anos) é residual e o de Adolescentes sofreu um forte declínio baixando durante o horizonte temporal. A variação negativa no número de filhos das Adolescentes com 18 e 19 anos é mais significativa do que nas com idade entre os 15-17 anos e acima da do grupo populacional em estudo.

- Portugal tem ocupado um dos primeiros lugares na taxa de fecundidade das Adolescentes no seio da UE, excetuando a quase totalidade os países da Europa do Leste, apesar da forte baixa verificada.

- A interrupção de gravidez em mulheres com menos de 20 anos observa uma tendência decrescente desde 2010 para a qual contribuem quer as Crianças com menos de 15 anos quer as Adolescentes dos 15-19 anos. As interrupções de gravidez por opção da mulher nestas faixas etárias representam a quase totalidade das Interrupções, à semelhança do que a acontece em todas as idades.

- A quase totalidade de casamentos de Adolescentes ocorre na faixa etária dos 17-19 anos.

- A mortalidade das Crianças e Adolescentes diminui 61,0% entre 2002 e 2014 sendo ligeiramente mais forte nas Crianças do que nos Adolescentes. Sobressai a trajetória decrescente da mortalidade infantil que se tornou inferior à média estimada para o conjunto dos 28 Países da União Europeia. Esta evolução determina o incremento da esperança média de vida entre os triénios analisado.

- Nas Crianças dos 5-9 anos de idade e nos Adolescentes os “Acidentes de transporte“, “Tumores malignos e “ Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas” lideram as causas de morte embora com hierarquizações diferenciadas entre rapazes e raparigas.

- Portugal instituiu na primeira metade do século XIX a escolaridade obrigatória e a gratuidade do ensino público, integrando o primeiro grupo de países europeus a consagrar a obrigatoriedade. Apesar da numerosa legislação sobre a obrigatoriedade o seu cumprimento nem sempre foi exequível e o país entra no século XXI com uma taxa de analfabetismo de 9%. Todavia, ao longo do período estudado observa-se uma acentuada melhoria no nível de educação das Crianças e dos Adolescentes, em particular das raparigas, bem expressa no aumento das taxas de escolarização e na diminuição dos níveis de abandono escolar precoce.

Bibliografia

CARRILHO, Maria José e PATRÍCIO, Craveiro, 2015 "*A Situação Demográfica Recente em Portugal* ", Revista Estudos Demográficos n.º 54, pp. 57-99, Lisboa INE, I.P.

CARRILHO, Maria José, (2009) " *A população 15 anos após o Cairo*", Revista de Estudos Demográficos n.º 45, pp. 49-66, Lisboa INE, I.P.

CARRILHO, Maria José (1979) "*1979 – Ano Internacional da Criança: colectânea de dados estatísticos relativos à situação da criança em Portugal*; Estudos 55, Lisboa, INE.

CHESNAIS, Jean-Claude (s.d.), *La Démographie*, Que sais-je ?, Paris, Presses Universitaires de France.

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) *Educação em Números Portugal 2015,* Lisboa.

Direção Geral de Saúde (DGS) *Relatório dos Registos das interrupções de Gravidez*- ao abrigo da Lei/16/2007 de 17 de abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008 a 2014, Lisboa.

EISENSTEIN, Evelyn (2005**)** *Adolescência: definições, conceitos e critérios,* Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Vol. 2 nº 2 - Abr/Jun – 2005, pp 6-7,Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

European Commission, 2015 - "Situation of young people in the EU" Brussels, 15.9.2015 SWD (2015) 169 final.

European Commission, 2013 –"*Flash Eurobarometer 375 - European Youth: Participation in Democratic Life "– Population and Social Conditions*, 31/2009", Luxembourg.

EUROSTAT, Statistics Explained, 2015, Being young in Europe today - family and society, Luxembourg.

EUROSTAT, "Being young in Europe today", 2015, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.

EUROSTAT, Short Analytical Web Note 3/2015, Demographic Report – Population and Social Conditions**,** Luxembourg.

Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação da Educação e Instituto Nacional de Estatística, I.P. *50 Anos de Estatísticas da Educação – Volume I,* 2009, Lisboa.

ALBUQUERQUE, Catarina, *Os Direitos da Criança: as Nações Unidas, a Convenção e o Comité* Gabinete de Documentação e Direito Comparado, Lisboa.

INE, I.P. 2015 – *Estimativas Anuais da População Residente,* Lisboa.

INE, I.P. (2014) – DESTAQUE, Informação à Comunicação Social "*Projeções de População Residente – Portugal - 2012 – 2060"*, Lisboa.

INE, *"Estatísticas Demográficas" e "Recenseamentos Gerais da População"***,** Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.

NAZARETH, J. Manuel, 2004, Demografia – *A Ciência da População,* Lisboa: Editorial Presença.

NAZARETH, J. Manuel, 1996 - *Introdução à Demografia – Teoria e Prática*, Lisboa: Editorial Presença.

NAZARETH, J. Manuel, 1988 – *Princípios e Métodos de Análise da Demografia Portuguesa*, Lisboa, Editorial Presença.

PRESSAT, Roland, 1972 - *Démographie Statistique*, Presses Universitaires de France, Paris.

STALFORD, Helen (2012), *Children and the European Union: Rights, Welfare and Accountability,* Publishing, Oxford, United Kingdom U14/08/2012.

SAUVY, Alfred, 1984 - *La Population*, Que sais-je ?, 14ª edição, Paris: Presses Universitaires de France.

Tiago de Oliveira, Isabel 2007, *"Fecundidade e Educação"*, Revista Estudos Demográficos n.º 40, pp. 5-19, Lisboa INE, I.P.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development* (ICPD) in Cairo (United Nations publication).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *Facts and Figures: International Migrant Children and Adolescents (0-19 yrs.),* New York.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012*)* - *World Population - Monitoring Adolescents and Youth: A Concise Report,* New York.

United Nations Population Fund (UNFPA), 2015: Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy, New York.

United National Population Found (UNFPA) (2014*) Adolescent sexual and reproductive health,* New York.

United Nations Children's Fund (UNICEF), 2009, Situação Mundial da Infância: Edição Especial _ *Celebrando 20 Anos: Convenção sobre os Direitos da Criança,* New York.

United Nations, 1990 - World Summit for Children (WSC), 29-30 September, New York.

United Nations, 1989 - *Convention on the Rights of the Child* United Nations General Assembly Resolution 44/25 November 1989, New York.

ANEXOS

Anexo 1

Crianças e Adolescentes residentes em Portugal segundo o sexo e por grupos etários, Censos de 1960 a 2011																		
Idades	1960			1970			1981			1991			2001			2011		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Menos 3 anos	548 182	281 405	266 777	454 530	231 950	222 580	457 460	233 890	223 570	324 389	165 865	158 524	330 184	169 098	161 086	287 439	146 427	141 012
3-5 anos	525 380	268 466	256 914	506 480	257 420	249 060	509 457	260 521	248 936	338 151	173 501	164 650	327 064	173 501	153 563	298 824	153 177	145 647
6-9 anos	678 993	345 989	333 004	678 130	345 245	332 885	687 112	350 148	336 964	527 930	270 650	257 280	432 286	221 091	211 195	421 471	215 757	205 714
10-11 anos	337 747	171 801	165 946	332 575	169 940	162 635	342 481	174 962	167 519	295 730	150 956	144 774	227 407	116 231	111 176	231 435	118 436	112 999
12-14 anos	501 653	251 813	249 840	480 105	240 925	239 180	512 163	260 207	251 956	486 203	247 664	238 539	352 183	180 154	172 029	333 160	170 202	162 958
6-14 anos	1 518 393	769 603	748 790	1490 810	756 110	734 700	1541 756	785 317	756 439	1 309 863	669 270	640 593	1011 876	517 476	494 400	986 066	504 395	481 671
15-17 anos	474 642	233 987	240 655	446 195	219 265	226 930	522 934	264 006	258 928	513 396	260 360	253 036	396 267	202 898	193 369	334 544	172 414	162 130
15-19 anos	747 225	366 103	381 122	730 900	355 490	375 410	859 742	433 655	426 087	845 588	428 240	417 348	688 686	351 422	337 264	565 250	288 525	106 710
Menos 15 anos	2 591 955	1 319 474	1 272 481	2 451 820	1 245 480	1 206 340	2 508 673	1 279 728	1 228 945	1 972 403	1 008 636	963767	1 656 602	847553	809 049	1 572 329	803 999	768 330
Menos 16 anos	2 757 894	1 401 713	1 356 181	2 603 785	1 320 765	1 283 020	2 683 139	1 368 121	1 315 018	2 147 022	1 097 540	1 049 482	1 781 055	911268	869 787	1 682 256	860 574	821 682
Menos 18 anos	3 066 597	1 553 461	1 513 136	2 898 015	1 464 745	1 433 270	3 031 607	1 543 734	1 487 873	2 485 799	1 268 996	1 216 803	2 052 869	1 050 451	1 002 418	1 904 938	974 478	930 460
Menos 19 anos	3 209 938	1 623 200	1 586 738	3 050 550	1 537 540	1 513 010	3 201 667	1 629 259	1 572 408	2 654 144	1 353 943	1 300 201	2 197 675	1 124 045	1 073 630	2 020 509	1 032 988	987 521
Menos 20 anos	3 339 180	1 685 577	1 653 603	3 182 720	1 600 970	1 581 750	3 368 415	1 713 383	1 655 032	2 817 991	1 436 876	1 381 115	2 345 288	1 198 975	1 146 313	2 137 579	1 092 524	1 045 055
População total	**8 889 392**	**4 254 416**	**4 634 976**	**8 611 125**	**4 089 165**	**4 521 960**	**9 833 014**	**4 737 715**	**5 095 299**	**9 867 147**	**4 756 775**	**5 110 372**	**10 356 117**	**5 000 141**	**5 355 976**	**10 562 178**	**5 046 600**	**5 515 578**

Fonte: INE,I.P. Censos da População de 1960, 1970, 1981, 1991, 2001 e 2011 (cálculos da autora).

Anexo 2

Crianças e Adolescentes residentes em Portugal (%), por idades																		
Idades	1960			1970			1981			1991			2001			2011		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Menos 3 anos	6,2	6,6	5,8	5,3	5,7	4,9	4,7	4,9	4,4	3,3	3,5	3,1	3,2	3,4	3,0	2,7	2,9	2,6
3-5 anos	5,9	6,3	5,5	5,9	6,3	5,5	5,2	5,5	4,9	3,4	3,6	3,2	3,2	3,5	2,9	2,8	3,0	2,6
6-14 anos	17,1	18,1	16,2	17,3	18,5	16,2	15,7	16,6	14,8	13,3	14,1	12,5	9,8	10,3	9,2	9,3	10,0	8,7
6-17 anos	22,4	23,6	21,3	22,5	23,9	21,3	21,0	22,1	19,9	18,5	19,5	17,5	13,6	14,4	12,8	12,5	13,4	11,7
15-19 anos	8,4	8,6	8,2	8,5	8,7	8,3	8,7	9,2	8,4	8,6	9,0	8,2	6,7	7,0	6,3	5,4	5,7	5,0
Menos 15 anos	29,2	31,0	27,5	28,5	30,5	26,7	25,5	27,0	24,1	20,0	21,2	18,9	16,0	17,0	15,1	14,9	15,9	13,9
Menos 16 anos	31,0	32,9	29,3	30,2	32,3	28,4	27,3	28,9	25,8	21,8	23,1	20,5	17,2	18,2	16,2	15,9	17,1	14,9
Menos 18 anos	34,5	36,5	32,6	33,7	35,8	31,7	30,8	32,6	29,2	25,2	26,7	23,8	19,8	21,0	18,7	18,0	19,3	16,9
Menos 19 anos	36,1	38,2	34,2	35,4	37,6	33,5	32,6	34,4	30,9	26,9	28,5	25,4	21,2	22,5	20,0	19,1	20,5	17,9
Menos 20 anos	**37,6**	**39,6**	**35,7**	**37,0**	**39,2**	**35,0**	**34,3**	**36,2**	**32,5**	**28,6**	**30,2**	**27,0**	**22,6**	**24,0**	**21,4**	**20,2**	**21,6**	**18,9**

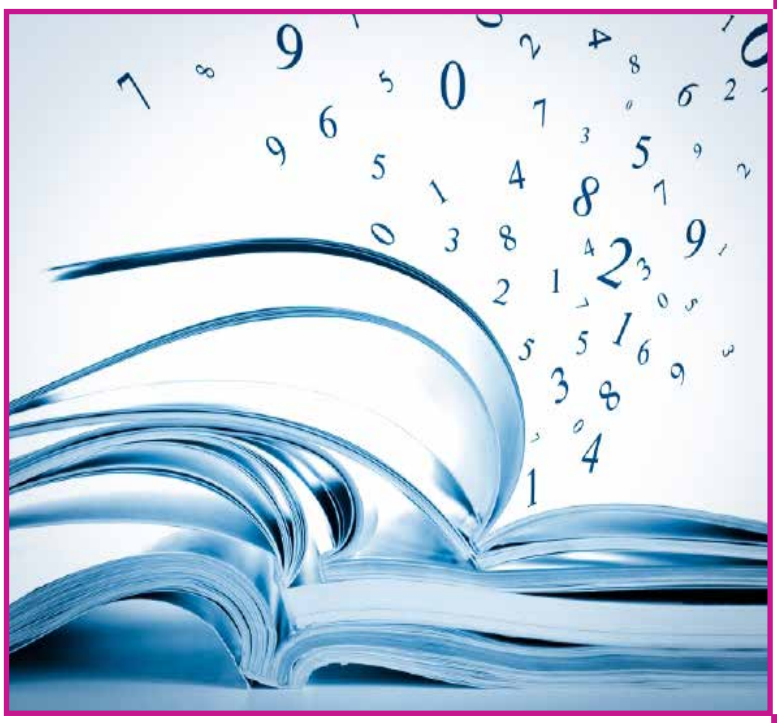
Fonte: INE,I.P. Censos da População de 1960, 1970, 1981, 1991, 2001 e 2011 (cálculos da autora).

Esperança média de vida das Crianças e Adolescentes residentes em Portugal														
Idades	Esperança média de vida (anos)								Variação na Esperança de vida		Diferença na esperança de vida entre Mulheres e Homens (anos)			
	1980 - 1982		1990 - 1992		2002 - 2004		2012 - 2014		1980-1982 e 2012-2014		1980 - 1982	1990 - 1992	2002 - 2004	2012 - 2014
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres				
0 anos	68,19	75,15	70,43	77,43	74,10	80,56	77,16	83,03	8,97	7,88	6,96	7,00	6,46	5,87
1 ano	68,90	75,66	70,29	77,16	73,44	79,91	76,42	82,25	7,52	6,59	6,76	6,87	6,47	5,83
2 anos	68,04	74,80	69,37	76,23	72,48	78,94	75,45	81,27	7,41	6,47	6,76	6,86	6,46	5,82
3 anos	67,14	73,87	68,44	75,28	71,51	77,97	74,46	80,29	7,32	6,42	6,73	6,84	6,46	5,83
4 anos	66,21	72,93	67,49	74,33	70,52	76,98	73,47	79,30	7,26	6,37	6,72	6,84	6,46	5,83
5 anos	65,26	71,97	66,54	73,36	69,53	75,99	72,48	78,31	7,22	6,34	6,71	6,82	6,46	5,83
6 anos	64,31	71,00	65,57	72,39	68,55	75,00	71,49	77,31	7,18	6,31	6,69	6,82	6,45	5,82
7 anos	63,34	70,03	64,60	71,42	67,56	74,01	70,49	76,32	7,15	6,29	6,69	6,82	6,45	5,83
8 anos	62,38	69,06	63,63	70,44	66,58	73,02	69,50	75,32	7,12	6,26	6,68	6,81	6,44	5,82
9 anos	61,42	68,09	62,66	69,46	65,59	72,03	68,51	74,33	7,09	6,24	6,67	6,80	6,44	5,82
10 anos	60,45	67,11	61,69	68,47	64,61	71,04	67,51	73,34	7,06	6,23	6,66	6,78	6,43	5,83
11 anos	59,49	66,13	60,71	67,49	63,62	70,05	66,52	72,35	7,03	6,22	6,64	6,78	6,43	5,83
12 anos	58,52	65,16	59,74	66,51	62,63	69,07	65,53	71,35	7,01	6,19	6,64	6,77	6,44	5,82
13 anos	57,56	64,18	58,76	65,52	61,64	68,08	64,53	70,36	6,97	6,18	6,62	6,76	6,44	5,83
14 anos	56,59	63,20	57,79	64,54	60,66	67,09	63,54	69,36	6,95	6,16	6,61	6,75	6,43	5,82
15 anos	55,64	62,23	56,82	63,57	59,68	66,11	62,55	68,37	6,91	6,14	6,59	6,75	6,43	5,82
16 anos	54,70	61,26	55,87	62,59	58,71	65,13	61,56	67,38	6,86	6,12	6,56	6,72	6,42	5,82
17 anos	53,79	60,29	54,94	61,61	57,74	64,15	60,58	66,39	6,79	6,10	6,50	6,67	6,41	5,81
18 anos	52,88	59,33	54,03	60,63	56,78	63,16	59,59	65,40	6,71	6,07	6,45	6,60	6,38	5,81
19 anos	52,00	58,36	53,14	59,66	55,83	62,18	58,62	64,41	6,62	6,05	6,36	6,52	6,35	5,79
20 anos	51,12	57,39	52,25	58,68	54,87	61,20	57,64	63,42	6,52	6,03	6,27	6,43	6,33	5,78

Fonte: INE,I.P. Tábuas Completas de Mortalidade (Metodologia 2007)

Nota(s):

(1) Tábuas Completas de Mortalidade para Portugal 2000-2002 a 2009-2011: valores revistos com base na revisão das estimativas da população exposta ao risco de óbito, assentes nos resultados definitivos dos Censos 2011. Tábuas de Mortalidade para Portugal 1990-1992 a 1999-2001: valores revistos com base na revisão das estimativas intercensitárias de população residente em Portugal de 1991 a 2000 (revisão extraordinária). A metodologia de cálculo da série revista das tábuas de mortalidade para Portugal manteve-se, correspondendo à metodologia adotada pelo INE em 2007, descrita no documento metodológico que está disponível no portal do INE.



Lista dos artigos divulgados

Lista de artigos divulgados nos números 32 a 54 da Revista de Estudos Demográficos

Retrato da juventude em Portugal: traços e tendências nos censos de 2001 e 2011, in Revista de Estudos Demográficos nº54, INE, Lisboa, 2015

Autores: Maria Manuel Vieira, Vítor Sérgio Ferreira e Jussara Rowland

A Surdocegueira em Portugal: caracterização da população segundo a idade e sexo, in Revista de Estudos Demográficos nº54, INE, Lisboa, 2015

Autores: Gaspar, T., Rebelo, A, Antunes, M., Martinho, F., Liques da Silva, P.2 & Oliveira, A., e Branquinho, C.

Estudantes Estrangeiros em Portugal: Evolução e Dinâmicas recentes (2005/6 a 2012/13), in Revista de Estudos Demográficos nº54, INE, Lisboa, 2015

Autoras: Isabel Tiago de Oliveira, Madalena Ramos, Ana Cristina Ferreira, e Sofia Gaspar

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº54, INE, Lisboa, 2015

Autoras: Maria José Carrilho e Lourdes Craveiro

Estrangeiros e nascidos no estrangeiro residentes em Portugal, CPLP em destaque, in Revista de Estudos Demográficos nº53, INE, Lisboa, 2014

Autor: Humberto Moreira

A população de nacionalidade chinesa a residir em Portugal: uma caracterização com base nos Censos 2011, in Revista de Estudos Demográficos nº53, INE, Lisboa, 2014

Autoras: Anabela Delgado e Paula Paulino

Caracterização da população estrangeira a residir em Portugal, com base nos Censos 2011, in Revista de Estudos Demográficos nº53, INE, Lisboa, 2014

Autores: Anabela Delgado, Carlota Amorim, Carlos Dias e Paula Paulino

Empregadores estrangeiros em Portugal: o que os Censos nos ajudam a compreender, in Revista de Estudos Demográficos nº53, INE, Lisboa, 2014

Autora: Catarina Reis Oliveira

Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal, com base nos Censos 2011, in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autor: GC - Gabinete dos Censos 2021

Inquérito de Qualidade dos Censos 2011 – Algumas notas sobre independência e metodologia, in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autor: João C. Farrajota Leal

A Infraestrutura de Dados Espaciais do Instituto Nacional de Estatística, in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autora: Ana Maria Santos

Os Resultados Preliminares dos Censos 2011, in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autor: Fernando Simões Casimiro

A População das Regiões Insulares dos Açores e da Madeira em 2011, in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autora: Gilberta Pavão Nunes Rocha

2011 SUL: Quantos somos? Onde vivemos?, in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autoras: Maria Filomena Mendes e Maria da Graça Magalhães

"PORTUGAL (des)continuidades demográficas - Norte e Centro litoral 2011", in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autora: Maria Cristina Sousa Gomes

PORTUGAL (des)continuidades demográficas - Norte e Centro Interior 2011", in Revista de Estudos Demográficos nº51-52, INE, Lisboa, 2013

Autora: Maria João Guardado Moreira

A evolução na mortalidade da população idosa portuguesa, por sexos e por causas de morte: Identificação de aglomerados espácio-temporais por NUTSIII, in Revista de Estudos Demográficos nº50, INE, Lisboa, 2013

Autoras: Sandra Lagarto, Carla Nunes, Dulce Gomes e Maria Filomena Mendes

Associando a privação socioeconómica e a escassez de recursos locais na Área Metropolitana de Lisboa - estudo e considerações sobre o "modelo de amplificação da privação", in Revista de Estudos Demográficos nº50, INE, Lisboa, 2013

Autora: Helena Nogueira

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº50, INE, Lisboa, 2013

Autoras: Maria José Carrilho e Lourdes Craveiro

A Freguesia do Smo. Sacramento de Lisboa no 1º Quartel do Séc. XVIII - Ensaio de Demografia Histórica, in Revista de Estudos Demográficos nº50, INE, Lisboa, 2013

Autores: Jorge Borges de Macedo Maria, Lourdes Akola da Cunha Meira do Carmo da Silva Neto e Maria Margarida Rodrigues Remédio

O fenómeno da migração internacional de retorno como consequência da Crise Mundial, in Revista de Estudos Demográficos nº49, INE, Lisboa, 2011

Autores: Duval Fernandes, Carolina Nunan e Margareth Carvalho

Crescimento da População em Angola; "Um olhar sobre a situação e dinâmica populacional da cidade de Luanda", in Revista de Estudos Demográficos nº49, INE, Lisboa, 2011

Autor: João Baptista LUKOMBO Nzatuzola

A Comportamento Demográfico e desafios de Desenvolvimento sócio-económico em Moçambique, in Revista de Estudos Demográficos nº49, INE, Lisboa, 2011

Autores: Carlos Arnaldo e Ramos Muanamoha

A Natureza Incipiente da Transição Demográfica em Moçambique, in Revista de Estudos Demográficos nº49, INE, Lisboa, 2011

Autor: António Alberto da Silva Francisco

Casar na Lisboa do séc. XIX – Duas freguesias em análise, in Revista de Estudos Demográficos nº48, INE, Lisboa, 2010

Autoras: Maria Helena Santos; Maria Isabel Baptista; Sónia Cardoso; Susana Clemente

Primeira Reflexão Sobre a Fecundidade, as Condições de Trabalho e as Políticas de Apoio à Maternidade Numa Perspectiva Regional, in Revista de Estudos Demográficos nº48, INE, Lisboa, 2010

Autoras: Maria Luís Rocha Pinto; Maria Cristina Sousa Gomes

Mortalidade: Compressão, Deslocamento e Causas de Morte (Portugal 1950-2005), in Revista de Estudos Demográficos nº48, INE, Lisboa, 2010

Autora: Isabel Tiago de Oliveira

O papel dos Espaços Verdes Urbanos no bem-estar e saúde das populações?, in Revista de Estudos Demográficos nº48, INE, Lisboa, 2010

Autoras: Paula Santana; Cláudia Costa; Rita Santos; Adriana Loureiro

Mulheres, homens e usos do tempo – quinze anos após a Plataforma de Acção de Pequim, onde estamos, em Portugal?, in Revista de Estudos Demográficos nº47, INE, Lisboa, 2010

Autora: Heloísa Perista

Nos 15 anos da Plataforma de Pequim, in Revista de Estudos Demográficos nº47, INE, Lisboa, 2010

Autora: Maria do Céu da Cunha Rêgo

A situação das mulheres no mundo: que progressos no caminho da igualdade 15 anos depois da Plataforma de Acção de Pequim?, in Revista de Estudos Demográficos nº47, INE, Lisboa, 2010

Autora: Maria Regina Tavares da Silva

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº46, INE, Lisboa, 2009

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

A situação económica e social na União Europeia: análise de alguns indicadores, in Revista de Estudos Demográficos nº46, INE, Lisboa, 2009

Autora: Patrícia Pereira

O Adiamento da Fecundidade em Portugal (1980-2008), in Revista de Estudos Demográficos nº46, INE, Lisboa, 2009

Autora: Isabel Tiago de Oliveira

Impact of parental ages at childbearing on infant morbidity and mortality. An overview of epidemiologic and demographic evidence, in Revista de Estudos Demográficos nº46, INE, Lisboa, 2009

Autora: Catherine Gourbin and Guillaume Wunsch

A População 15 anos após o Cairo, in Revista de Estudos Demográficos nº45, INE, Lisboa, 2009

Autora: Maria José Carrilho

Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa, in Revista de Estudos Demográficos nº45, INE, Lisboa, 2009

Autora: Helena Nogueira

Pessoas Migrantes, in Revista de Estudos Demográficos nº45, INE, Lisboa, 2009

Autora: Maria do Céu da Cunha Rêgo

Immigrant women's labour force participation. The cases of Italy and France, in Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autora: Giovanna Tattolo

Polarização Demográfica e Densificação Urbana no Município de Ponta Delgada, entre 1981 e 2001, in Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autor: Eduardo Costa Duarte Ferreira

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

O poder da estatística e a estatística do poder. Apontamentos sobre o contributo de António de Almeida Garrett para os estudos de população em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autora: Rosalina Costa

The impact of different migratory scenarios in the demographic ageing in Portugal, 2009-2060, in Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autores: Maria Magalhães e João Peixoto

Vulnerabilidades do ambiente local – impactes no estado de saúde auto-avaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa, in Revista de Estudos Demográficos nº43, INE, Lisboa, 2008

Autora: Helena Nogueira

Panorama das populações estrangeiras nos estados-membros da União Europeia (composição por nacionalidades), in Revista de Estudos Demográficos nº43, INE, Lisboa, 2008

Autor: Humberto Moreira

Padrões de Casamento entre os Imigrantes em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº43, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Ana Cristina Ferreira e Madalena Ramos

Estrutura do saldo migratório na Região Alentejo de 1991 a 2001 e sua influência na dinâmica populacional, in Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autora: Maria Filomena Mendes

O Recasamento: Tendências Actuais, in Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Ana Cristina Ferreira, Cristina Lobo, Isabel Tiago de Oliveira e Madalena Ramos

União Europeia: um espaço compartilhado por diferentes populações (convivência das diversidades), in Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autor: Humberto Moreira

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

A contribuição da imigração na natalidade: a experiência italiana, in Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autor: Antonio Cortese

Sinistralidade rodoviária: contextualização e análise, in Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autores: Cunha, G.; Brito, B.; Leal, A.e Torgal, J.

Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós, in Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Tania Gaspar e Margarida G. Matos

Medidas de Discriminação Étnica em Portugal: uma análise exploratória, in Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Maria José Carrilho e Maria Cidália Mesquita Figueiredo

Seminário Homens e Mulheres em Portugal – Comentários Finais, 23 de Novembro 2005, in Revista de Estudos Demográficos nº41, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2007

Autor: Paulo Machado

Fecundidade e Educação, in Revista de Estudos Demográficos nº40, INE, Lisboa, 2007.

Autora: Isabel Tiago de Oliveira

Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual, in Revista de Estudos Demográficos nº40, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Maria José Carrilho e Cristina Gonçalves

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº40, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Estatísticas Demográficas – Acção desenvolvida no âmbito do Conselho Superior de Estatística, in Revista de Estudos Demográficos nº40, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2007

Autor: Humberto Moreira

Dinâmicas escolares: um exemplo de análise transversal da escolarização em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Mário Leston Bandeira

Liberdade de escolha, autonomia de escola e indicadores de desempenho "If you don't have data, you're just another person with an opinion" [Andreas Schleicher (OCDE)], in Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Rodrigo Eiró de Queiroz e Melo

Mobilidade internacional no Ensino superior, in Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Humberto Moreira

Educação e Formação: uma perspectiva de género, in Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Carla Silva

A população feminina e as transições familiares através da demografia, in Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Piedade Lalanda

Imigrantes de Leste em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autores: Maria I. Baganha, José Carlos Marques e Pedro Góis

Emigração Portuguesa (Estatísticas retrospectivas e reflexões temáticas), in Revista de Estudos Demográficos

nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Humberto Moreira

A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: alterações da estrutura etária, in Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Maria dos Anjos Leitão de Campos

Fecundidade e nupcialidade em Moçambique: análise de calendários, in Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Sónia Cardoso

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2006.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Indicadores Demográficos nas Regiões Portuguesas entre 1890 e 1981, in Revista de Estudos Demográficos nº38, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Isabel Tiago de Oliveira

Metodologias de cálculo das projecções demográficas: aplicação em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005.

Autora: Maria José Carrilho

O Método de Lee-Carter para Previsão da Mortalidade, in Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005.

Autora: Edviges Coelho

A contagem dos estrangeiros em 2001: algumas reflexões sobre os resultados recenseamento italiano da população, in Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005.

Autor: Antonio Cortese

Eurostat Population Projections 2004-based: main results from the Trend scenario, in Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005

Autor: Giampaolo Lanzieri

Projecções de Famílias para Portugal: que viabilidade?, in Revista de Estudos Demográficos nº37, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2005

Autora: Sofia Leite

O ESTADO DE SAÚDE DOS PORTUGUESES. Uma perspectiva espacial, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autores: Paula Santana

A mortalidade por tuberculose em Portugal, no período de 1985 a 2002 - I Parte, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Maria dos Anjos Leitão de Campos

Tábuas de mortalidade em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Caracterização da População Residente em Alojamentos não Clássicos, nos Censos de 1991 e 2001, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Cristina Gonçalves

A problemática da segregação residencial de base étnica – questões conceptuais e limites à operacionalização: o caso da Área Metropolitana de Lisboa, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autores: Jorge Mcacaísta Malheiros e Francisco Vala

A tuberculose: concepção de um modelo econométrico para a taxa bruta de mortalidade, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autor: José Henrique Dias Gonçalves

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Estimativas provisórias de população residente por estado civil, sexo e idades, Portugal, 2001-2003, in Revista de Estudos Demográficos nº36, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Sofia Leite

Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001, in Revista de Estudos Demográficos nº36, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Cristina Gonçalves e Maria José Carrilho

Movimentos Pendulares e Organização do Território Fronteiriço: Portugal 2001, in Revista de Estudos Demográficos nº36, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2004.

Autores: INE Auditoria Ambiental e Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério das Obras Públicas, Transportes Habitação

O país e a família através das crianças – ensaio exploratório, in Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Ana Nunes de Almeida e Isabel Margarida André

Núcleos familiares monoparentais, in Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Maria da Graça Magalhães

Breve sociografia sobre as famílias reconstituídas portuguesas, in Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Sofia Leite

Os encargos e as rendas das famílias com a habitação, in Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Maria dos Anjos Campos

Padrões de consumo das famílias numerosas em Portugal - caracterização com base no inquérito aos orçamentos familiares, in Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Rute Cruz e Carla Machado

Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Cristina Gonçalves

Os censos de 1991 e 2001 na perspectiva do utilizador - algumas reflexões globais, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Teresa Rodrigues Veiga e Filipa de Castro Henriques

Dinâmicas territoriais e trajectórias de desenvolvimento, Portugal 1991- 2001, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autor: João Ferrão

Censos 2001 versus Recenseamento Eleitoral, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autores: Fernando Simões Casimiro e Paula Paulino

As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Cristina Gonçalves

Migrações inter NUTS II e projecções regionais de População Residente, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Maria da Graça Magalhães

Evolução da pobreza e da desigualdade em Portugal no período 1995 a 1997, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autor: Teresa Bago d'Uva e Paulo Parente

Consistência entre os Censos 2001 e o Inquérito ao Emprego e entre os Censos e o respectivo Inquérito de Qualidade: uma análise comparativa, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autor: Jorge Manuel Garcia Mexia Pinheiro

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

A população de nacionalidade espanhola residente em Portugal: uma caracterização com base nos Censos 2001, in Revista de Estudos Demográficos nº34, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Paula Paulino

Metodologias de cálculo do saldo migratório interno anual: Três metodologias e a sua aplicação ao caso português, in Revista de Estudos Demográficos nº34, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2003.

Autor: José Henrique Dias Gonçalves

Os Conceitos de Família e Núcleo Familiar nos Recenseamentos da População em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autor: Fernando Simões Casimiro

Famílias em Portugal: breve caracterização socio-demográfica com base nos Censos 1991 e 2001, in Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Sofia Leite

A actividade e inactividade económica nas famílias, in Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Maria dos Anjos Leitão de Campos

Quem vive só em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003

Autora: Maria da Graça Magalhães

Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001, in Revista de Estudos demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Cristina Gonçalves

A União de Facto em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Sofia Leite

População Presente e População Residente segundo o Sexo e Idades através dos Censos, in Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Sofia Leite

Projecções de População Residente, Portugal, 2000/2050 - Que tendências de base para a construção de hipóteses?, in Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Maria da Graça Magalhães

Projecção das taxas de fecundidade específicas por idades no horizonte de longo prazo (2001-2050): Estudo de um modelo de previsão com séries temporais, in Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Filipa Silva

O Suicídio em Portugal nos Anos 90, in Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autoras: Maria dos Anjos Campos e Sofia Leite

A Mortalidade "evitável" em Portugal Continental, 1989 a 1993, in Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Paula Santana

A Situação Demográfica Recente em Portugal, in Revista de Estudos Demográficos nº32, INE, Lisboa, 2002.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Previsões demográficas para o ano 2002, in Revista de Estudos Demográficos nº32, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2002.

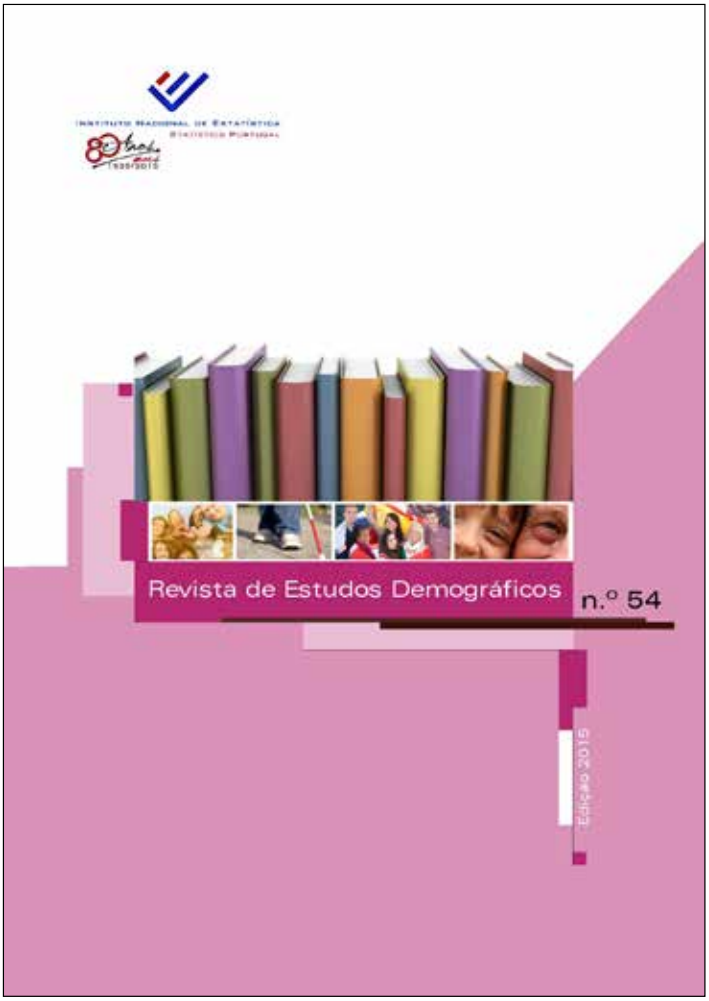
Autor: Departamento de Estatísticas Censitárias e de População

O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas, in Revista de Estudos Demográficos nº 32, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2002.

Autor: Departamento de Estatísticas Censitárias e de População

Estimativas mensais de população residente, segundo o sexo e por NUTS III - Aspectos Metodológicos, in Revista de Estudos Demográficos nº32, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2002.

Autores: Maria dos Anjos Leitão de Campos e Francisco Covas



Divulgação da RED 54

O número 54 da Revista de Estudos Demográficos (RED) retrata a situação dos jovens portugueses e identifica as principais tendências no campo demográfico, escolar e laboral ocorridas no período compreendido entre os Censos de 2001 e 2011. Divulga um estudo sobre a surdocegueira que carateriza as pessoas afetadas por esta deficiência em Portugal e tenta conhecer as suas necessidades específicas com base num inquérito realizado junto de uma amostra de pessoas portadoras desta deficiência rara. Analisa o aumento do número de estudantes estrangeiros em Portugal descrevendo a evolução das inscrições destes alunos no ensino superior entre os anos letivos 2005/6 e 2012/13, com enfoque nas primeiras inscrições. Finalmente, divulga a situação demográfica do país com base em informação atualizada, destacando as mudanças mais relevantes e os fatores que as determinam, sendo este um artigo sistemático no segundo semestre de cada ano.