



**MARIA DO CÉU MACHADO**  
**como crescem**  
**os portugueses**

**infância, adolescência**

02  
10



**os portugueses**



Largo Monterroio Mascarenhas, n.º 1, 7.º piso  
1099-081 Lisboa  
Telf: 21 001 58 00  
[ffms@ffms.pt](mailto:ffms@ffms.pt)

director de publicações  
**António Araújo**

coordenação  
**Susana Norton e Luísa Barbosa**

título  
**Como Crescem os Portugueses — infância, adolescência**

autora  
**Maria do Céu Machado**

design e paginação  
**Guidesign**

Validação de conteúdos e suportes digitais  
**Regateles Consultoria Lda.**

impressão e acabamento  
**Lidergraf | Sustainable printing**

© Fundação Francisco Manuel dos Santos e Maria do Céu Machado  
**Março de 2020**

isbn 978-989-9004-39-9  
depósito legal n.º 466 882/20

As opiniões e valores expressos nesta edição são da exclusiva responsabilidade da autora e não vinculam a Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Livro redigido com o Acordo Ortográfico de 1945.

A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada à autora e ao editor.



**Maria do Céu Machado**  
**como crescem**  
**os portugueses**

infância  
adolescência



<b>Introdução</b>	<b>9</b>
<b>As crianças e adolescentes portugueses (0-19 anos)</b>	<b>15</b>
<b>As famílias modernas</b>	<b>21</b>
<b>A saúde e alguns determinantes</b>	<b>31</b>
<b>Mortalidade e causas de morte</b>	<b>43</b>
<b>Educação e aquisição de competências</b>	<b>49</b>
<b>Justiça e protecção social</b>	<b>59</b>
<b>Os adolescentes portugueses (10-19 anos)</b>	<b>69</b>
<b>Conclusões</b>	<b>79</b>
<b>Glossário</b>	<b>87</b>
<b>Fontes</b>	<b>91</b>
<b>Infografias</b>	<b>95</b>



## **Introdução**

Portugal é um dos melhores países para nascer e crescer nos primeiros anos de vida!

Os indicadores de saúde infantil do nascimento aos 5 anos colocam-nos entre os 10 melhores de todo o mundo, em parceria com o Japão, a Noruega, a Suécia e a Finlândia.

Será também este o cenário ao longo do desenvolvimento da criança e do adolescente?

A saúde é apenas uma dimensão do bem-estar, que inclui outras áreas e determinantes que permitem identificar as desigualdades. Assim, a nossa visão da infância e adolescência tem de, e deve, ser transversal.

Há ainda evidência de que as desigualdades sociais são a causa mais importante de menor capacidade na aquisição de competências. As crianças de famílias em exclusão social e pobreza nascem em desvantagem e, se não houver intervenção, crescem com maior risco biológico e socioeconómico.

O bem-estar inclui todos os domínios da qualidade de vida, sejam físicos, emocionais ou sociais.

A UNICEF considera seis dimensões que medem o bem-estar: a material (pobreza, desemprego familiar, baixo nível de educação dos pais), a saúde e a segurança (mortalidade infantil, baixo peso ao nascer, taxa de vacinação e mortalidade por acidente), a educação (sucesso escolar na leitura, matemática e ciências); a família (tipologia e relações intrafamiliares), os comportamentos de risco na saúde (hábito de toma de pequeno-almoço, ingestão de fruta diária e actividade física regular, excesso de peso) e/ou de violência (maus-tratos, negligência, *bullying*) e os factores subjectivos (percepção da saúde, gosto pela escola, sensação de felicidade).

A nossa proposta é caracterizar a população dos 0 aos 19 anos, em 2018, nas suas diferentes dimensões, e compará-la com 2001 de forma a perceber a evolução no século XXI. Sempre que não haja dados disponíveis nos anos estudados, seleccionam-se os mais próximos da mesma década.

Além disso, interessa-nos identificar variações e desigualdades entre as grandes regiões de Portugal (NUTS II — Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira), e comparar com os países da União Europeia e com alguns indicadores, como os da zona euro (Islândia, Noruega e Suíça).

Sempre que possível ou adequado, desagregámos por subgrupos etários quinquenais (0-4, 5-9, 10-14 e 15-19) ou menos dispersos (0-4 e adolescentes — 10-19).

São muitas as questões colocadas às quais procuramos responder. Quantas são as crianças portuguesas e como se distribuem? Há predominância de género? Como são as actuais famílias portuguesas e qual a sua tipologia?

Há disparidades entre regiões? Portugal acompanha a tendência europeia na saúde, na educação ou na justiça? Que hábitos têm e que competências adquirem os adolescentes?

É a estas interrogações que procuramos responder neste volume. Como crescem os Portugueses?

Avaliámos a evolução dos determinantes sociais e económicos, como o risco de pobreza e de viver em famílias pobres, a gravidez na adolescência e a variação entre as zonas com maior privação.

É ainda importante proteger a criança contra o *stress* tóxico e a exposição ambiental perigosa. Essas são, porém, escolhas políticas, que, embora de maior custo efectivo, não serão aqui desenvolvidas.

O conhecimento obtido por esta análise será útil na organização de parcerias intersectoriais que integrem

sectores do poder central, como a saúde, a educação, a justiça e segurança social, e do poder local, como as autarquias, além de instituições locais de saúde que envolvem toda a sociedade, incluindo o sector privado, instituições sem fins lucrativos e *media*, pois o bem-estar da criança e do adolescente exige uma articulação interdisciplinar coordenada.

Problemas como a pobreza infantil, o desemprego das famílias ou o desemprego jovem são nacionais e requerem planeamento a nível global. No entanto, os resultados conseguem-se com programas locais que melhorem a capacitação dos pais e resolvam os problemas específicos de cada região.

Em 2006, surgiram as redes sociais, como parceria estratégica única existente em cada autarquia, dinamizada pela câmara e presidida por eleitos locais, com intervenção transversal. Esta orientação veio criar condições para pensar e desenvolver a intervenção social centrando-a nos problemas locais.

Seria fastidioso estudar aqui os municípios, mas convido os interessados e os decisores, com base neste trabalho, a aprofundar as suas autarquias.

Foram utilizados essencialmente os dados da Pordata, bem como de outras bases credíveis e oficiais, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

Económico (OCDE), o Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat), a Direcção-Geral da Saúde (DGS), a Direcção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC), o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (GEP/MTSS), Health Behaviour School Children (HBSC), entre outras.



## **As crianças e adolescentes portugueses (0-19 anos)**

Em 2018, as crianças e adolescentes portugueses dos 0 aos 19 anos atingem quase os dois milhões (são 1 970 060), o que corresponde a 19% do total da população portuguesa residente.

Os rapazes são 51% desse grupo e as raparigas 49%, percentagens que se têm mantido estáveis ao longo dos anos e que contrariam a convicção de que a população feminina é superior à masculina em todas as idades. Há, assim, um ligeiro predomínio para o sexo masculino nesta faixa etária, o que significa que, dos 0 aos 19 anos, há 105 rapazes para 100 raparigas, rácio identificado como relação de masculinidade. Este rácio é homogéneo nas grandes regiões portuguesas e semelhante ao dos 19 países da União Europeia que apresentam dados para este indicador.

Analisando a evolução desde o início do milénio, verificamos que a população portuguesa residente se tem mantido globalmente nos 10 milhões, à custa do aumento da esperança de vida e dos idosos

(população com 65 ou mais anos), mas com perdas de crianças e jovens superiores a 16%.

O declínio da natalidade é por demais conhecido e, apesar de se ter começado a sentir no século xx, tem-se acentuado desde 2000 e é superior à queda da mortalidade em todas as idades. Desde 1980, Portugal perdeu mais de 40% de crianças e adolescentes, pois, em 1978, a população com idade inferior a 20 anos ultrapassava os três milhões.

No entanto, a Área Metropolitana de Lisboa e o Algarve têm conseguido manter a população jovem de forma estável, enquanto todas as outras regiões envelheceram, com perdas mais significativas nos Açores, na Madeira e na Região Norte.

Portugal acompanha a tendência europeia, com uma média de 21% de crianças e adolescentes com menos de 19 anos, apresentando embora variações significativas entre países. Na Irlanda, os mais jovens atingem 27% da população, ao passo que, na Alemanha e na Itália, os países mais envelhecidos, apenas 18%.

O cenário descrito é pessimista não apenas do ponto de vista financeiro (dificuldade da segurança social em assumir o volume crescente e prolongado de reformas, dado o grupo cada vez mais retraído de pessoas em vida activa), mas principalmente do ponto de vista social,

pois é um desequilíbrio que vai ter impacto nas famílias e na sociedade em geral.

De facto, em Portugal, há 21 crianças e adolescentes (entre 0 e 14 anos) por cada 100 pessoas dos 15 aos 64 anos (mas as crianças chegaram a ser o dobro nos anos 70), o que confirma o envelhecimento do país e grande disparidade entre regiões. Desde 2000, Portugal perdeu 3 jovens por 100 pessoas dos 15 aos 64 anos, mas os Açores, a Madeira e o Norte perderam 2 a 4 vezes mais do que Portugal.

Em 2017, na União Europeia, a média é de 24 crianças e adolescentes por 100 europeus em idade activa, o que situa Portugal em 25.º lugar, entre os mais envelhecidos. Irlanda, França, Suécia, Reino Unido e Bélgica são os mais jovens.

De notar que esta relação entre o número de jovens com menos de 15 anos e 100 pessoas em idade activa dos 15 aos 64 anos, chamada índice de dependência dos jovens, é um indicador internacional de equilíbrio (ou desequilíbrio) entre os jovens e a população em idade activa. A terminologia não nos parece correcta, pois, além de o termo «jovem» ser definido pela Organização Mundial de Saúde como dos 15 aos 24 anos (o índice quantifica dos 0 aos 14), a escolaridade obrigatória termina aos 18 anos na maioria dos países europeus. Por outro lado, muitos seniores têm vida activa no mercado de trabalho além dos 65 anos.

No entanto, se optarmos por considerar que os jovens portugueses não entram no mercado de trabalho antes dos 18 anos (pois a escolaridade é obrigatória até essa idade), o índice de dependência será de 32 por 100 pessoas na vida activa (dos 19 aos 64 anos), cenário mais optimista.

Quanto ao balanço mais jovem na Área Metropolitana de Lisboa e no Algarve, será que pode ser explicado por serem as regiões com mais imigrantes?

Portugal tem experienciado movimentos migratórios significativos desde o início do milénio. Dada esta mobilidade, o saldo entre imigrantes e emigrantes será positivo ou negativo no grupo etário em análise?

Em 2018, entraram em Portugal para residência permanente (período superior a 1 ano) 43 170 imigrantes, dos quais 18,8% com idade inferior a 19 anos, e saíram do país 31 600 emigrantes, dos quais 11,4% eram crianças e adolescentes. Este saldo populacional positivo de 7,4 pontos percentuais no grupo etário pediátrico tem peso estatístico nas duas regiões onde há mais população estrangeira (Área Metropolitana de Lisboa e Algarve) e que, como referido, não tiveram perda de população infantil, contrariamente a todas as outras regiões.

Em sucessivas tentativas de perceber as causas e encontrar soluções para a queda da natalidade, têm-se criado vários grupos de trabalho de nomeação

governamental. Parece-me que as causas são mais, e mais complexas, do que habitualmente se pensa e que as soluções e políticas têm sido tímidas, desadequadas e descontinuadas. Os factores são múltiplos, individuais, sociais e económicos, nomeadamente o papel da mulher com mais anos de educação (licenciatura) e carreira profissional e a forte participação no mercado laboral, com implicações importantes na conciliação trabalho-família, como veremos adiante.

### **Ideias-chave**

- Em 2018, as crianças e jovens portugueses dos 0 aos 19 anos constituem 19% da população total. Desde 1980, Portugal perdeu mais de 40% deste grupo etário.
- Em todo o grupo, verifica-se um ligeiro predomínio de rapazes, de 105 para 100 raparigas, em 2018.
- O país continua a envelhecer, com 21 crianças dos 0 aos 14 anos para 100 pessoas dos 15 aos 64 anos (índice de dependência dos jovens). Porém, há 32 crianças e jovens dos 0 aos 18 anos para 100 pessoas em idade activa dos 19 aos 64 anos.
- Na União Europeia, o índice de dependência dos jovens coloca Portugal no 25.º lugar, longe da Irlanda, o país menos envelhecido do *ranking* europeu.
- As grandes regiões portuguesas mostram assimetrias significativas: a Área Metropolitana de Lisboa e o Algarve são as mais jovens, e os Açores, a Madeira

- e o Norte as mais envelhecidas e com maiores perdas de crianças e adolescentes.
- O saldo entre imigrantes e emigrantes neste grupo etário é positivo, e mais acentuado na Área Metropolitana de Lisboa e no Algarve.
  - Há necessidade de estratégias e medidas urgentes, não apenas de apoio à natalidade e família, mas também à (re)construção de uma sociedade que deve promover o relacionamento entre jovens e idosos.

## **As famílias modernas**

A família é uma dimensão fundamental na saúde e no bem-estar da criança e do adolescente, com consequências indeléveis no desenvolvimento e na estruturação da personalidade.

Os Portugueses casam-se menos e mais tarde. Há menos 42% de casamentos, entre pessoas do sexo oposto, do que no início do milénio, percentagem ainda mais alta no Norte e no Alentejo.

Os países da União Europeia têm grandes variações entre 2001 e 2017, com a Suécia a mostrar uma tendência contrária de aumento dos casamentos, e Chipre a maior variação negativa.

Em 2018, 11% de todos os recém-nascidos são de mães de nacionalidade não-portuguesa, o dobro do que se verificava no início do milénio (5%). Em números absolutos, este indicador é mais expressivo, dado o decréscimo do total de nascimentos nesse período.

Por outro lado, em 10 anos, mais do que duplicaram os casamentos entre pessoas do mesmo sexo. Foram 607 em 2018, e tinham sido 266 em 2010.

Em qualquer dos casos (casamentos entre pessoas de sexos opostos ou do mesmo sexo), não há dados disponíveis recentes para quantificar o número de situações de conjugalidade ou de união de facto sem casamento, muitas das quais com projectos de parentalidade, como veremos.

Analisando o casamento, verifica-se que, no primeiro casamento, as raparigas têm em média 32,1 anos e os rapazes 33,6. A idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 30,4 anos, o que significa mais 4 anos do que em 2001, sem grandes variações entre regiões. Na União Europeia, em 2017 a média de idade da mãe é de 31 anos.

De salientar que o peso das mulheres que são mães depois dos 40 anos cresceu 148% em Portugal de 2001 para 2018 (de 2590 para 6412 nascimentos), duplicou em praticamente todas as regiões e triplicou na Área Metropolitana de Lisboa.

As mães estão mais velhas, mas um dos aspectos mais positivos é que têm maior nível de educação, o que será determinante na escolaridade e no nível cultural dos filhos. Na comparação entre 2018 e 2001, as licenciadas são mais do dobro e as que completaram o ensino secundário aumentaram 11 pontos percentuais. A Madeira é a região que mais aumentou a proporção de licenciadas.

A infertilidade, decorrente de projecto de gravidez mais tardia, mas também factores como a obesidade, o tabagismo e o consumo de álcool, assim como o aumento da conjugalidade entre pessoas do mesmo sexo e com projecto de parentalidade, têm determinado o crescente recurso às técnicas de procriação medicamente assistida ou a barrigas de aluguer nos países em que a legislação permite.

Segundo o relatório do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, em 2015, nasceram em Portugal 2504 crianças como resultado do uso das várias técnicas, o que representou 3% do número total de nascimentos nesse ano. Não há dados nacionais, nem europeus, mais recentes para esta realidade.

Protelado o compromisso, adiada a parentalidade, encontram-se outras estruturas familiares com mais nascimentos fora do casamento. Mais de metade (55,9%) dos recém-nascidos têm pais não-casados, e 18,7% de todos os recém-nascidos são de pais que não coabitavam ao nascimento. Este número aumentou significativamente, de 6752 em 2001 para mais de 16 mil em 2018. O Algarve, a Área Metropolitana de Lisboa e o Alentejo são as regiões com maiores percentagens de nascimentos fora do casamento e não coabitação, assim como a Madeira neste último indicador. Por curiosidade, em 1960, em Portugal, os nascimentos registados fora do casamento eram inferiores a 10%.

Não há dados que confirmem o casamento após o nascimento de um filho, mas parece cada vez mais frequente a união de facto, a primeira gravidez e o nascimento de um filho e o casamento posterior. Também aumentaram os nascimentos de pais que já tinham um ou mais filhos de casamento anterior, de 11% em 2001 para 17% em 2018.

Não há valores médios para os países da União Europeia, mas, em 2017, apenas 3 países têm percentagens mais altas de pais não-casados, com a Islândia (71,2%) e a França (59,9%) nos primeiros lugares. A Grécia tem os valores mais baixos (10,3%).

Por outro lado, o número de divórcios por 100 casamentos, no mesmo ano, aumentou desde 2001, alcançando o número máximo de 74 por 100 em 2011, ano a partir do qual começou a diminuir. Portugal registou, em 2018, 59 divórcios por 100 casamentos, menos 6 do que no ano anterior. As regiões Norte, Centro e da Madeira são aquelas em que os divórcios mais aumentaram.

Em Portugal, o rácio de divórcios por 100 casamentos em 2017 é o maior dos países europeus, seguido pelo Luxemburgo (63 em 100) e por Espanha (57 em 100). Nos outros países, a variação é de 11 (Malta) a 52 (Bélgica) divórcios por 100 casamentos.

Por fim, a tipologia da família também se alterou. Cerca de 20% das famílias portuguesas têm um filho, 12% dois filhos, e apenas 2% três ou mais filhos. Os europeus da União Europeia têm com mais frequência dois filhos (12%) ou família numerosa, com três ou mais filhos (4%).

Menor número de casamentos, mais divórcios e mais filhos nascidos fora do casamento são determinantes dos agregados familiares monoparentais, caracterizados pelo pai ou pela mãe que vivem sozinhos com os filhos. Em Portugal, nos últimos 20 anos, a evolução destes agregados foi exponencial: em 2018, quase duplicou o número, que é de 460 315 agregados domésticos monoparentais. De notar que, apesar de o número absoluto de pais ter aumentado nestas famílias, continuam a ser as mães que predominantemente assumem a responsabilidade pelos filhos, pois, em 87% dos agregados monoparentais, as crianças e os adolescentes vivem com as mães.

No entanto, algumas destas crianças e jovens poderão estar em regime de guarda partilhada — ou seja, a partilha semanal, ou com outra regularidade, dos filhos de pais separados que transitam de uma casa para outra, de comum acordo ou pelos tribunais —, mas não existem dados disponíveis sobre esta realidade. Sendo um cenário importante para a estabilidade familiar, é fundamental criar instrumentos para que

esta informação possa ser recolhida e publicamente disponibilizada pelas estatísticas da justiça.

No período estudado, não se encontram variações significativas entre as grandes regiões portuguesas. Na União Europeia, entre 2005 e 2018, os dados das famílias monoparentais indicam um aumento médio de 35% nos 19 países que apresentam dados, enquanto, em Portugal, o crescimento desta tipologia familiar é de 78%; só é ultrapassado por Espanha, Chipre e Malta.

Quais as razões de um crescimento ímpar, e mais acentuado do que nos outros parceiros europeus, de uniões de facto, divórcios e famílias monoparentais? Será ainda uma educação muito severa na adolescência, regida por princípios católicos, e uma sexualidade mais tardia?

Em Portugal, é bem conhecida a permanência de estudantes universitários, ou mesmo de jovens licenciados, em casa dos pais até idades mais tardias. Entre 2016 e 2018, metade dos estudantes universitários vive em casa dos pais, tendência contrária aos países do projecto EUROSTUDENT, que identifica 80% dos estudantes a viver fora da casa dos pais na maioria dos países da União Europeia. O estudo Determinantes da Fecundidade em Portugal, de Maria Filomena Mendes (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016), concluiu que a maioria dos homens sem filhos eram os que, aos

30 anos, nunca tinham vivenciado uma relação fora de casa dos pais e ainda nela coabitavam.

Qual o peso do aumento das mulheres que frequentam o ensino superior, licenciadas e com carreiras de sucesso e lugares de liderança em idades jovens? Como conciliar tudo isto com a família num país com maior percentagem de mulheres em *full-time*?

Em Portugal, em 88% dos casais trabalham os dois a tempo inteiro, percentagem bastante superior à média europeia (63%), provavelmente devido aos baixos salários, mas poderá ser mais um factor de instabilidade familiar a considerar.

Ou o enorme *stress* que é actualmente para os jovens o ensino secundário, a admissão na sua primeira opção de licenciatura, e mais tarde o primeiro emprego e a competitividade, ou o desemprego, quando são goradas enormes expectativas? Outros países estão atentos a estes aspectos; é disso exemplo a estratégia irlandesa com o programa «Better Outcomes, Brighter Futures» (2014-2020) para as crianças e adolescentes, programa cujos pilares são a saúde e a educação, mas também o emprego.

Qual o papel dos baixos vencimentos dos jovens no primeiro emprego em Portugal e das dificuldades em iniciar uma vida conjugal: por exemplo, arrendar ou

comprar uma casa numa cidade portuguesa? Qual o poder de compra destes jovens?

À incerteza de emprego e à dificuldade em iniciar uma vida conjugal independente, junta-se a actual percepção das alterações climáticas pelas camadas mais jovens, que os faz hesitar em constituir família.

O perfil das famílias portuguesas merece uma reflexão conjunta com educadores, sociólogos e profissionais de saúde, envolvendo os jovens e também os sectores público, privado e social — em resumo, toda a sociedade.

A valorização da família deve ser uma prioridade, e há necessidade de alterações profundas nos valores e atitudes que evitem medidas desconexas e sinais contraditórios. Em 2014, o grupo nomeado pelo primeiro-ministro Pedro Passos Coelho e liderado por Joaquim Azevedo propôs um programa intitulado «Por um Portugal amigo das crianças, das famílias e da natalidade» (2015–2035), com seis eixos que incluem políticas integradas, justiça fiscal, conciliação entre família e trabalho, mais educação e mais saúde.

São exemplo de políticas da natalidade as taxas de IRS e de outros impostos sobre a casa e o carro ou os escalões da electricidade, do gás e da água que baixam com o crescimento e a maior dimensão da família. Assim como a flexibilidade de trabalho em *part-time*,

ou a partir de casa, creches gratuitas e melhor acesso aos tratamentos de infertilidade.

Outras estratégias seriam políticas mais individualistas mas eficazes, como as implementadas pela Suécia, ao taxar jovens adultos sem crianças, promover prémios para filhos com intervalos curtos e valorizar o papel masculino na educação dos filhos.

### **Ideias-chave**

- Os jovens portugueses adiam o projecto de parentalidade e casam-se em idade mais tardia.
- Nos últimos 20 anos, os casamentos entre pessoas do sexo oposto mostraram uma tendência negativa, mais de metade dos nascimentos são fora do casamento e quase um quinto dos pais de todos os recém-nascidos não coabitam.
- Apenas 3 países da Europa têm percentagens mais altas de pais não-casados, com a França em 1.º lugar (59,9%). Aumentaram, no entanto, de forma significativa os casamentos entre pessoas do mesmo sexo desde 2010.
- A idade materna ao nascimento do primeiro filho tem aumentado, o que reduz a probabilidade de famílias grandes. A maternidade depois dos 40 anos duplicou em praticamente todas as regiões e triplicou na Área Metropolitana de Lisboa.
- As mães têm melhor nível educacional e literacia. Desde 2000, aumentaram 11% as que completaram

- o ensino secundário e mais do dobro completaram o ensino superior.
- O perfil mais comum da família portuguesa é de um casal com um filho, enquanto as famílias europeias têm com mais frequência dois ou mais filhos.
  - Os divórcios têm aumentado, situando-se Portugal no 1.º lugar dos países da União Europeia neste indicador em 2017, seguido pelo Luxemburgo e por Espanha.
  - Desde o início do milénio, os agregados familiares monoparentais aumentaram e continuam a ser essencialmente matriarcais, sem diferenças significativas entre regiões.
  - O perfil das famílias portuguesas merece uma reflexão que deve envolver os jovens e toda a sociedade.

## **A saúde e alguns determinantes**

Portugal é um caso de sucesso na saúde materno-infantil e o país da União Europeia com melhor evolução nesta área, no século xx.

Os cuidados de saúde no primeiro ano de vida e a mortalidade nesse período são determinantes da esperança de vida ao nascer. As crianças portuguesas que nasceram em 2018 têm um potencial de vida de mais de 80 anos. De facto, a esperança média de vida ao nascer é, em Portugal, de 80,8 anos (mais 5 anos do que em 2001), mas as raparigas vivem, em média, 83,4 anos, enquanto a expectativa para os rapazes é de 77,8 anos. No entanto, nas duas últimas décadas, o sexo masculino ganhou 6 anos e o feminino apenas 4.

Dos indicadores de saúde disponíveis e com histórico robusto, determinantes da saúde e do bem-estar ao longo de todo o ciclo da vida, destacamos alguns relacionados com o nascimento e os primeiros meses de vida, como o baixo peso ao nascer e a prematuridade, o rastreio neonatal e a amamentação aos três e seis meses de idade, mas também outros da infância e adolescência, como a vacinação, a saúde oral e o excesso de peso e obesidade.

Do ponto de vista da saúde pública, nascer com baixo peso, ou seja, nascer com peso inferior a 2500 gramas em gestações de termo (gravidez completa, ou seja, 37 semanas), é um importante indicador, pois há evidência de que, se a causa for uma restrição do crescimento intra-uterino (deficiente crescimento fetal), estas crianças terão maior risco de obesidade, doença cardiovascular e diabetes na idade adulta.

Portugal não tem tido uma evolução aceitável. Os nascidos de baixo peso de termo aumentaram 20% nas duas últimas décadas, tendência contrária à de outros países europeus, como a Suécia, que se tem mantido nos 4% com baixo peso à nascença.

Em 2018, 9% (cerca de 7800) dos recém-nascidos vivos em Portugal eram de baixo peso, e neste grupo incluem-se 6,3% recém-nascidos de gravidez completa e 2,7% de gestação inferior a 37 semanas, ou seja, bebés prematuros. Nascer com baixo peso pode estar apenas relacionado com o peso e a estatura dos pais, mas, se for consequência de restrição do crescimento intra-uterino, deve procurar-se causas específicas, como a hipertensão arterial não controlada durante a gravidez, o tabagismo ou a malnutrição materna. A idade materna tardia, a infertilidade, o uso de técnicas de procriação medicamente assistida e a oportunidade (conquista do século XXI) de uma mulher com doença crónica ter uma

gravidez bem-sucedida aumentaram também a gestação complicada, o baixo peso e a prematuridade.

Será importante melhorar a literacia dos jovens nestes aspectos e reforçar a vigilância da gravidez — que ultrapassa os 97% na população portuguesa, mas chega a ser inferior a 80% na população imigrante. Como já vimos, os nascimentos de mães não-portuguesas ultrapassam já os 10%.

O número de nascimentos prematuros tem sido relativamente estável desde o início do milénio e, em 2018, foi de 8% de todas as gestações. Contudo, a maioria (87%) nasceu entre as 32 e as 36 semanas de gestação (oito meses) e 3,6% foram prematuros extremos (nasceram de gravidez de 22 a 27 semanas, ou seja, de seis meses).

Ainda na maternidade, fazem-se vários rastreios a praticamente todos os recém-nascidos, de que são exemplo o da audição e o das doenças metabólicas (este, muitas vezes no centro de saúde), na primeira semana de vida.

Quanto ao rastreio das doenças metabólicas (conhecido como teste do pezinho), outro indicador de êxito em saúde, é importante que se verifique uma adesão generalizada, pois identifica doenças metabólicas congénitas raras, permitindo a intervenção precoce em algumas delas,

como o hipotireoidismo e a fenilcetonúria, que são causa de atraso mental. Praticamente todos os recém-nascidos fazem este rastreio, o que demonstra a eficácia da campanha inicial nos *media*, o empenho dos profissionais de saúde e a literacia dos pais: o teste não é obrigatório e depende da sua vontade e consentimento.

Este rastreio deve ser efectuado depois do terceiro dia de vida, com o bebé a receber já uma alimentação adequada. O leite materno é o melhor alimento para um crescimento saudável nos primeiros seis meses de vida, e o melhor meio de prevenção de doenças infecciosas e futuras alergias. Logo, a promoção da amamentação é mandatória nas maternidades e nos centros de saúde.

No entanto, em 2017, apenas 79% dos recém-nascidos tiveram alta da maternidade com amamentação exclusiva, um indicador a melhorar: o ideal seria que todos fossem alimentados ao peito. Este cenário pode estar relacionado com a alta taxa de cesarianas em Portugal, principalmente nos hospitais privados, pois é frequente não ficarem junto da mãe nas primeiras noites e serem alimentados com leite artificial.

No entanto, os bebés ainda alimentados exclusivamente com leite materno aos três e seis meses são em percentagem significativa, comparando com outros países europeus. Em dados de 2014, são mais de metade (56%) aos três meses e 30% aos seis meses.

Portugal é o 4.º país com maior prevalência de aleitamento materno aos seis meses, dos 18 países da União Europeia que apresentam este indicador, sendo os dois primeiros o Reino Unido e a Finlândia.

Outro determinante da saúde na infância é a vacinação iniciada na maternidade e prosseguida nos centros de saúde. Portugal tem um histórico exemplar na vacinação das crianças com um Programa Nacional de Vacinação universal, gratuito e acessível a todas as crianças e jovens.

A percentagem de crianças com o Programa Nacional de Vacinação integralmente cumprido é superior a 95% há várias décadas, o que permitiu erradicar a varíola e eliminar doenças infecciosas, como a poliomielite ou a difteria. Em 2017, 99% da população de seis anos cumpria o Programa Nacional de Vacinação em todo o país, mas com assimetrias entre as regiões e nos diferentes grupos etários pediátricos.

O Norte regista mais de 97% de crianças vacinadas aos 2, 7 e 14 anos, mas a Área Metropolitana de Lisboa e a Região Centro não ultrapassam os 90% aos 7 e 14 anos, o que pode ser insuficiente para ter imunidade de grupo. A imunidade de grupo atinge-se com mais de 95% de vacinados, situação que protege também os que não receberam a vacina, uma vez que reduz a circulação do agente e da transmissão da infecção.

Mais especificamente no cenário da vacina contra o sarampo, doença que tem gerado, nos últimos anos, surtos em vários países europeus, em Portugal a cobertura vacinal foi sempre superior a 95% nas duas doses preconizadas pelo Programa Nacional de Vacinação, aos 12 meses e 5 anos, atingindo 99% em 2018 na primeira dose, embora com pequenas assimetrias regionais. A Organização Mundial de Saúde registou mais de 170 000 casos de sarampo na região europeia entre 2017 e 2019, e 110 mortes por complicações, cenário preocupante e que se deve a falhas persistentes na cobertura vacinal em vários países.

Quanto à vacina contra as infeções por vírus do papiloma humano, responsável pelo cancro do colo do útero, a cobertura é de 93% para a primeira dose e 80% para a segunda nas raparigas entre os 10 e os 13 anos. Regiões como o Norte e o Algarve já ultrapassaram os 90% na segunda dose. A partir de 2020, esta vacina estará no Programa Nacional de Vacinação para raparigas e rapazes de 10 anos.

Na idade escolar, além da vacinação, promove-se a saúde oral e rastreios como os da visão e da obesidade.

O Programa de Saúde Oral foi aprovado já neste milénio e inclui o ensino e a promoção da higiene oral, bem como o acesso aos cuidados, através do cheque-dentista. Em 2017, foram emitidos 354 000 cheques-dentista

para crianças e jovens com menos de 18 anos e foram utilizados 77,9%. Em 2015, verifica-se uma melhoria evidente de todos os indicadores.

São mais de 80% as crianças e os jovens de 12 e 18 anos que escovam os dentes à noite, antes de deitar, o dobro do registado na década anterior. Além disso, mais de metade dos adolescentes aos 12 anos têm gengivas saudáveis, mas a percentagem baixa para 42% aos 18 anos. As raparigas e os adolescentes residentes em meio urbano são os que têm melhores resultados.

A monitorização do Programa de Saúde Oral mostra que, aos 18 anos, um terço dos adolescentes observados está livre de cáries (o que significa menos 83% do que em 2000), e mais de metade não tem cáries aos 6 e aos 12 anos.

Ainda em 2015, aos 12 anos, observa-se uma redução do número de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPOD) para menos de metade, pois este índice passou de 2,95 para 1,18 numa década.

Mas outros indicadores de maior impacto na vida adulta não são tão bons como os anteriores. A monitorização do peso, da altura e do índice de massa corporal nas escolas e nos centros de saúde mostrou Portugal como um dos países com maior prevalência de excesso de peso e obesidade infantil.

O estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) promovido pela Organização Mundial de Saúde — Europa em crianças dos 6 aos 8 anos, cuja quinta e mais recente ronda decorreu em 2018–2019 em 44 países europeus, envolveu mais de 300 000 crianças.

Nas crianças portuguesas do 1.º ciclo do ensino básico que foram avaliadas, identificaram-se 29,6% com excesso de peso e 12,0% com obesidade. No entanto, o que é bastante positivo, a tendência de aumento progressivo invertiu-se e houve uma redução nos últimos dez anos tanto no excesso de peso como na obesidade.

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde, a prevalência de excesso de peso infantil (pré-obesidade e obesidade) em Portugal foi, desde o início do estudo, uma das mais elevadas, ao nível de países como Grécia, Itália, Espanha e Malta, mas já em 2016–2017, os resultados em rapazes portugueses de 7 anos era coincidente com a média europeia e muito mais baixos do que os valores daqueles países, que mantêm percentagens de cerca de 42%. Considerando as grandes regiões de Portugal, no mesmo período, em todas se verificou uma diminuição da prevalência de excesso de peso infantil e de obesidade, especialmente nas que apresentavam os valores mais altos: nos Açores baixou de 47% para 36%, e no Centro de 38% para 29%.

E como são prestados os cuidados de saúde?

Em Portugal, os cuidados de saúde à criança e ao adolescente são partilhados entre o médico de família e o pediatra no hospital ou no ambulatório privado. O acesso aos cuidados primários deve ser considerado fundamental, pois é um suporte para todos e um factor promotor de justiça e equidade para todos, com especial ênfase em famílias em situação de pobreza ou exclusão social.

Os dados existentes indicam que 91% das crianças e dos adolescentes têm um especialista de medicina geral e familiar atribuído. Há, mais uma vez, assimetrias entre regiões: são mais de 97% no Norte e Centro, uma taxa que baixa para menos de 85% nos Açores e na Área Metropolitana de Lisboa, e que é de apenas 61% na Madeira, o que pode estar relacionado com a diferente organização dos serviços de saúde nesta Região Autónoma.

Outro aspecto importante é o acesso aos cuidados de saúde mental. Metade das patologias psiquiátricas persistentes começam antes dos 14 anos, e dois terços antes dos 24 anos — mas não há dados nacionais nesta área.

Com a queda da mortalidade em todas as idades pediátricas, aumentam as crianças com deficiência e/ou necessidades especiais, para as quais é absolutamente necessária uma resposta local e multidisciplinar, aproveitando e estimulando o seu potencial com um plano individual.

As autarquias aderiram ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, criado em 2009, que funciona através da actuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, conjuntamente com o envolvimento das famílias e da comunidade através de um conjunto de medidas de apoio integrado, centradas na criança e na família, as quais incluem acções de natureza preventiva e reabilitativa no âmbito da educação, da saúde e da acção social.

Em dez anos, este programa, um exemplo de boas práticas desenvolvido nas autarquias, integrou professores, profissionais de saúde e da acção social e apoiou, entre 2012 e 2018, 22 328 crianças dos 0 aos 6 anos, o que corresponde a 93% das necessidades em Portugal, através das equipas de intervenção local.

### **Ideias-chave**

- Uma rapariga nascida em 2018 tem um potencial de esperança de vida de 83 anos, e um rapaz, de 78 anos.
- Em Portugal, os nascimentos de bebés, com peso inferior a 2500 gramas, de gravidez de termo continua a aumentar, pelo que urge controlar as causas desta situação, a qual pode ser responsável por doença cardiovascular do adulto.
- Noventa e nove por cento dos recém-nascidos beneficiam do rastreio neonatal (teste do pezinho),

- que permite a identificação precoce em situações metabólicas potencialmente graves.
- Aos 6 meses, um terço dos lactentes tem amamentação exclusiva, o que coloca Portugal em 4.º lugar no *ranking* europeu.
  - A vacinação é uma história de sucesso: 99% de crianças com o Programa Nacional de Vacinação cumprido aos 6 anos, mas ainda há assimetrias regionais.
  - A saúde oral aos 12 anos melhorou, nomeadamente a escovagem regular, as gengivas saudáveis e o número de cáries dentárias e dentes perdidos. Contudo, parece haver uma perda de literacia nesta área, com piores resultados aos 18 anos.
  - Também a percentagem de crianças do 1.º ciclo com excesso de peso ou obesidade diminuiu nos últimos anos, mas é necessário manter a intervenção e monitorização para resultados sustentáveis.
  - Noventa e um por cento das crianças e dos adolescentes têm médico de medicina geral e familiar atribuído, mas há assimetrias importantes entre as sete grandes regiões portuguesas, nomeadamente nas Regiões Autónomas, eventualmente por estratégias diferentes de organização de cuidados.
  - Portugal tem, desde 2012, uma organização de sucesso com base local e multidisciplinar na intervenção precoce na infância (o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) e, em 2018, havia mais de 22 000 crianças com necessidades especiais com plano individual e envolvimento de escolas, autarquias e famílias.



## **Mortalidade e causas de morte**

A mortalidade reflecte não apenas os cuidados de saúde, mas também outros factores e determinantes, como os socioeconómicos e ambientais. O acesso aos serviços de saúde é fundamental nesta fase do ciclo de vida, que se inicia ainda antes da concepção — ou seja, promove a saúde dos futuros pais, identifica o risco na gravidez e orienta o crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência. Porém, a evolução da saúde infantil em Portugal desde a criação do Serviço Nacional de Saúde e da organização dos cuidados às crianças, demonstrada pela queda da mortalidade no grupo etário pediátrico, resulta ainda do melhor nível socioeconómico e da maior literacia dos pais, os quais têm mais conhecimentos e maior consciência de quando procurar os cuidados de saúde.

No grupo etário em análise, interessa-nos a mortalidade global e por subgrupo de idades pediátricas, pois têm causas e resultados distintos.

Em 2018, no primeiro ano de vida, morreram 3 crianças por cada mil que nasceram. O decréscimo desta taxa de mortalidade infantil, desde o início do milénio, determinou um aumento de 5 anos da esperança de vida à nascença.

Portugal acompanha a média dos países da União Europeia (3,6 mortes no primeiro ano de vida por mil nascimentos vivos), mas, em 2017, ficámos em 6.º lugar, pois morreram menos crianças (2,7/1000 nascimentos vivos). Portugal é o país europeu com melhor evolução na saúde infantil, pois, em 1970, morriam 56 crianças no primeiro ano de vida, enquanto, no mesmo ano, a média da União Europeia era de 26 mortes infantis por mil nascimentos vivos.

Quanto às grandes regiões portuguesas, os ganhos foram consistentes em todas, mas é a da Madeira que mostra melhores resultados: morreram aí 2 crianças por mil nascimentos em 2018, quatro vezes menos do que em 2001.

As causas mais frequentes de mortalidade no primeiro ano de vida foram as relacionadas com as anomalias congénitas, ou seja, malformações à nascença, infeções e prematuridade.

Também se calcula o risco de morrer abaixo dos 5 anos por mil nados-vivos. Em 2017, foi de 3/1000, praticamente metade do que em 2001, embora tenha aumentado ligeiramente em 2018. No grupo 1-4 anos, as principais causas de morte são os acidentes e intoxicações, seguidas das doenças oncológicas e neurológicas, segundo o Instituto Nacional de Estatística.

A evolução positiva, com a mortalidade a baixar entre 2001 e 2018, ainda é mais evidente nos grupos etários seguintes.

Morreram menos 13 crianças em 100 000 dos 5 aos 9 anos, menos 15 adolescentes dos 10 aos 14, e menos 37 jovens em 100 000 dos 15 aos 19 anos. De notar o que será uma tendência preocupante: entre 2017 e 2018, agravaram-se os resultados da mortalidade, tal como referido, na mortalidade no primeiro ano de vida, mas também dos jovens dos 15 aos 19 anos (mais 3 pontos percentuais).

A principal causa de morte a partir dos 5 anos é a doença oncológica e, em segundo e terceiro lugares, os acidentes e as intoxicações e a doença neurológica.

Um terço das mortes em crianças dos 5 aos 9 e dos 10 aos 14 anos foi por doença oncológica; no último grupo, o número de mortes é igual para acidentes e intoxicações.

Nos adolescentes mais velhos, dos 15 aos 18 anos, os acidentes e as intoxicações são a primeira causa de morte, que corresponde a 41% de todas as causas de morte e é expectável dados os comportamentos de risco nestas idades, como veremos no capítulo dos adolescentes.

A morte por doença oncológica é menos expressiva (22% das causas) a partir dos 15 anos, mas, até essa idade, representa 32% de todas as causas de morte.

As causas identificadas são também as principais causas de morte na infância e adolescência nos países europeus.

Relativamente à mortalidade por doenças infecciosas, nomeadamente as infeções respiratórias agudas, pneumonias e gripe, em 2015, Portugal teve 2 mortes até aos 18 anos por 100 000 crianças e adolescentes, o que coincide com os resultados da União Europeia, que são inferiores a 3.

As doenças infecciosas são actualmente uma menor causa de mortalidade, o que decorre da vacinação, dos antibióticos, de melhor acesso aos cuidados de saúde e da maior literacia dos pais. Surgem assim outras, como o cancro e os acidentes. Estes dados merecem reflexão sobre o ambiente em que crescem as crianças portuguesas — o que inclui o clima e os poluentes —, mas também as fontes alimentares. Como podemos evitar doenças malignas em tão jovens?

Não podemos deixar de discriminar a morte por suicídio e lesões auto-infligidas, dada a relevância e a tendência de aumento, em Portugal e na Europa, dos problemas de saúde mental e da resposta insuficiente dos cuidados de saúde.

Apesar de tudo, a mortalidade por suicídio e lesões intencionais foi de 1,79 por 100 000 jovens dos 15 aos 18 anos em 2016, valor semelhante a 2011 (Eurostat) e muito inferior ao dos países da União Europeia, cuja média foi de 4,22 por 100 000 em 2016.

Quanto a diferenças entre sexos, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico refere dados para Portugal, entre os 18 e os 24 anos, que revelam um agravamento no sexo masculino de 2,2, em 2011, para 3,4 por 100 000 jovens, em 2016 (atingira 5,5 em 2015). No entanto, no mesmo período, diminuiu no sexo feminino de 1,9 para 1,7.

### **Ideias-chave**

- A mortalidade baixou de forma significativa, globalmente, dos 0 aos 19 anos e em todos os subgrupos etários desde 2000, mas parece ter aumentado de 2017 para 2018, no primeiro ano de vida e dos 15 aos 19 anos.
- A doença oncológica é responsável por 32% das causas de morte até aos 14 anos, e por 22% a partir dos 15 anos.
- A Madeira foi a região que teve a evolução mais positiva, com uma queda da mortalidade 4 vezes inferior no primeiro ano de vida.
- Os acidentes e as intoxicações são a causa mais frequente de morte dos adolescentes mais velhos, o que confirma os comportamentos de risco característicos desta idade.
- Portugal tem taxas de suicídio inferiores às europeias, mas é urgente melhorar o acesso e a organização dos cuidados de saúde mental.



## **Educação e aquisição de competências**

A educação é reconhecida como um determinante social *major* da saúde e assim tem sido promovida a abertura de mais creches e jardins-de-infância e estimuladas as escolas inclusivas, além de outras oportunidades educacionais, como prioridades nacionais. Um estudo de crianças de famílias afro-americanas do subúrbio seguidas durante 25 anos mostrou que a frequência de infantário aos 3 anos resulta em melhores níveis de educação, socioeconómicos e de saúde aos 28 anos (Reynolds AJ et al, 2011).

Há evidência de que mais de um ano em pré-escolar é equiparável a 18 meses de escolaridade e também que, em famílias com exclusão social, a intervenção deve ser precoce: a oportunidade de frequência de creche no primeiro ano de vida é a certeza de que a criança tem acesso a nutrição adequada, afecto e estímulo (Melhuish EC, 2011).

Portugal é dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico que mais evoluiu na área da educação, melhorando o acesso e reduzindo as desigualdades. São mais as crianças que iniciam

a pré-primária, assim como as que frequentam o ensino básico e secundário, na idade adequada. Também diminuiu o abandono escolar, como se mostra adiante.

Em 2018, 90% das crianças em idade pré-escolar frequentavam a escola, percentagem que se mantém sem variações significativas no 1.º ciclo (95%) e no 2.º e 3.º ciclos (88%), mas que baixa no secundário para 79%.

Quando analisamos a evolução desde 2001, percebemos um aumento mais acentuado das crianças no pré-escolar e dos adolescentes no ensino secundário, mas uma diminuição discreta (menos 5 pontos percentuais) no 1.º ciclo do ensino básico. Isto talvez se explique pela decisão dos pais de adiar a entrada no 1.º ano, quando a criança ainda não completou 6 anos no início do ano lectivo.

Para enquadrar o que tem sido a melhor educação em Portugal, de notar que, em 1971, apenas 2,8% das crianças frequentavam a escola antes dos 6 anos e 4% dos adolescentes cumpriam o ensino secundário.

Não há dados padronizados nem para as regiões portuguesas, nem dos países da União Europeia, que permitam comparar as discrepâncias territoriais na frequência escolar.

A idade de entrada na escola é um factor de sucesso escolar, e há evidência de que quanto maior a exclusão social e pobreza maior deve ser a abrangência do pré-escolar, defendendo-se até, nessas situações, a frequência de creche no primeiro ano de vida.

Segundo os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 20% das crianças portuguesas com menos de 1 ano de idade frequentam a creche, o que é mais do dobro da média desses países (9%). A partir dos 2 anos, a tendência inverte-se, ou seja, 52% das crianças portuguesas estão inscritas no jardim-de-infância, valor inferior aos 62% da média daquela organização. Também em tendência contrária é a utilização de creches privadas por quase metade das famílias portuguesas com crianças nessa idade (47%), o que apenas acontece em 34% dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e em 27% dos da União Europeia. Parece que a oferta de creches públicas em Portugal é em número inferior à procura.

Em números absolutos, entre os 3 e os 5 anos, 240 000 crianças frequentam o pré-escolar, o que corresponde a um aumento substantivo da frequência e das vagas se se pensar na diminuição da população desta idade. Um exemplo de boas práticas no último ano é a abertura de mais vagas na Área Metropolitana

de Lisboa, a região mais problemática, onde 2 em cada 10 crianças não frequentavam o pré-escolar.

Em 2018, a duração média da pré-escolaridade é de 2,8 anos, o que confirma que muitas crianças entram aos 3 anos. Como referido, é um factor importante de sucesso escolar no 1.º ciclo do ensino básico.

Preparados para a entrada na escola, qual é o cenário da escolaridade das crianças e adolescentes portugueses?

Em 2017, 90% da população portuguesa em idade escolar (4-17 anos) teve em média 14 anos de escolarização, mas apenas 37% continuavam a estudar entre os 20 e os 24 anos, valores que se têm mantido constantes nos últimos 15 anos, pelo que merecem também uma reflexão (OCDE 2018).

Tanto a nível nacional como nas grandes regiões, não há diferenças entre rapazes e raparigas no pré-escolar e nos três ciclos do ensino básico, mas verifica-se um aumento do número e da percentagem de raparigas no secundário, embora a repartição entre rapazes e raparigas seja equitativa no ensino profissional.

Também os dados europeus mostram percentagens de acordo com a relação da população feminina/masculina (50/50), excepto no ensino superior, em que há maior

percentagem do sexo feminino em 25 dos 28 países da União Europeia.

Interessa-nos perceber a frequência de ensino público e privado num país que tem ainda tantas insuficiências. Em 2018, 19% de todos os alunos estavam matriculados no ensino privado, percentagem constante desde o início do milénio. No entanto, desagregado este valor pelos níveis de ensino, verificamos que apenas 13% dos que frequentam o ensino básico é em estabelecimentos escolares privados, mas a percentagem é mais elevada no ensino secundário (21%), talvez pela percepção de que se conseguem melhores médias de admissão na faculdade em muitos cursos que exigem classificações superiores a 17 valores.

Atingidos os indicadores internacionais quanto ao acesso à escola e aos anos de escolaridade, há que analisar a aquisição de competências básicas, nomeadamente em Português, Matemática e Ciências.

Quanto aos resultados nacionais nas provas de Português e Matemática do 9.º ano (que corresponde ao final dos três ciclos do ensino básico), verifica-se uma melhoria discreta em Português. Na prova de Matemática, a nota média obtida é de 47 em 100, mais baixa do que em 2008 (55 em 100). Em 2018, a nota na prova de Português, no mesmo ano de escolaridade,

é de 66 em 100, 3 pontos percentuais mais alta do que em 2008; contudo, em 2019, volta a baixar (60 em 100).

Em 2018, a percentagem dos alunos com êxito nos exames do 9.º ano é inferior a 50% em Matemática (48%), mas atinge 87% em Português.

Em 2019, os resultados dos exames do 12.º ano (final do ensino secundário) são melhores, talvez porque muitos destes estudantes querem ter médias para serem admitidos no ensino superior. No 12.º ano, 66% têm aprovação em Matemática e 79% em Português.

No entanto, o Programa Internacional de Avaliação de Alunos (conhecido por PISA), em 2018, mostra que os estudantes portugueses, aos 15 anos, obtiveram resultados que estão de acordo com a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico na Leitura, Matemática e Ciências, e que Portugal é um dos poucos países que melhoraram nas três dimensões.

Identificam-se os alunos com nível socioeconómico superior como os melhores, e rapazes e raparigas têm diferentes expectativas de carreira aos 30 anos. De entre os melhores em Matemática ou Ciências, 1 em cada 2 rapazes espera trabalhar como engenheiro ou em outras áreas de Ciências, o mesmo sendo referido por 1 em cada 7 raparigas. Uma em cada 2 raparigas

com melhores resultados espera ter uma profissão relacionada com a saúde, o que acontece apenas em 1 para 7 rapazes. Inexplicavelmente, aos 15 anos, é muito baixa a proporção dos que pensam em trabalhar nas áreas relacionadas com tecnologias de informação: 6% dos rapazes e 1% das raparigas.

Quanto ao *ranking* na União Europeia, Portugal está em 12.º na Leitura e em 21.º em Matemática, cenário aceitável se pensarmos que o acesso à escola para todos tem poucas décadas, assim como os anos de escolaridade obrigatória. Além disso, os resultados dependem ainda do nível educacional dos pais, nível esse que, apesar de ter aumentado desde o fim do século xx, é bastante inferior ao dos restantes países da União Europeia.

Há, porém, outros aspectos positivos, um dos quais é a diminuição da taxa de abandono precoce, ou seja, os que não completaram o ensino secundário nem se encontram a estudar, tendo entre 18 e 24 anos. Globalmente, era de 44% em 2001, e não chega a 12% em 2019, ou seja, 4 vezes inferior.

No entanto, em 2019, mantém-se o perfil de maior abandono masculino (14%) do que feminino (7%), mas, desde 2000, os rapazes eram mais de metade (52%) e as raparigas mais de um terço (37%). Neste indicador, a evolução positiva põe Portugal ao nível da média

européia e da zona euro (11%), e também são os rapazes europeus que mais abandonam a escola.

Em conclusão, desde 1994 tem-se assistido a um aumento expressivo da escolaridade da população em geral: em 1992, apenas 16 em 100 cidadãos de 15 ou mais anos tinham o ensino secundário; em 2019, eram 42 em 100.

Como consequência dos anos de escolaridade obrigatória, do menor abandono e de uma lei de trabalho mais restritiva quanto à idade, o número de jovens empregados com menos de 18 anos também diminuiu significativamente nos últimos 30 anos, passando de 5% da população empregada total em 1989 (altura em que era possível estar empregado a partir dos 12 anos) para 0,1% em 2018.

### **Ideias-chave**

- Portugal é um dos países europeus com mais ganhos na educação, factor fundamental na correcção das desigualdades e para o desenvolvimento do país.
- Em média, as crianças portuguesas cumprem três anos pré-escolares, uma mais-valia importante para o sucesso na idade escolar.
- Noventa por cento da população tem já 14 anos de escolaridade.
- A relação rapazes/raparigas é equilibrada em todos os níveis, menos no ensino secundário (com excepção

do profissional) e no superior, que têm maior proporção de raparigas.

- Os resultados em Leitura, Matemática e Ciências estão na média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, mas abaixo do desejado.
- A taxa de abandono escolar precoce diminuiu significativamente, mas continua maior nos rapazes, o que também acontece nos países europeus.



## **Justiça e protecção social**

Mostrou-se que a saúde e a educação têm tido progressos positivos e sustentados. E quanto às desigualdades: será que Portugal melhorou em áreas como o risco de pobreza? E quanto à eficácia da organização em Portugal no que respeita aos menores em risco e em perigo?

Vários factores permitem identificar desigualdades e iniquidades, nomeadamente a taxa de pobreza na infância e adolescência e nos agregados familiares com filhos, os menores em perigo e a intervenção das entidades competentes, o processo de adopção, e os menores em instituições tutelares ou em reclusão, condenados por crimes.

Em 2018, em Portugal, 28 em 100 crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos estão em risco de pobreza (28% são considerados pobres), mas o apoio do Estado através das transferências sociais foi determinante para as famílias, condicionando uma baixa, para 19%, do risco de pobreza abaixo dos 18 anos.

O risco de pobreza teve uma trajectória irregular, mantendo-se estável até 2010; foi pautada por descidas

entre esse ano e 2015, mas começou a melhorar significativamente em 2016. Durante os anos da crise económica e financeira, 37 crianças abaixo dos 18 anos em cada 100 sem apoio social estavam em risco de pobreza.

Este risco é maior em agregados domésticos monoparentais com filhos menores de 18 anos, os quais, como referido, têm aumentado desde 2010. Nas situações de famílias numerosas, com dois adultos e três ou mais crianças, é de 30%, e ainda maior quando se considera não só as crianças e adolescentes, mas também os jovens dos 18 aos 24 anos economicamente dependentes. Nestas famílias, o risco de pobreza é de mais de um terço (34%), mesmo após as transferências sociais.

Não há dados desagregados pelas grandes regiões. Dos 23 países da União Europeia que apresentam dados neste indicador, apenas cinco têm maior risco de pobreza na infância e adolescência. Portugal situa-se em 4.º lugar de maior risco nas famílias com três ou mais crianças, mas desce para a 6.ª ou para a 8.ª posição nas famílias com dois filhos ou um filho, respectivamente, o que significa ainda condições sociais não protectoras da criança e da família.

No entanto, em indicadores de pobreza grave, como a taxa de privação material severa, ou seja, ter dificuldade económica e falta de dinheiro para despesas básicas

como cozinhar ou aquecer a casa, o valor nacional é de 6%, inferior à média dos 25 países da União Europeia que apresentam este indicador, o que situa Portugal a meio do *ranking* europeu.

Sendo o cenário tão diferente antes e depois do apoio do Estado, qual é a dimensão deste apoio? Quantas famílias recebem da Segurança Social para sustento e educação dos filhos?

O abono de família para crianças e jovens atribuído às famílias varia em função do nível de rendimentos, da composição do agregado e da idade do titular. Em 2018, beneficiou mais de 1,2 milhões de descendentes ou equiparados, menos um terço do que em 2001. No entanto, nas regiões de Lisboa, Alentejo, Algarve e Açores, as descidas dos apoios não foram tão acentuadas.

A pobreza, a exclusão social e o alcoolismo são factores promotores de maus-tratos na infância e adolescência, embora se identifique violência em famílias de todos os níveis socioeconómicos.

Os maus-tratos a crianças e adolescentes são um problema de saúde pública cuja resolução exige uma acção integrada de vários sectores e o respeito pelo princípio ético da beneficência — o que quer dizer: o melhor ou o superior interesse da criança.

Como se organizaram as instituições portuguesas de modo a proteger a criança?

Segundo a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (promulgada em 1999, alterada em 2018), o sistema de protecção integra todas as entidades com competência em matéria de infância e juventude, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e os tribunais. As primeiras entidades, que identificam e sinalizam as situações, incluem âmbitos como a saúde, a educação, a segurança social, as entidades policiais, as autarquias, as instituições particulares de solidariedade social e as organizações não-governamentais, entre outras.

Na área da saúde, o programa Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (2008) foi determinante na criação dos 268 núcleos multidisciplinares de apoio dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares. Dependem da Direcção-Geral da Saúde, promovem a prevenção das situações e identificam os casos nas instituições de saúde.

Em 2017, estes núcleos receberam 8670 sinalizações de situações de risco relativas a crianças dos 0 aos 18 anos. A negligência foi a causa mais frequente (62%), seguida dos maus-tratos físicos (6%) e de abuso sexual (5%). Metade de todos os processos instaurados foram na região de Lisboa e Vale do Tejo, e um quarto no Norte.

A percentagem de crianças vítimas de abuso sexual foi de 4% a 6% em todas as regiões, e mais prevalente no sexo feminino. Os maus-tratos físicos foram mais frequentes em Lisboa e Vale do Tejo (11%) e no Norte (9%), e em rapazes.

Após sinalização e encaminhamento, a intervenção e prevenção da recorrência é da competência das 309 Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) que receberam, em 2018, 39 053 comunicações de perigo de todas as áreas. O número de comunicações não revela diferenças substanciais face aos anos anteriores; o número de crianças e famílias acompanhadas tem também diminuído. Os dados reflectem ainda o investimento das parcerias e do trabalho em rede, as medidas preventivas e a intervenção nas famílias para evitar a institucionalização da criança, na promoção dos direitos das crianças.

As instituições que mais sinalizaram foram a autoridade policial (35%) e os estabelecimentos de ensino (22%). Das crianças sinalizadas, quase um quarto (22%) tinham idade inferior a 5 anos, e um quarto (24%) de 15 a 17 anos.

Confirmaram-se 36% situações de perigo (menos 9% do que no ano anterior), e a negligência foi a causa mais frequente, com maior peso no grupo dos 6 aos 10 anos, tanto em rapazes como em raparigas.

Os comportamentos de risco foram a segunda causa mais frequente (19%) e são duas vezes mais prevalentes nos rapazes dos 6 aos 17 anos. Houve 12% de casos de violência doméstica, com equilíbrio entre rapazes e raparigas.

Foram acompanhados, em 2018, 3 crianças e jovens por cada 100 residentes com menos de 18 anos. Com a consciência de que a integração na família, desde que seja devidamente apoiada, é sempre preferível à retirada da criança de casa e à sua institucionalização, 92% das 14 007 medidas de promoção e protecção aplicadas foram de apoio junto dos pais ou de outro familiar, tendência que se tem mantido desde 2015. Apenas 6% foram para acolhimento residencial, o que representa uma diminuição significativa desta decisão.

Será que este apoio junto das famílias, aliado à baixa natalidade, teve consequências na queda da taxa de adopção verificada em 2018?

De facto, os dados relativos à adopção de crianças parecem preocupantes: em 2018, foram adoptadas 253 crianças com a constituição de vínculo de adopção plena, o que é muito inferior à média desde 2000.

As trajectórias têm sido variáveis. De 2004 a 2010, foram adoptadas mais de 450 crianças anualmente, com um

número recorde de 591 em 2008 e depois sempre em queda, para pouco mais de metade em 2018.

Não há uma explicação plausível para esta diminuição, pois sabemos que há 1919 famílias candidatas.

No entanto, 71% manifestaram preferência por crianças com menos de 3 anos, e estas são apenas 20% de todas as crianças classificadas como adoptáveis. No entanto, não se trata de uma tendência recente, pelo que não justifica os resultados. As 80% que aguardam adopção e oportunidade de ter uma família são mais velhas e muitas têm problemas de saúde, de gravidade variável.

Ora, das 253 crianças adoptadas em 2018, 214 foram-no antes dos 3 meses e apenas 7 depois dos 12 meses.

Também para este fenómeno, não há dados desagregados pelas grandes regiões nem pela Europa.

A opção pela não-institucionalização parece ser uma boa estratégia, considerando que os adolescentes, institucionalizados desde muito cedo, fogem inúmeras vezes das casas de apoio e têm comportamentos de risco, entre os quais se conta a prática de crimes.

Quanto à prática de crimes, uma escolaridade obrigatória mais prolongada e maior protecção parecem ser factores condicionantes dos bons resultados.

Houve uma diminuição do número de adolescentes colocados em instituições tuteladas pelo Ministério da Justiça, por actos classificados de crime pela lei penal. Dos 12 aos 15 anos, são três vezes menos (de 104 em 2002 para 31 em 2018), e dos 16 aos 18, mais 6 (de 117 para 123) no mesmo período.

O mesmo se passa com os menores dos 16 aos 18 anos condenados por crime e em prisão efectiva, 43 em 2018, número que tem diminuído gradualmente desde 2002, quando se registaram 326. Não há dados disponíveis para as grandes regiões nem para a União Europeia.

### **Ideias-chave**

- O risco de pobreza na infância e adolescência ainda é significativo, embora baixe após as transferências sociais. Portugal é o 4.º país da União Europeia em maior número de famílias, com três ou mais filhos, em risco de pobreza.
- O risco é mais acentuado em agregados familiares monoparentais e em famílias com dois adultos e três ou mais filhos.
- Quanto à protecção das crianças e jovens em perigo, Portugal tem uma organização exemplar, que tem conseguido prevenir e orientar intervindo junto da família, mantendo as crianças com os pais ou com outro familiar.

- A negligência continua a ser a principal situação de perigo, representando quase metade do total das situações confirmadas.
- Doze em 100 crianças são vítimas de violência doméstica, a segunda situação mais comunicada às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.
- Todas as restantes categorias de perigo diminuíram em valor absoluto, excepto o abuso sexual, em que se verificaram mais três casos do que no ano anterior.
- Os comportamentos de perigo na infância e juventude são o dobro em rapazes dos 6 aos 17 anos.
- Em todas as regiões, a prevalência de abuso sexual é mais frequente em raparigas e os maus-tratos físicos em rapazes.
- Em 2018, foram adoptadas 253 crianças com vínculo de adopção plena, número que tem diminuído desde 2008, ano em que se atingiram 591 adopções. Será importante reflectir sobre as causas.
- Os menores em instituições tuteladas pelo Ministério da Justiça ou em prisão efectiva diminuíram significativamente nos últimos 20 anos.



## **Os adolescentes portugueses (10-19 anos)**

Em Portugal, como na Europa, o grupo etário dos 10 aos 19 é superior ao dos 0 aos 9 anos, e esta tendência acentua-se desde 2001, devido à continuada queda da natalidade e, portanto, à diminuição dos grupos mais jovens.

Há evidência científica de que 95% do desenvolvimento cerebral se faz até aos 6 anos, mas, na puberdade, há uma reconfiguração cerebral, com enorme multiplicação de sinapses (fibras nervosas que ligam os neurónios e transmitem o estímulo nervoso) e mielinização (envolvimento das estruturas nervosas por mielina, substância gorda que as protege e acelera a velocidade de condução dos impulsos nervosos). As sinapses vão cair em áreas diferentes conforme o ambiente, a família, a escola e o estilo de vida, o que significa que as experiências de vida na adolescência condicionam as alterações cerebrais. É, assim, imperioso o conhecimento mais específico destes determinantes no que chamamos de reconfiguração cerebral e na estruturação da personalidade do jovem adulto.

Os adolescentes portugueses são mais de metade da população dos 0 aos 19 anos (54%), valor mais ou

menos semelhante nas regiões portuguesas. O rácio de masculinidade que referimos anteriormente manteve-se de 105 rapazes para 100 raparigas em 2018.

Conseguimos perceber o perfil dos adolescentes portugueses e a sua evolução desde 2000 através do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), da Organização Mundial de Saúde, sobre a população escolar em 44 países, com alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos, e obter importante informação sobre os estilos de vida, hábitos e comportamentos.

Relativamente à segurança familiar, que decorre de os pais terem emprego, 78% das mães são empregadas, o que significa mais 14 em 100 desde 2002, e 95% dos pais são empregados, o que é também mais positivo do que em 2014, ano mais expressivo dado verificar-se o dobro do desemprego masculino.

Quanto a hábitos alimentares (tomar o pequeno-almoço, comer frutas e verduras e evitar bebidas gaseificadas e açucaradas, rotinas essenciais na prevenção de excesso de peso), o cenário não é famoso.

Apenas 72% destes alunos tomam o pequeno-almoço todos os dias e, pior, 9% nunca o tomam. Um quarto (26%) dos adolescentes come fruta e 16% vegetais mais de uma vez por dia, mas 8% bebem mais do que um refrigerante por dia.

Altamente preocupante, do ponto de vista social e como potencial de dificuldades na aprendizagem, é o facto de 4% dos adolescentes referirem que vão para a escola ou para a cama com fome por falta de alimentos em casa. Neste período de desenvolvimento, o número de horas diárias de sono é fundamental, sendo que o ideal será entre oito e dez horas para uma aprendizagem adequada. No entanto, o estudo mostra que mais de um terço (39%) dorme menos de oito horas diárias.

Comparando com 2002, diminuíram significativamente (de 22% para 8%) os que bebem mais de um refrigerante por dia, mas quadruplicaram os que têm fome, de 1 para 4 em 100.

Estes resultados são semelhantes em todas as regiões, excepto na de Lisboa. Aqui, parece haver mais desigualdades, pois 12% nunca tomam pequeno-almoço, 5% vão para a escola com fome e 49% dormem menos de oito horas. Nos Açores, apenas 20% comem fruta e vegetais mais de uma vez por semana.

Quando se fala em estilos de vida saudáveis, tão importante como a alimentação é a prática regular de exercício físico. Mais de metade (53%) pratica actividade física três a seis vezes por semana, mas, como veremos, mais aos 10-12 anos no 6.º ano (79%), e menos aos 16-18 anos, no 12.º ano (48%).

As crianças e os adolescentes praticantes desportivos federados eram, em 2017, 363 877 até aos 16 anos, o que representa quase o dobro desde 2003. Dos 16 aos 19 (juniores), também aumentaram no mesmo período, mas apenas 22%. A ideia com que se fica é que os que praticam desporto o fazem com mais empenho e competitividade.

No entanto, ainda há hábitos sedentários a corrigir, pois 12% passam todo o tempo livre a ver televisão e 21% várias horas por dia em jogos de computador.

E há resultados ainda mais preocupantes do ponto de vista social e de saúde. Quatro em 100 adolescentes assumem o consumo de cerveja todos os dias, embora 88% nunca tenham sentido embriaguez, e 5 em 100 já experimentaram haxixe.

Por outro lado, diminuíram os que praticam *bullying* e *cyberbullying*. Cerca de 10% referiram provocarem ou terem provocado mais do que um colega nos últimos dois meses e 19% já se sentiram vítimas. A automutilação (magoar-se a si próprio com intenção), que tem aumentado e se sabe ser uma forma de dor física na tentativa de controlar a dor psíquica, aconteceu em 20 em cada 100 adolescentes e foi de mais 4% na década de 2010.

Em 2018, 16% já tiveram uma experiência sexual e a idade média da primeira relação é de 14,5 anos. Dos que já tiveram uma experiência, 16 em 100 associam a decisão ao consumo de álcool ou outras substâncias.

Cerca de 75% dos alunos do 8.º e 10.º anos têm um relacionamento amoroso na altura do estudo, o que acontece em 60% dos alunos do 12.º ano, talvez mais preocupados em terminar o secundário e, mais uma vez, fixados no objectivo de admissão no ensino superior.

Os resultados são semelhantes nas regiões quanto ao relacionamento amoroso, mas diferentes quanto à sexualidade. A percentagem dos adolescentes que já tiveram uma experiência sexual é maior em Lisboa (25%) e nos Açores (22%) e menor no Centro (10%), embora a associação com consumo de álcool ou outras substâncias seja maior no Norte (25%) e no Alentejo (22%). Cerca de dois terços (67%) usam preservativo, mas este valor é mais baixo nos mais jovens e mais elevado na Região Centro (72%) e no Alentejo (74%). Estas variações permitem-nos repensar estratégias específicas de educação para a sexualidade e afectos em certas regiões.

Comparando com os mais novos, que frequentam o 6.º e o 8.º anos (entre os 11 e os 13 anos), com os mais velhos do 10.º e 12.º anos (entre 15 e 18), os estilos de vida dos últimos são menos saudáveis, com menos

hábitos de pequeno-almoço e de ingestão de fruta e vegetais, mais refrigerantes e menos horas de sono. Um terço dos estudantes do 6.º ano e dois terços dos do 12.º ano dormem menos de oito horas por noite, o que é mais grave para os primeiros, na puberdade e em fase de crescimento rápido. Os mais velhos vêem menos televisão, mas passam muito mais horas no computador e consomem mais tabaco (8% no 12.º ano, 0,7% no 6.º ano), mas menos cerveja diariamente (4% no 6.º ano, 2% no 12.º ano). No entanto, entre os de 16–18 anos que bebem, 51% nunca se sentiram embriagados, enquanto 97% dos mais jovens nunca tiveram essa sensação. Também são os mais velhos que menos referem as relações sexuais associadas ao consumo de substâncias (13% dos mais velhos para 22% dos mais novos).

Sendo tão importante a informação sobre consumos como determinantes de comportamentos directos e indirectos, analisámos também o estudo *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), em 19 países europeus, em adolescentes de 15 e 16 anos que frequentam o 3.º ciclo do ensino básico e o ensino secundário sobre o consumo de álcool, tabaco, canábis e substâncias psicoactivas.

O cenário de experiência ao longo da vida é, em todas as substâncias, menor do que a média europeia, portanto mais optimista. O consumo de álcool foi assumido por 71% (a média europeia é de 80%),

de tabaco por 37% (a média europeia é de 47%), de canábis por 15% (a média europeia é de 17%) e de substâncias psicoactivas por 5% (a média europeia é de 8%). Todos estes resultados são melhores em 2016 do que vinte anos antes, parecendo que o Programa de Educação para a Saúde, aprovado no início do milénio pelos Ministérios da Saúde e da Educação, tem algum grau de eficácia nas escolas.

Uma enorme conquista em Portugal é a queda gradual mas sustentada da gravidez em mães adolescentes, assim como a interrupção voluntária da gravidez.

Nasceram 2028 bebés, dos quais 35 em raparigas de idade inferior a 15 anos e 877 em jovens de 19 anos, ou seja, três vezes menos do que em 2001, ano em que nasceram 6873 bebés de mães adolescentes, que eram assim em maior número e mais jovens. Noventa tinham idade inferior a 15 anos (2 em raparigas com 12 anos, 10 com 13 anos e 78 com 14 anos).

Esta quebra está, com certeza, relacionada com o maior conhecimento e maturidade das adolescentes, mas também com o maior recurso à interrupção voluntária da gravidez, que a lei permite desde 2007.

Em 2017, houve 1484 interrupções voluntárias da gravidez em adolescentes, das quais 46 em idade inferior a 15 anos. Do total, 83 (6%) tinham feito uma

ou duas interrupções anteriormente, 14 foram feitas por malformação fetal e 3 por violação. Quanto à nacionalidade, 225 (15%) das adolescentes eram estrangeiras, sendo Cabo Verde, Brasil e Angola os países de origem mais frequentes.

A adolescência é uma fase extraordinária de transformação na vida do ponto de vista físico, emocional e social, e pensa-se que possa ser responsável pela superioridade humana, pois o ser humano é o único mamífero com duas fases de crescimento e diferenciação (o primeiro ano de vida e a adolescência).

Citando um testemunho no livro *Adolescentes*, de Maria do Céu Machado (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015): «adolescência é a fase em que os pais se tornam difíceis». É essencial que o adulto conheça, compreenda e ajude o adolescente a ser autónomo e independente. Se, para educar uma criança, é necessária toda uma aldeia, para educar um adolescente é precisa toda uma sociedade.

### **Ideias-chave**

- Os adolescentes são mais de metade do grupo etário pediátrico, tendência verificada em toda a Europa, e mantém-se o rácio de 105 rapazes para 100 raparigas.
- Quanto a alimentação, ainda há uma percentagem significativa que nunca toma pequeno-almoço e que

não come frutas e verduras, mas bebe mais de uma bebida gaseificada e açucarada diariamente.

- Quatro por cento a nível nacional e 5% em Lisboa referem ir para a escola ou para a cama com fome.
- Quatro por cento assumem consumo diário de cerveja.
- A primeira experiência sexual é em média aos 14 anos e meio, mas 15 em cada 100 adolescentes associam ao consumo de álcool ou outras substâncias.
- Os comportamentos variam entre os adolescentes mais novos e os mais velhos, com maior maturidade destes, embora não em todos os aspectos.



# Conclusões

## População

Desde o início do milénio que se mantém a tendência da natalidade a baixar, pelo que as crianças e os adolescentes portugueses (0-19 anos) representam apenas 19% da população, cenário semelhante nos países da União Europeia e nas sete regiões portuguesas, excepto na Área Metropolitana de Lisboa e no Algarve, mais jovens e com mais famílias imigrantes.

Contrariamente às nossas convicções, há um ligeiro domínio do sexo masculino (105 rapazes para 100 raparigas), constante ao longo da infância e adolescência.

Portugal é o 25.º país mais envelhecido da União Europeia no índice de dependência dos jovens.

## Famílias

As famílias portuguesas são diferentes no século XXI, fenómeno social que urge perceber, pois algumas dimensões ultrapassam ou são mesmo contrárias à tendência dos países europeus.

Os Portugueses casam-se menos, mais tarde, vivem mais em união de facto e estão entre os três países da União Europeia com maior percentagem anual de divórcios.

Apenas se registou um aumento significativo nos casamentos do mesmo sexo, assim como no número de mulheres que são mães depois dos 40 anos. Este aumento foi tão expressivo que mais do que duplicou em todas as regiões portuguesas.

Metade dos nascimentos são fora do casamento e, em um quarto, os pais não coabitam. Em Portugal, os casais têm um filho. Na Europa, há mais casais com dois ou mais filhos.

Desde o início do milénio, duplicaram os agregados familiares monoparentais (o que põe Portugal no 4.º lugar do *ranking* europeu), mantendo-se a maioria matriarcais, com peso importante para a mulher, e com maior risco de pobreza nesta tipologia familiar.

## **Saúde**

Portugal é um exemplo de sucesso na saúde materno-infantil, com a melhor evolução de todos os países europeus, e os ganhos em saúde consolidaram-se neste milénio.

Melhorou a esperança de vida ao nascer, o que está relacionado com a queda da mortalidade infantil, e programas como o rastreio neonatal, a campanha de amamentação, a taxa de vacinação aos seis anos ou o programa de saúde oral com o cheque-dentista são o suporte da saúde infantil e juvenil. Também o excesso de peso e a obesidade infantil parecem finalmente inverter a tendência de subida do século xx.

A baixa natalidade deve ser motor para o maior apoio às crianças com necessidades especiais. Portugal tem desenvolvido, nos últimos dez anos, estruturas locais multidisciplinares que garantem a intervenção precoce na infância, com um plano individual e envolvimento de escolas, autarquias e famílias.

## **Mortalidade**

Melhor nível socioeconómico, maior literacia e investimento dos pais e acesso adequado aos cuidados de saúde são factores determinantes da baixa da mortalidade em todas as idades pediátricas desde os anos 70, indicadores consolidados neste milénio.

No entanto, de 2017 para 2018, verificou-se um agravamento e tendência contrária no primeiro ano de vida e dos 15 aos 19 anos, situação que deve ser estudada quanto a causas directas e indirectas.

Controladas as doenças infecciosas agudas, sobressaem as oncológicas, acidentes e intoxicações e as doenças neurológicas. O cancro infantil é responsável por 32% das causas de morte até aos 14 anos e por 22% a partir dos 15 anos. Esta situação não pode ser encarada apenas como o resultado da diminuição das causas infecciosas. É necessária investigação nesta área e reflexão sobre o peso genético, mas essencialmente o ambiental, da qualidade do ar às condições das fontes alimentares.

São conhecidos os comportamentos de risco na adolescência que têm raízes biológicas (o atraso na mielinização do córtex pré-frontal), mas também a sensação de invulnerabilidade que os adolescentes sentem. Estes factores são determinantes na frequência de acidentes.

## **Educação**

Tanto na educação como na saúde, Portugal continua a surpreender, pois era um dos países com mais atraso e conseguiu, no século XXI, acompanhar as médias da União Europeia em muitos indicadores.

Portugal acompanha assim a tendência europeia nos três anos pré-escolares, mais-valia importante para o sucesso na idade escolar. Quase toda a população em idade escolar cumpre 14 anos de escolaridade.

As aquisições escolares não são tão optimistas. Os resultados em Leitura e Matemática estão na média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, mas abaixo do desejado, com mais de metade a não conseguir nota positiva em Matemática no 9.º ano.

Excelente foi também a diminuição apreciável da taxa de abandono, que continua maior nos rapazes, o que também acontece nos países europeus, pelo que as raparigas estão em maior proporção no ensino secundário e no ensino superior.

### **Justiça e apoio social**

Nesta dimensão, há ainda grandes deficiências. Portugal é o 6.º país da União Europeia em maior risco de pobreza infantil. Embora o risco baixe após as transferências sociais, aumenta de forma acentuada em agregados familiares monoparentais e em famílias com dois adultos e três ou mais filhos.

Muito positivos são a organização e os resultados na prevenção e protecção de crianças e jovens em perigo, com o empenho de todas as entidades com competência em matéria de infância e juventude (da saúde e da educação, entre outras), as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e os tribunais.

Diminuíram as crianças em perigo, mas a negligência representa quase metade do total das situações confirmadas. Há ainda grande número de rapazes dos 6 aos 17 anos identificados com comportamentos de risco.

As crianças adoptadas com vínculo de adopção plena têm diminuído desde 2008, e eram em 2018 três vezes menos, sem se perceberem as razões para essa redução. Será importante reflectir sobre as causas.

Os menores em instituições tuteladas pelo Ministério da Justiça ou em prisão efectiva diminuíram significativamente nos últimos 20 anos.

### **Os adolescentes portugueses**

Os adolescentes são mais de metade do nosso grupo, tendência verificada em toda a Europa. São mais saudáveis e têm mais anos de escolaridade, mas os seus estilos de vida deterioram-se do início para o final da adolescência quanto a alimentação, consumos e exercício físico.

Uma percentagem significativa nunca toma pequeno-almoço e não come frutas e verduras, mas bebe mais de uma bebida gaseificada e açucarada diariamente.

Quatro em 100 referem ir para a escola ou para a cama com fome por falta de alimentos em casa, mas outros 4 assumem consumo diário de cerveja.

A primeira experiência sexual é em média aos 14,5 anos, mas 15 em cada 100 adolescentes associam ao consumo de álcool outras substâncias.

Os programas de educação para a saúde devem envolver os próprios adolescentes de forma a falar uma linguagem comum a que eles sejam sensíveis.



## **Glossário**

**Córtex pré-frontal** — Parte anterior do lobo frontal do cérebro, responsável pelo controlo dos impulsos e das decisões e pela modulação do comportamento social.

**Criança em risco** — Implica um perigo potencial para a concretização dos direitos da criança, mas sem o elevado grau de probabilidade de ocorrência que o conceito legal de perigo encerra.

**Criança em perigo** — Mais eminente do que em risco, pela manutenção ou agudização dos factores de risco.

**Excesso de peso** — Índice de massa corporal entre os percentis 85 e 95 nas tabelas de percentis da Organização Mundial da Saúde (e da Direcção-Geral da Saúde) dos 2 aos 18 anos, pontos de corte preconizados por aquela organização.

**Índice de dependência dos jovens** — Número de crianças com idade inferior a 15 anos por cada 100 pessoas em idade activa, dos 15 aos 64 anos.

**Índice de massa corporal** — Medida internacional usada para calcular a relação ideal entre peso e altura, que identifica o excesso de peso e a obesidade. Obtém-se dividindo o peso da criança em quilos pelo dobro da altura em metros.

**Mielinização** — Formação da bainha de mielina (substância lipídica) nas fibras nervosas, facilitando a condução mais rápida dos impulsos nervosos.

**Mortalidade infantil** — Número de crianças falecidas no primeiro ano de vida por mil nados-vivos.

**Nado-vivo** — Feto que, independentemente do período de gravidez, foi expulso ou extraído do útero com sinais de vida.

**NUTS (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos)** — Divisões regionais existentes em toda a União Europeia.

**NUTS II** — Constituída por sete regiões, das quais cinco no continente (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve) e os territórios das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

**Obesidade** — Índice de massa corporal igual ou superior ao percentil 95 nas tabelas de percentis da Organização Mundial da Saúde (ou da Direcção-Geral da Saúde) dos 2 aos 18 anos, pontos de corte preconizados por aquela organização.

**Relação de masculinidade** — Rácio entre a população média do sexo masculino e a do sexo feminino, expresso em número de homens por 100 mulheres.

**Restrição de crescimento intra-uterino** — Quando o feto não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua idade gestacional; pode dever-se a factores maternos, fetais, placentários ou ambientais.

**UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância)** — Órgão das Nações Unidas que tem por objectivo promover a defesa dos direitos das crianças, dar resposta às suas necessidades e contribuir para o seu desenvolvimento.



# Fontes

Pordata

INE — Instituto Nacional de Estatística

Eurostat — Departamento de Estatística da União Europeia

Direcção-Geral da Política de Justiça, Ministério da Justiça

Direcção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, Ministério da Educação

Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde

Instituto de Avaliação Educativa, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

Instituto Português do Desporto e Juventude

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Ministério da Administração Interna

Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Instituto de Informática, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

Base de Dados EUROSTUDENT

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Organização Mundial de Saúde

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico





**Maria do Céu Soares Machado** é professora de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). Foi presidente do Infarmed, directora da Pediatria do Hospital Santa Maria, Alta-Comissária para a Saúde e presidente da Comissão de Saúde Criança e Adolescente. Recebeu oito bolsas de investigação, dois Prémios Bial de Medicina Clínica e o Prémio de Qualidade Amélia de Mello. Publicou 174 artigos em revistas nacionais e internacionais e oito livros. Foi agraciada como Grande Oficial da Ordem do Mérito, com a Medalha de Ouro do Ministério da Saúde, o Prémio Carreira da Sociedade de Pediatria e a Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos. Tem duas filhas e sete netos.

## **nesta colecção**

Maria Filomena Mendes  
como nascem e morrem os portugueses - [ePub/PDF](#)

Maria do Céu Machado  
como crescem os portugueses - [ePub/PDF](#)

Luísa Loura  
como aprendem os portugueses - [ePub/PDF](#)

Pedro Brinca  
como trabalham os portugueses - [ePub/PDF](#)

Conceição Calhau  
como comem os portugueses - [ePub/PDF](#)

Fernando Leal da Costa  
como adoecem os portugueses - [ePub/PDF](#)

Alda Azevedo  
como vivem os portugueses - [ePub/PDF](#)

Susana Peralta  
como gastam os portugueses - [ePub/PDF](#)

Maria João Guardado Moreira  
como envelhecem os portugueses - [ePub/PDF](#)

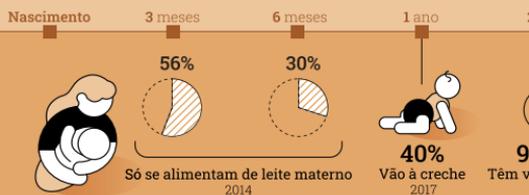
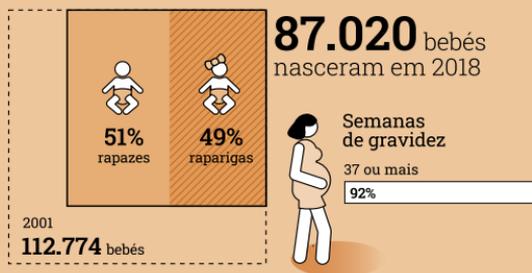
Fernando Alexandre  
como são os portugueses - [ePub/PDF](#)

# **Infografias**

## como crescem os portugueses



O percurso inicial da vida, do nascimento à juventude



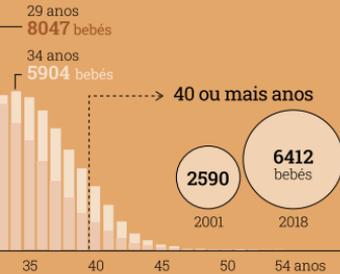
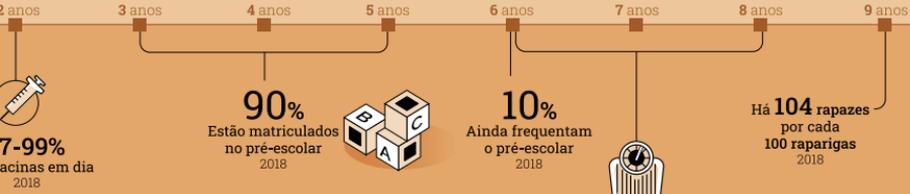
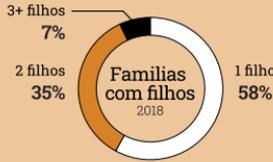
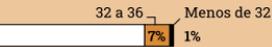
## As mães têm filhos mais tarde

Nº de bebês por idade da mãe

■ 2001 ■ 2018

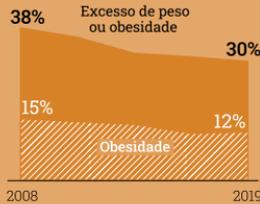


## Grande parte das crianças não têm irmãos



## 30% têm excesso de peso ou obesidade

% de crianças com 6-8 anos

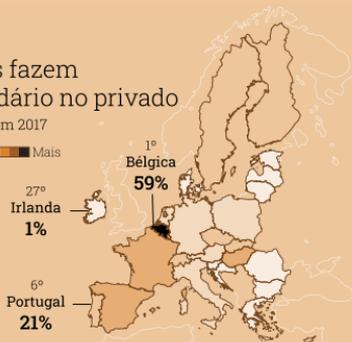




## Quantos fazem o secundário no privado

% de alunos em 2017

Menos Mais



19 anos 20 anos 21 anos 22 anos 23 anos 24 anos

**89%** completaram o secundário ou ainda estão a estudar



## Alunos que entraram para o ensino superior



## os portugueses



### Infografia de Ana Serra e Ricardo Garcia

Fontes: Pordata (a partir de dados do INE, DGEEC/Ministério da Educação), INE, OCDE, *Education at a Glance*; 2019; DGS, *Saúde Infantil e Juvenil, Portugal 2018*; DGS, *Boletim do Programa Nacional de Vacinação, Maio 2019*; DGEEC, *Perfil do Aluno 2017/2018*; OMS, *Child Obesity Surveillance Initiative, 2019*; Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, *Avaliação da Atividade das CPCJ, Relatório Anual 2018*; Aventura Social & Saúde, *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Dados Nacionais 2018*

FUNDAÇÃO  
FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS

PORDATA  
Base de Dados Portugal Contemporâneo

**Nos dez anos da Pordata e dos Ensaios da Fundação**

# **os portugueses**

**Uma coleção para conhecer o país e a sua gente.**

Portugal tem uma história de sucesso na saúde infantil, situando-se no *top 5* dos países europeus. Mas a saúde é apenas uma dimensão do bem-estar, além da família, da educação, da justiça, do apoio social. Nestas áreas, estamos também ao nível dos melhores países da União Europeia? Estes resultados mantêm-se na adolescência? O cenário é nacional, ou haverá diferenças entre as grandes regiões portuguesas? São as respostas que procuramos dar neste livro através da análise de bases de dados sólidas e credíveis, de que é exemplo a Pordata, entre outras.



9 789899 004399

ISBN 978-989-9004-39-9