

A população mundial cresce mais devagar e envelhece

As estimativas demográficas publicadas pela ONU – [“World Population Prospects”](#) – em 29 de julho último, referem que a população mundial continua a crescer, mas mais lentamente. As principais causas são, segundo o relatório da ONU, a descida da fecundidade em quase todos os países e o envelhecimento populacional. Dez anos antes, a taxa de crescimento era de 1,24 %, enquanto que atualmente desceu para 1,18 %.

A África é o continente que mais cresce. Mais de metade do aumento demográfico mundial entre 2015 e 2050 (de 7300 para 9700 milhões de habitantes, de acordo com a estimativa da ONU) virá de África: concretamente, 1300 dos 2400 milhões previstos. A juventude da população do continente, com grande número de pessoas em idade de procriar, assegura este protagonismo africano.

A Ásia ostenta o segundo lugar. À luz das projeções da ONU, este continente contribuirá com mais 900 milhões de habitantes entre 2015 e 2050.

Em contraste com estes dois continentes, o crescimento estimado na América do Norte, América Latina, Caraíbas e Oceânia será muito menor. No último lugar encontra-se a Europa, cuja população vai diminuir dos atuais 738 milhões, para 707 milhões em 2050.

O crescimento vai-se concentrar em países africanos com fecundidade elevada e outros já muito povoados. Os primeiros nove somarão metade do crescimento demográfico mundial: Índia, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo, Etiópia, Tanzânia, EUA, Indonésia e Uganda. Deles, o Uganda é o país cuja população crescerá a maior velocidade.

| Os países que mais vão crescer | | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------|----------|-------|
| | População (milhares) | | Variação | |
| | 2015 | 2050 | Milhares | % |
| 1. Índia | 1 311 051 | 1 705 333 | 394 282 | 30,1 |
| 2. Nigéria | 182 202 | 398 508 | 216 306 | 118,7 |
| 3. Paquistão | 188 925 | 309 640 | 120 715 | 63,9 |
| 4. R. D. Congo | 77 267 | 195 277 | 118 010 | 152,7 |
| 5. Etiópia | 99 391 | 188 455 | 89 064 | 89,6 |
| 6. Tanzânia | 53 470 | 137 136 | 83 666 | 156,5 |
| 7. EUA | 321 774 | 388 865 | 67 091 | 20,9 |
| 9. Indonésia | 257 564 | 322 237 | 64 673 | 25,1 |
| 9. Uganda | 39 032 | 101 873 | 62 841 | 160,9 |

Em contraste, o relatório da ONU estima que as populações de quase cinquenta países – muitos deles europeus – irão diminuir entre 2015 e 2050. Atualmente, em todos os países europeus, a fecundidade encontra-se abaixo do limiar de substituição (2,1 filhos por mulher).

Embora se preveja um pequeno aumento na Europa – de 1,6 filhos por mulher em 2010-2015, para 1,8 filhos em 2045-2050 –, será insuficiente para evitar a descida populacional.

Por outro lado, o aumento da imigração não compensará a descida

Da fecundidade. Entre 2015 e 2050, estima-se que as mortes na Europa vão superar os nascimentos em 63 milhões, enquanto que o número de imigrantes na Europa ascenderá apenas a 31 milhões: portanto, a população europeia vai perder 32 milhões de habitantes.

| Os países que mais população vão perder | | | | |
|---|----------------------|-----------|----------|-------|
| | População (milhares) | | Variação | |
| | 2015 | 2050 | Milhares | % |
| 1. China | 1 376 049 | 1 348 056 | -27 993 | -2,0 |
| 2. Japão | 126 574 | 107 411 | -19 162 | -15,1 |
| 3. Rússia | 143 457 | 128 599 | -14 858 | -10,4 |
| 4. Ucrânia | 44 828 | 35 117 | -9 707 | -21,7 |
| 5. Alemanha | 80 689 | 74 513 | -6 176 | -7,7 |
| 6. Tailândia | 67 959 | 62 452 | -5 507 | -8,1 |
| 7. Polónia | 38 612 | 33 136 | -5 475 | -14,2 |
| 8. Roménia | 19 511 | 15 207 | -4 305 | -22,1 |
| 9. Itália | 59 798 | 56 513 | -3 285 | -5,5 |
| ... | | | | |
| 15. Espanha | 46 122 | 44 840 | -1 282 | -2,8 |

Fora das fronteiras europeias, a ONU prognostica que a população chinesa se estabilizará na próxima década e começará a decrescer a partir de 2030. Consequentemente, a Índia substituirá a China no lugar de país mais povoado do mundo por volta de 2022.

O envelhecimento da população e a descida da fecundidade são já uma constante no plano mundial.

Em 2015: o número de pessoas menores de 15 anos mais que duplica o das de mais de 60. Já em 2050: preocupante paridade.

P. A.

A pílula do desejo sexual

Depois de anos de ensaios, disputas com as autoridades de saúde, muito *marketing* e ação de *lobbies*, um laboratório farmacêutico conseguiu que a agência do medicamento nos Estados Unidos (FDA) tenha dado luz verde à pílula para elevar a libido feminina.

O Addyi conseguiu por agora despertar paixões. Há quem diga que é “o maior avanço para a saúde sexual da mulher desde a pílula”, indo as opiniões até aos críticos que asseguram ser um fármaco pouco eficaz para uma doença inventada ou exagerada, e cujo processo de aprovação foi uma paródia do sistema regulatório dos fármacos.

Pois por muito que tenha sido batizado como o “Viagra cor de rosa”, na realidade tem muito pouco a ver. O Viagra é um vasodilatador para que seja possível responder ao desejo sexual pré-existente, enquanto o Addyi pretende atuar sobre o sistema nervoso central para estimular o desejo. Algo bastante mais complexo e incerto.

Mas não deixa de ser um caso revelador de como se descobre hoje em dia uma “nova doença”, neste caso, o chamado transtorno do desejo sexual Hipo ativo (TDSH). Este foi descrito como “a diminuição (ou ausência) de fantasias e desejos de atividade sexual, de forma persistente ou recorrente, e que provoca mal-estar ou dificuldades de relação pessoal”.

Existirá um padrão do que deve ser a intensidade do desejo sexual? Não será mais uma vez uma tentativa de mediatização de processos normais da vida ou dos diversos comportamentos das pessoas?

Os promotores do Addyi asseguram que 10 % das mulheres sofrem do TDSH. É curioso como se repete essa percentagem nos transtornos que afetam as mulheres. Parece que 10 % é o

nível mínimo para que o problema se converta em matéria de saúde pública e interesse à imprensa.

Outros especialistas salientam haver uma incidência baixa de casos de TDSH, e que se podem tratar com terapias de conduta.

Apesar dessa suposta prevalência, a FDA havia recusado já a aprovação do Addyi duas vezes, uma em 2010 e outra em 2013, alegando a sua escassa eficácia e os seus efeitos secundários. Desde essa altura não mudou a pílula (o seu princípio ativo é a flibanserina), mas um insistente trabalho de *marketing* e de *lobby* venceu as resistências.

O mecanismo de atuação para chegar à descoberta de um novo transtorno está bem experimentado pelos laboratórios, e aparece bem descrito no livro de Jörg Blech, “Os inventores de doenças”: primeiro deteta-se um incómodo, como pode ser o declínio do desejo sexual; a seguir, investiga-se um fármaco que alivia o problema; fazem-se os ensaios pertinentes e contrata-se uma equipa médica de apoio; efetuam-se inquéritos de saúde e avança-se com gabinetes de comunicação, organizam-se simpósios gratuitos para médicos e jornalistas; inflacionam-se as estatísticas; monta-se uma associação de doentes afetados... Gera-se assim um clima de opinião que favorece a aprovação do fármaco, e muitas pessoas que viviam na indigência descobrem alarmadas que padecem dessa doença.

No caso do Addyi, o laboratório Sprout Pharmaceuticals captou para a sua causa uma coligação de organizações feministas e de saúde reprodutiva. Estavam a ser menosprezados os direitos sexuais das mulheres! Os homens tinham o seu Viagra, enquanto que a FDA negava às mulheres a pílula que culminaria a sua libertação sexual!

Mas a saúde reprodutiva pode vir a perder com o Addyi, a julgar pelas contraindicações e os muitos efeitos secundários para os quais adverte a FDA: nos ensaios, em mais de 10 % dos casos, houve tonturas, fadiga, sonolência, secura na boca; mais preocupante é a possibilidade de provocar hipotensão ou perda de consciência. Se se beber, nem é precisa uma aproximação da pílula. Também é necessária receita médica. O que muita gente pergunta é se são compensadores tantos riscos para tomar um fármaco cuja eficácia é discutível.

À partida, ao laboratório isso compensa. Além disso, é uma pílula que deve ser tomada todos os dias, haja ou não relações sexuais. Adverte-se as utentes que se ao fim de oito semanas não notam melhoria, devem deixar de tomá-la. Mas não dizem que lhes devolverão o dinheiro.

Alguns investigadores disseram que o Addyi se baseia na noção errada de que a falta de desejo sexual espontâneo, na ausência de estímulos, é anormal. Numa sociedade extremamente sexualizada é suposto que o desejo deva também estar sempre em tensão. Com os mesmos critérios, numa sociedade tão consumista como a nossa, o desejo tímido de comprar rapidamente será diagnosticado como uma anomalia que exige tratamento.

Como noutros aspetos da sexualidade, parece que se tenta resolver com um simples comprimido um problema complexo, que tem a ver com as relações de casal. Cobre-se assim um novo passo na mediatização da sexualidade feminina. Temos uma pílula para estimular o desejo sexual; outra para evitar que o sexo conduza à gravidez; se houver falhas, recorre-se à vertente da “pílula do dia seguinte”; e, como último recurso, à letal pílula abortiva. Em cada passo, a pílula correspondente tem os seus próprios efeitos secundários, que deterioram a saúde da mulher. No entanto, esta dependência dos fármacos é vendida como libertação.

A dois dias de obter a autorização para o Addyi, o laboratório Sprout Pharmaceuticals foi comprado por outro laboratório maior, o canadiano Valeant, por 1000 milhões de dólares. Vê-se que o desejo de negócio dos laboratórios nunca é Hipo ativo.

I. A.

Cesarianas: nem tudo são vantagens

A sentença bíblica de “darás à luz com dor” parece ser um dos motivos do triunfo da cesariana, o procedimento pelo qual a grávida se submete a uma intervenção cirúrgica para tentar evitar não só as dores físicas, como eventuais complicações quando parir.

Um artigo publicado recentemente pela “[The Economist](#)” descreve as dimensões que alcançou o nascimento por cesariana em sítios como o Brasil, onde 57 % dos partos se fazem por esse método. Demasiado? Sem dúvida: a Organização Mundial de Saúde (OMS) precisa que um nível “aceitável” de cesarianas estaria em não representarem mais de 15 % dos partos, limite que é aconselhável não ultrapassar. Todavia, a média mundial situa-se em 31 %, segundo a revista “The Lancet”.

Nisto influi também a economia... dos médicos, pois a prática tem sido dar a esses profissionais uma remuneração maior por cesariana do que por parto natural. Não é de estranhar assim a popularidade dos partos programados, ao ponto de um hospital de São Paulo ter anunciado um ano antes, que a sua sala de maternidade só admitiria clientes das 10 às 16 horas, de segunda a sexta-feira.

O recurso à cesariana tornou-se bastante comum, além do Brasil, em sítios tão diferentes como o Egito e a China. No país norte-africano, as mulheres solicitam o procedimento, porque o consideram o modo mais seguro de terem o seu bebé; na China, a associação de certas datas e números que, segundo as superstições locais, garantiriam uma existência precária à

criança que vai nascer, induz as mulheres a programar o parto cirúrgico para o dia favorável. Crenças à parte, acrescenta-se a realidade de que os hospitais não propiciam alívio farmacológico às mulheres em vias de parto, pelo que estas preferem evitar as dores e pedir a cesariana.

Nos EUA, alguns obstetras concentram-se em fenómenos mais terrenos, como não coincidirem os partos com os dias feriados ou com os fins de semana. Assim, uma investigação de três anos, desenvolvida pela revista “Consumer Reports”, detetou que durante os feriados públicos nasciam muito menos crianças.

Em Espanha, por exemplo, as cesarianas constituem hoje 25 % dos partos, acima da recomendação da OMS: “Não é bom um índice maior do que 10 % ou 15%, porque se parte do princípio de que se fazemos mais cesarianas do que estas, algumas faremos desnecessariamente”, diz o doutor Ruiz Zambrana, do Departamento de Ginecologia da Clínica da Universidade de Navarra.

Acrescenta “ser verdade haver questões que levam, como na medicina privada, um médico a cobrar mais por efetuar a cesariana, ou que possa programá-la para procurar a compatibilidade com outros hospitais e assim atender a sua paciente privada para que esteja contente, ou para férias, ou porque a paciente lhe peça e ele ceda. Mas isto não deveria ocorrer nunca. Há casos excepcionais que se podem considerar, mas são isso: excepcionais. O normal é que se siga o critério médico e se individualize cada situação. Uma causa pode ser o sofrimento fetal, ou que se tente fazer um parto ou uma indução, e se fracasse. São casos em que não é possível evitar isso”.

O relatório “[Tendências no parto por cesariana por país e segmento de riqueza](#)”, da OMS, alerta que os partos cirúrgicos desnecessários podem aumentar o risco de mortalidade materna, morte neonatal ou entrada do recém-nascido nas unidades de cuidados intensivos.

O texto centra-se na face contrária do fenómeno: a dificuldade das grávidas de 42 países em desenvolvimento de África e Ásia para aceder a um parto cirúrgico em caso de necessidade, e constata que em 10 países africanos, a percentagem de cesarianas nem chega aos 2 %, sinal do défice geral do sistema de saúde pública. Um índice “normal”, para várias fontes, seria que tivessem sido 5 % de todos os partos.

No entanto, os investigadores da OMS fazem um à parte para anotar que no sudeste asiático, tal como sucede nos países onde as mães podem pagar um bom seguro privado, são as mulheres com maiores rendimentos as que se submetem a mais cesarianas do que deveriam, pelo que também se colocam em situação de correr efeitos adversos, entre eles, eventuais complicações nos futuros partos, como a denominada “placenta prévia”, que aparece quando a placenta bloqueia a saída do bebé através do colo do útero.

“O parto é infinitamente melhor”, diz o doutor Ruiz Zambrana. “O risco de morbidade-mortalidade que se calcula para uma cesariana é 10 vezes maior do que o de um parto, e há complicações particulares que não se verificam num parto natural, no qual a recuperação é muito melhor. Uma cesariana, por ser uma cirurgia, tem perigos mais frequentes de infeção, de sangramento, de trombose, e mais riscos, em face de futuras gravidezes, de que a placenta esteja inserida erradamente, ou de que a sutura possa falhar, ou problemas com a anestesia”.

Talvez algumas destas razões estejam a levar alguns países a fazerem marcha atrás no seu entusiasmo pela cesariana. O NHS (o sistema de saúde pública da Grã-Bretanha), que hoje efetua duas vezes mais partos cirúrgicos do que em 1990, está a informar as grávidas dos riscos da cesariana e da necessidade de evitá-la caso não seja estritamente necessária. Outro tanto está a fazer a China, e mesmo o Brasil, que empreendeu um programa piloto para formar o pessoal de 28 hospitais em como prestar assistência a um parto natural.

esquecida a relevância que para a ciência teve Thomas Malthus, o qual Johnson reputa como uma das influências mais destacadas no trabalho do naturalista britânico. Darwin avançou, nessa linha, com um mecanismo seletivo operando na própria Natureza que se saldava com a sobrevivência dos mais aptos ou mais fortes. Esta descoberta tornou supérfluo Deus e a Natureza autonomizou-se, mas também a dramatizou: a vida, segundo Darwin, era um combate atroz e violento que só era suportado pelos mais capazes.

As obras de Darwin, em especial “A origem das espécies”, foram um êxito, pois vinham consolidar de um modo científico as aspirações culturais e emotivas de uma época. Mas a sua deficiente antropologia levou-o a negar diferenças essenciais entre o homem e os animais. Além disso, Darwin foi abandonando pouco a pouco a fé, mesmo que por respeito pela sua mulher tenha evitado entrar em polémica neste ponto das suas propostas.

Deve diferenciar-se, como faz Johnson, as teses científicas de Darwin do darwinismo, que nem Darwin previu nem pôde no fim de contas evitar. O minucioso e metódico naturalista, preocupado no final dos seus dias com a sorte das minhocas e das orquídeas, nem sequer pôde imaginar as consequências das suas teorias no cenário político e social do século XX.

J. C.

“Darwin. Retrato de un genio”

“Darwin. Portrait of a genius”

Autor: Paul Johnson Avarigani. Madrid (2015).
160 págs.
Tradução (castelhano): Juan Menchero.

A vida de Darwin, segundo o relato que apresenta o historiador Paul Johnson, foi muito afortunada. Apaixonado e meticuloso observador da Natureza, a viagem a bordo do “Beagle” – que o próprio Darwin considerava o melhor episódio da sua vida – permitiu-lhe acumular material suficiente para ensaiar e experimentar as suas conjeturas. O mito de um pensador pouco compreendido e perseguido por teólogos e conservadores é uma lenda que ainda hoje continua a ser alimentada pelos adeptos do fundamentalismo biologicista, na opinião de Johnson. Isso porque Darwin foi um cientista obcecado, mas um cidadão abastado e fiel aos costumes da alta burguesia vitoriana.

Johnson presta atenção tanto à vida privada e familiar do autor de “A origem das espécies” como à sua faceta de cientista e investigador. E contextualiza a sua façanha. Costuma ser

