

# A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA NO MUNDO, NA AMÉRICA LATINA E NOS PAÍSES LUSÓFONOS

## 2.1 INTRODUÇÃO E TERMINOLOGIA

Este capítulo busca apresentar uma visão geral das principais tendências demográficas no mundo, na América Latina e nos países de língua portuguesa. Para esse fim é preciso usar alguns termos que mais tarde, nos Capítulos 7-10, serão explicados em maior detalhe e com maior precisão, mas para os efeitos deste capítulo basta ter uma noção intuitiva sobre o significado de cada um. Trata-se dos termos *mortalidade*, *natalidade*, *fecundidade (total)*, *mortalidade infantil* e *esperança de vida*. A mortalidade e natalidade se referem respectivamente ao número de óbitos e nascimentos que ocorrem anualmente por mil habitantes de um país ou região. A diferença entre natalidade e fecundidade reside no fato de que o primeiro quantifica o número de nascimentos que ocorrem na população como um todo enquanto o segundo quantifica o número médio de nascimentos que ocorrem nas vidas de mulheres individuais. Embora haja uma relação, os dois não são iguais pois a natalidade também depende de quantas mulheres em idade de reprodução existem na população. O principal indicador da fecundidade é a fecundidade *total*, que se refere ao número médio por mulher de todos os filhos nascidos vivos (nados vivos) ao longo da sua vida, desde o início até o fim da reprodução, independentemente da sua sobrevivência. O conceito também é conhecido por vários outros nomes, tais como *descendência final*. As diferentes formas de cálculo desse número (dependendo do tipo de informação, longitudinal ou transversal, em que se baseia) serão explicadas no Capítulo 10. A mortalidade infantil se refere ao número de óbitos de crianças menores de 1 ano, calculado não por mil habitantes mas por mil nascimentos ocorridos na população. A esperança de vida (ou, mais precisamente, a esperança

de vida ao nascer ou à nascença) indica o número médio de anos que cada indivíduo de uma população viveria a partir do seu nascimento, caso experimentasse os níveis de mortalidade atuais. O cálculo desse índice será explicado no Capítulo 9.

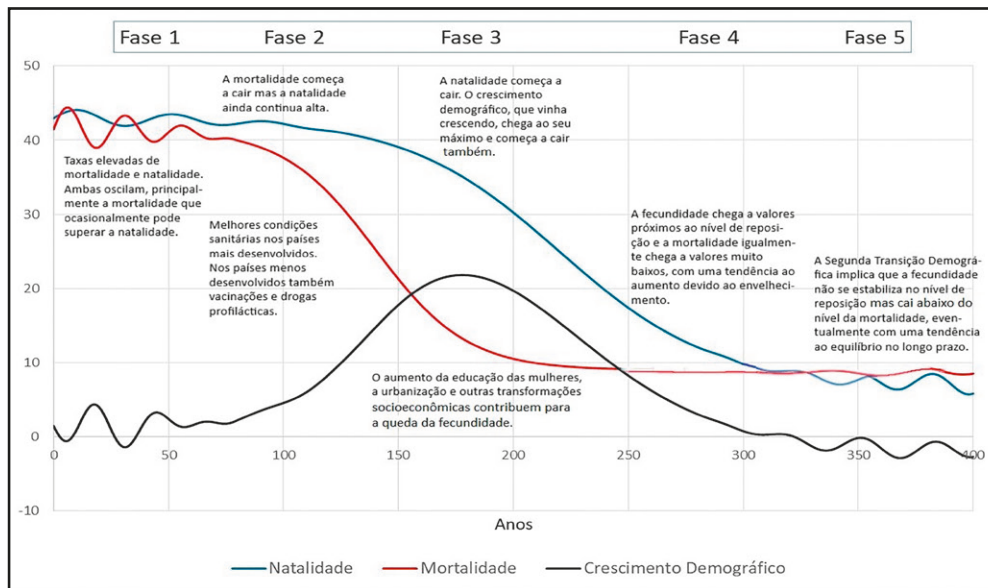
## 2.2 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

### 2.2.1 Visão esquemática

O capítulo anterior já introduziu o conceito da *transição demográfica*, como um dos poucos marcos de referência teóricos próprios existentes na demografia. Trata-se do processo histórico de transição do equilíbrio entre uma mortalidade e natalidade elevadas e instáveis nas sociedades chamadas “tradicionais” para um padrão supostamente moderno de níveis baixos e mais estáveis de ambas as componentes da dinâmica demográfica. O esquema “clássico” da transição demográfica se inspira nas transformações ocorridas na Inglaterra entre meados do século XVIII e o começo do século XX, mas outros países europeus como a França apresentaram um padrão um pouco diferente enquanto as transições demográficas na África e na América Latina seguiram rumos bastante distintos (Zavala de Cosío, 1992; Patarra, 1994). Na sua forma clássica, a noção da transição demográfica foi sugerida originalmente por Thompson (1929), Landry (1934), Davis (1945) e por Notestein (1945), cuja formulação geralmente é considerada o ponto de partida para trabalhos posteriores. A partir dos anos 60, Coale (1973) e seus colaboradores investigaram as trajetórias das transições nos países europeus de forma muito mais sistemática, num grande projeto da Universidade de Princeton. Isso levou à formulação daquilo que hoje em dia se considera a versão “clássica” da teoria que também foi retratada mais recentemente por Chesnais (1993). Entretanto, quase desde o início houve críticas e propostas de reformulação desta versão da teoria (Caldwell, 1976; Caldwell et al., 2006), tanto para incorporar certos elementos omitidos da história demográfica europeia como para adequar a teoria à situação dos países em desenvolvimento. Além disso, a evolução mais recente da dinâmica demográfica nos países mais desenvolvidos ocasionou a necessidade de acrescentar certos elementos novos à teoria que não tinham sido previstos na formulação original. Trata-se do conceito da chamada *Segunda Transição Demográfica* (STD), que será explicada mais adiante. Portanto, existem, na atualidade, diversas versões da teoria.

Começando com a teoria clássica, trata-se de um esquema que consiste de quatro fases. Nas suas versões mais modernas, acrescenta-se uma quinta e às vezes até uma sexta fase, como se verá mais adiante. A escala de tempo do Gráfico 2.1 indica apenas um tempo hipotético desde o início do processo, mas não se deve atribuir muita importância a isso pois a teoria não especifica uma escala de tempo e na prática a rapidez do processo tem variado consideravelmente entre países. Das cinco fases identificadas no gráfico, as quatro fases clássicas são as seguintes:

Gráfico 2.1: Representação esquemática das quatro fases clássicas da transição demográfica mais uma quinta fase associada à Segunda Transição Demográfica



Fonte: Elaboração própria

1. Equilíbrio “tradicional” entre a mortalidade e a fecundidade, que ambas se encontram em níveis relativamente elevados. Cabe ressaltar “relativamente”, pois o número médio típico de filhos por mulher nesta fase pode ser da ordem de 5 a 8, o que é alto para os critérios de hoje, mas longe do máximo já observado em algumas populações específicas como os Huteritas do Canadá e Noroeste dos EUA que tinham uma média de 12 filhos (Eaton e Mayer, 1953). A fecundidade pré-transicional não chega necessariamente a esse nível devido a fatores como o casamento tardio, o celibato de certos grupos da população ou a separação prolongada das famílias. A mortalidade nesta fase também é elevada. Por exemplo, Frier (2000) estima que a esperança de vida no Império Romano no período de 70-192 d.C. era aproximadamente 25 anos para mulheres e 23 anos para homens. Isso não significa que todo o mundo morria antes dos 30 anos. Talvez uns 10% da população sobrevivia até os 65 anos, mas cerca da metade morria antes dos 10.

O equilíbrio entre nascimentos e óbitos é só de longo prazo, já que a curto prazo podem ocorrer oscilações significativas, principalmente da mortalidade, devido a episódios de fome e doenças tais como a Peste Negra da Idade Média (1346-1353) ou, em menor medida, a recente epidemia da COVID-19. O crescimento da população também oscila, mas no longo prazo é nulo ou ligeiramente positivo. Trata-se de uma aproximação um pouco grosseira pois sabe-se que mesmo na história mais distante houve tendências distintas de longo prazo, como a expansão da população na Revolução Neolítica, há 5.000-10.000 anos, e o encolhimento da população europeia no fim do Império Romano<sup>1</sup>. No caso do continente

<sup>1</sup> Caldwell et al. (2006: Cap. 6) chegam a sugerir, inclusive, que podem ter ocorrido várias transições demográficas ao longo da história humana, inclusive uma mudança estrutural da fecundidade e mortalidade durante a Revolução Neolítica (Handwerker, 1983). McEvedy e Jones (1978) estimam que a população da Europa que em algum momento chegou a ser parte do Império Romano pode ter diminuído de 25,55 milhões em 200 d.C. a 15,4 milhões em 600 d.C.

africano, a primeira fase da transição demográfica inclui a colonização europeia que pode ter causado um aumento, tanto da mortalidade como da fecundidade (Cordell, Gregory e Piché, 1987). Mesmo assim, considera-se que a Europa antes de 1750 e os países em desenvolvimento antes de 1900 se conformam razoavelmente a este modelo. Hoje em dia já não há nenhum país no mundo que ainda se encontra nesta fase.

2. Fase do declínio da mortalidade: Uma das características essenciais e quase universalmente verificadas da teoria é que a mortalidade diminui significativamente antes que ocorra uma diminuição da fecundidade. Existe um marco teórico secundário chamado *teoria da transição epidemiológica*, originalmente proposta por Omran (1971), que trata especificamente da queda da mortalidade, suas causas e o seu perfil em termos de doenças. A seção 2.2 discute esse conceito em maior detalhe.

Um dos méritos principais da teoria da transição demográfica é que ela fornece uma explicação consistente para a aceleração do crescimento da população humana ocorrida nos últimos 250 anos (embora não necessariamente para o comportamento de cada componente deste crescimento). Esta explicação está associada justamente à segunda fase da transição. Como nesta fase a natalidade ainda continua elevada, enquanto a mortalidade cai, o resultado é um rápido crescimento demográfico, da ordem de 1% ao ano no caso das transições históricas dos países europeus, mas podendo chegar a 3% no caso de alguns países em desenvolvimento.

Os países que em meados da década de 2010 ainda se encontravam na segunda fase da transição demográfica incluem vários países da África Ocidental como Níger, Mali, Senegal e Gâmbia, mas também Uganda, Somália, Timor-Leste e todos os países de língua portuguesa na África, exceto Cabo Verde e São Tomé & Príncipe (Francisco, 2011 b). O Censo moçambicano de 2017 causou certo espanto quando os resultados preliminares sugeriram uma taxa anual média de crescimento de 3,5% em relação ao Censo anterior, de 2007, a qual seria a taxa mais alta da história do país (Francisco, 2018). Nos resultados definitivos esta taxa foi reduzida para 3,07%<sup>2</sup>. A Divisão de População das Nações Unidas (Revisão de 2019) estimou uma taxa de 2,8% para o mesmo período. Seja qual for o dado correto, taxas desta magnitude indicam que Moçambique ainda se encontra em plena segunda fase da sua transição. Entretanto, a grande maioria dos países, representando mais de 90% da população mundial, já passou desta fase.

3. Fase do declínio da fecundidade: Como foi assinalado no ponto anterior, a teoria estipula que a fecundidade cai depois da mortalidade, embora os historiadores tenham apontado várias exceções a esta regra. A ideia é que demora certo tempo para que as pessoas se deem conta da diminuição da mortalidade e decidam que já não é necessário ter tantos filhos como antes para garantir um determinado número de sobreviventes. O tempo entre a queda inicial da mortalidade e a queda posterior da fecundidade varia e esta é uma das características da teoria de transição demográfica que evoca mais interesse já que este tempo determina o volume total de crescimento da população que ocorre antes que se estabeleça

---

<sup>2</sup> A mudança se deve à revisão da estimativa preliminar do tamanho da população, de 28.861.863 para 27.909.798, nos resultados definitivos.

um novo equilíbrio. A ilustração mais conhecida deste princípio são as evoluções históricas distintas das populações da Inglaterra e da França (ver Capítulo 15).

Os mecanismos subjacentes à queda da fecundidade que caracteriza esta terceira fase da transição são diferentes daqueles que determinam a queda da mortalidade. A queda da mortalidade é um fenômeno desejado por (quase) todos: só é uma questão de encontrar os meios mais eficazes para consegui-lo. Historicamente deveu-se, em grande medida, às melhorias nas condições de vida e a tecnologia de saúde pública. O questionamento principal que existe a respeito tem a ver com o peso relativo das condições de vida gerais, das políticas de saúde pública, de fatores comportamentais e das intervenções curativas específicas (ver na próxima seção). A diminuição da fecundidade, por outro lado, requer decisões por parte dos indivíduos baseadas na mudança de percepções sobre o ambiente em que eles vivem. Portanto, ela é afetada mais fortemente pela cultura e pelas instituições sociais.

Os pioneiros da transição da fecundidade foram os países desenvolvidos, em particular, os europeus. Entre as mulheres nascidas na França entre 1830 e 1840, a número médio de filhos ao final do período reprodutivo foi 3,5, enquanto em países como Suécia e Bélgica, a média era em torno de 4,5 filhos por mulher (Frejka, 2017). Estas taxas já eram relativamente baixas para a época, devido a um padrão europeu mais tardio de casamento e uma relativa alta proporção de celibatários (Hajnal, 1965). Os países do sul da Europa apresentaram um início da transição mais tardio e lento. As mulheres nascidas entre 1900 e 1905, em Portugal e na Grécia, por exemplo, apresentavam uma descendência final de aproximadamente 3,5 filhos em média por mulher. Em comparação, a média nestes mesmos anos de foi de 2 filhos na Suécia e na Alemanha (Frejka, 2017).

Países desenvolvidos e em desenvolvimento apresentaram diferentes momentos e ritmos de declínio da fecundidade. Os primeiros começaram mais cedo e tiveram declínio mais lento, quando comparados aos últimos. O declínio da fecundidade nos países desenvolvidos foi mais lento porque ele foi, em parte, consequência de transformações endógenas, como a criação e difusão de métodos contraceptivos<sup>3</sup> modernos. Os países em desenvolvimento, por outro lado, frequentemente importaram novas tecnologias e inovações que contribuíram, de maneira exógena, para o declínio da fecundidade em seu contexto (sobre a teorias do declínio da fecundidade, ver Capítulo 10).

Patarra (1994) aponta que os anos 1950 podem ser usados de forma simplificada como marco do início da transição demográfica nos países da América Latina. Porém, ainda de acordo com a mesma autora, essa simplificação pode esconder algumas especificidades, tais como as migrações estrangeiras para a Argentina e o Uruguai que anteciparam o início da transição nesses países; a influência da imigração italiana que, de forma similar, fez com que o processo tivesse início em algumas regiões brasileiras; ou ainda a queda da mortalidade que teve início antes dos anos 50 em áreas específicas do continente. Os países latino-americanos com fortes imigrações exemplificam a ideia descrita por Fargues (2011), acerca do impacto potencial da migração nos países de destino que pode levar a uma aceleração da transição pela importação de padrões de comportamento característicos dos

---

<sup>3</sup> Devido à diferença de pronúncia em Portugal e no Brasil, o acordo ortográfico determina que a palavra seja escrita com “p” no Brasil e sem “p” em Portugal.

países de origem, onde a transição já está mais adiantada. Outros casos que mostram um comportamento um pouco diferente são os de Chile e Cuba, onde o declínio da fecundidade começou na primeira metade da década de 60, mais tarde do que Argentina e Uruguai, mas antes do resto da região (Chackiel e Schkolnik, 1992).

No caso europeu, a transição da fecundidade, em geral, ocorreu em duas etapas. Na primeira, houve uma diminuição e um adiamento de uniões. Na segunda etapa, houve uma diminuição do número de filhos nascidos dentro de cada união. O mesmo não aconteceu em outras partes do mundo. Como mostra Zavala de Cosío (1992), na América Latina não houve diminuição ou adiamento de uniões. Pelo contrário, em muitos países o número de uniões até aumentou e a idade da primeira união baixou. Consequentemente, toda a diminuição da fecundidade veio por conta da diminuição do número de filhos nascidos dentro de cada união.

Tanto a segunda como a terceira fase da transição demográfica estão associadas a importantes transformações da estrutura etária. Na segunda fase o aumento do crescimento demográfico causa uma disparidade muito grande entre o número de crianças e jovens e o número de pessoas de maior idade, que acabam constituindo uma proporção da população ainda menor do que na fase anterior, de alta mortalidade. Na terceira fase a estrutura etária se torna mais equilibrada, na medida em que diminui a proporção de crianças e jovens e aumenta a proporção de pessoas de maiores idades. Essas mudanças serão discutidas em mais detalhe na seção 2.5 deste capítulo.

Por volta de 2020, um pouco menos da metade das pessoas no mundo vivia em países que se encontravam nesta fase, ou seja, onde a mortalidade já havia atingido níveis relativamente baixos, mas onde a queda da fecundidade ainda estava em curso. Dos PALOP, Cabo Verde e São Tomé & Príncipe até então eram os únicos que já se encontravam nesta fase, com uma fecundidade moderadamente baixa ou em franco declínio.

4. Fase do novo equilíbrio, com mortalidade e fecundidade baixas: Tradicionalmente, esta era a fase que se projetava como o fim da transição demográfica, com um equilíbrio relativamente estável entre taxas de mortalidade e natalidade baixas e aproximadamente iguais. Isso causaria outra vez um crescimento nulo ou muito pequeno da população. Vários países desenvolvidos atingiram este equilíbrio aproximado na segunda metade do século XX. Mas logo ficou evidente que não havia nenhuma razão intrínseca por que a fecundidade deveria parar de cair quando se equilibrasse com a mortalidade. Efetivamente se observou que em vários países europeus, assim como no Japão e na Coreia do Sul, o número médio de filhos por casal caiu significativamente abaixo do número mínimo necessário para repor as gerações. O mesmo também aconteceu na China, embora por razões um pouco diferentes, já que na China foi o próprio governo que obrigou os casais a ter menos filhos. Na América Latina, o principal exemplo de um país onde a fecundidade caiu muito abaixo do nível de reposição (o nível em que cada geração tem um tamanho igual à geração anterior) já faz algum tempo é Cuba.

No que diz respeito à mortalidade, esta fase da transição geralmente se caracteriza por uma maior estabilidade do que a fecundidade. Mesmo assim, podem acontecer oscilações importantes, inclusive nos países mais avançados. Uma das mais dramáticas foi a queda da esperança de vida masculina que ocorreu na Rússia por volta de 1990, de 64,83 anos em



1987 para 57,38 anos em 1994. Uma queda que também causou muita preocupação, apesar de ser muito menor, foi a diminuição da esperança de vida para ambos os sexos nos EUA, de 78,9 anos em 2014 para 78,7 anos em 2015 e 78,6 em 2016 e 2017,<sup>4</sup> em grande medida devido ao aumento do número de mortes por uso de drogas. Mais especificamente, a mortalidade materna nos EUA tem aumentado de forma acentuada, mais do que dobrando entre 1987 e 2016.

Por causa das divergências notadas no ponto 4, se introduziu uma quinta fase na transição demográfica, associada à chamada “segunda” transição demográfica (Van de Kaa, 1987; Lesthaeghe, 1995, 2010), terminologia com a qual alguns estudiosos do assunto (Coleman, 2004; Dyson, 2010) não concordam, por considerarem que se trata em realidade de uma continuidade de algumas tendências já perceptíveis na primeira transição. Essas tendências têm a ver com o adiamento da reprodução, na medida em que muitas mulheres entram na força de trabalho e querem consolidar as suas carreiras antes de ter filhos, a percepção crescente de que a reprodução é opcional e não obrigatória, um aumento no percentual de casais que optam por não ter filhos e um aumento das formas não convencionais de coabitação, com ou sem filhos, além do casamento tradicional. Para mais detalhes, ver a seção 10.13 do Capítulo 10.

Em meados da década de 2010 já havia um número significativo de países onde a população estava diminuindo, incluindo Japão, Rússia, Belarus, Ucrânia, os países bálticos, Polônia, Romênia, Bulgária, Portugal, Croácia, Bósnia-Herzegovina, Sérvia, Grécia, Alemanha e Cuba. Além da mortalidade e da fecundidade nestes países, evidentemente esta tendência é influenciada também pela migração internacional. As projeções demográficas do IBGE sugerem que a população do Brasil começará a diminuir por volta de 2040. Alguns países inclusive estão considerando medidas de intervenção na fecundidade ou na migração internacional para reverter esta tendência. Para mais detalhes, ver a seção 3.3 do Capítulo 3.

Não só a expectativa tradicional de que a taxa de natalidade se equilibrasse com a taxa de mortalidade não tinha nenhuma base científica, como também se verificou que uma fase pós-transitória estaria sujeita às mesmas oscilações que caracterizaram a fase pré-transitória, embora não pelas mesmas razões. Como se notou acima, a mortalidade na fase 1 variava em função de episódios de fome e doenças. Supostamente ela se manteria no mesmo patamar depois da fase 2. Mas isso não aconteceu. Em vários países mais desenvolvidos houve melhorias inesperadas na mortalidade das pessoas de mais de 60 anos nas fases 3), 4) e 5) da transição. Um homem inglês de 60 anos em 1900 na média ainda vivia 13 anos mais. Em 2000, este tempo tinha aumentado para 21 anos. Outros países mais desenvolvidos registraram aumentos parecidos. As razões para tais aumentos ainda não são completamente compreendidas, embora se suponha que elas se relacionem com melhorias acumulativas no estado de saúde das pessoas ao longo das suas vidas, como melhoras no controle da pressão sanguínea, dieta etc. Por outro lado, a fecundidade também flutua em função de conjunturas históricas de curto prazo, tais como o aumento significativo das taxas que ocorreu nos EUA e na Europa depois da Segunda Guerra Mundial conhecido como “baby boom”. Até mesmo a relação entre o número de nascimentos de meninos e meninas hoje em dia varia em

---

<sup>4</sup> Em 2018, 2019 e 2020, depois de quatro anos de queda, voltou para 78,8, 78,9 e 78,9 anos, respectivamente.

função da forte preferência por filhos homem em alguns países e o desenvolvimento de tecnologia que permite detectar o sexo da criança no início da gravidez e fazer abortos seletivos (ver Capítulo 6). Em resumo, atualmente existe certo consenso de que as fases 4) e 5) da transição demográfica se caracterizam nem necessariamente por um crescimento populacional próximo a zero, nem por uma estabilidade de tal crescimento no tempo.

### 2.2.2 Críticas

A noção da Segunda Transição Demográfica (STD) não constitui necessariamente uma crítica à teoria clássica, mas a complementa em aspectos que ainda não estavam previsíveis na época em que a teoria clássica foi formulada. Entretanto, também existem críticas mais fundamentais à teoria original. A primeira se refere ao fato de que o esquema mostrado no Gráfico 2.1 é uma idealização de um processo que em realidade aconteceu com variações significativas entre países (Cleland, 1994). No caso da Inglaterra, por exemplo, pesquisas de demografia histórica por parte do chamado Grupo de Cambridge (Wrigley e Schofield, 1981) demonstraram que na primeira metade da segunda fase da transição demográfica inglesa (1750-1800 ou 1810) houve também um aumento significativo da natalidade que reforçou o crescimento da população causado pelo declínio da mortalidade. O mesmo não aconteceu na França ou na Suécia, mas sim no Japão onde as taxas de natalidade aumentaram de aproximadamente 25 por mil em 1875 para 35 por mil em 1925, antes de começar o seu declínio definitivo depois da Segunda Guerra Mundial. Uma minoria de autores considera, inclusive, que estas divergências entre a realidade histórica e sua representação esquemática na teoria são suficientemente graves para desqualificar a teoria como tal (Abernethy, 1995; Nielsen, 2015).

Entretanto, mais importante do que isso é que continua havendo certa controvérsia sobre a questão se a teoria da transição demográfica efetivamente pode ser considerada uma teoria ou se se trata da generalização empírica de um processo que, apesar das suas especificidades em diferentes países, tem certos traços comuns. Uma teoria propriamente dita deveria não apenas descrever as tendências observadas, mas também explicá-las. Embora haja um bom número de trabalhos que tentam fazer isso, a teoria consegue explicar melhor como a dinâmica da fecundidade e mortalidade determinou a fase de crescimento demográfico elevado verificada em praticamente todos os países do que as razões por detrás da tendência de cada componente. Outro critério que poderia ser aplicado é se a teoria permite fazer previsões, o que na prática tem se mostrado difícil. Por exemplo, com base na tipologia de tendências de crescimento por ele desenvolvida, Notestein (1945) projetou uma população mundial de 3,3 bilhões para o fim do século, mas ele subestimou o crescimento demográfico dos países em desenvolvimento que estava por vir nas próximas décadas. Efetivamente, a população mundial em 2000 foi quase o dobro: 6,13 bilhões.

Em relação à segunda fase, da queda da mortalidade, que na Inglaterra ocorreu entre 1750 ou 1760 e 1870, a teoria não resolve definitivamente as incertezas que continuam a existir acerca das causas do declínio inicial da mortalidade e especificamente o papel de inovações médico-sanitárias versus os processos mais gerais de desenvolvimento econômico e aumento da renda. Na década de 70 do século passado predominava a posição de que a transição histórica da mortalidade nos países hoje desenvolvidos teria sido o resultado do desenvolvimento econômico (McKeown, 1976), enquanto o mesmo processo nos países atualmente em desenvolvimento teria causas mais



diretamente ligadas a intervenções médico-sanitárias. Mas investigações posteriores mostraram que esta distinção é menos nítida do que se supunha na época. Este assunto será abordado mais detalhadamente na próxima seção e no Capítulo 15.

Outra crítica à teoria clássica é a ausência de uma consideração sistemática da migração. Mais adiante nesta seção e na seção 2.4 se farão algumas considerações a este respeito. Entretanto, o aspectos mais controversos da teoria da transição demográfica têm a ver com a fase 3, particularmente a explicação das causas exatas que levam ao início da queda da fecundidade. Mais especificamente: 1. Até que ponto se pode dizer que o desenvolvimento econômico é uma condição prévia necessária para que os países entrem na terceira fase da transição ? 2. Se for assim, quais são as dimensões principais do desenvolvimento que determinam a queda da fecundidade ? e 3. Até que ponto é possível, na atualidade, acelerar o processo por meio de políticas públicas que visam uma redução da fecundidade ? Para explicar o processo histórico, os demógrafos norte-americanos de uma forma geral (especialmente Becker, 2009 e Schultz, 1974) têm dado mais ênfase a explicações econômicas enquanto autores europeus como Lesthaeghe (1983) dão mais importância a fatores culturais como a religião. Uma posição intermediária é aquela defendida por Caldwell (1976), segundo a qual todas as decisões sobre a reprodução são racionais, mas os objetivos a serem alcançados com tais decisões podem variar de uma sociedade a outra. Um terceiro ponto de vista (Cleland e Wilson, 1987) enfatiza que o processo de queda da fecundidade, uma vez que se estabelece em algum setor da sociedade, pode espalhar-se a outros grupos da população como uma prática inovadora, mesmo quando as condições socioeconômicas objetivas destes outros grupos podem ser muito distintas do setor onde o processo começou. Nenhuma destas interpretações está definitivamente provada e o tema continua sujeito a debate, inclusive no que diz respeito à queda atual da fecundidade nos países em desenvolvimento (ver, por exemplo, Alter, 1992 e a seção 10.13 do Capítulo 10).

### **2.2.3 Situação atual em termos das fases da transição**

É difícil atribuir limites exatos das taxas de mortalidade e natalidade para caracterizar as diferentes fases. Por exemplo, às vezes se considera que a primeira fase da teoria corresponde a taxas de mortalidade e natalidade superiores a 40 por mil óbitos ou nascimentos anuais por mil habitantes. Entretanto, na Suécia, mesmo antes de 1750, estas taxas raramente superaram a marca dos 35 por mil, enquanto em Portugal durante o século XIX oscilavam em volta de 33 (Livi-Bacci, 1971). Para ter uma ideia aproximada de onde se encontra a população mundial atual, usaram-se aqui os limites de 35 e 15 por mil, para caracterizar a primeira e a quarta fase da transição demográfica. A quinta fase é caracterizada – um pouco arbitrariamente – por países onde o número médio de filhos e filhas que as mulheres têm ao longo da sua vida é menor de 1,75. Tomando estes limites como critérios, a distribuição atual (2015-19) da população mundial segundo a fase da transição demográfica onde se encontravam os seus países em 2015 seria a seguinte:

1ª Fase: Não há mais;

2ª Fase: 8,4 % incluindo Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e Timor-Leste;

3ª Fase: 49,3 % incluindo Cabo Verde, São Tomé & Príncipe e a maioria dos países latino-americanos;

4ª Fase: 8,8 % incluindo Costa Rica, Colômbia e Uruguai;

5ª Fase: 33,5 %, incluindo Portugal, Macau, Cuba, Porto Rico, Trindade e Tobago e recentemente Brasil e Chile<sup>5</sup>.

A baixa porcentagem da quarta fase é surpreendente. Além disso, alguns dos países que em 2015 se encontravam nesta fase, tais como a França e a Suécia, já estiveram na quinta fase, mas recentemente voltaram a ter uma fecundidade um pouco mais alta<sup>6</sup>. Para alguns estudiosos do tema, esta poderia ser uma tendência mais geral em que no longo prazo os países de fecundidade muito baixa tendem a recuperar-se parcialmente, voltando para um padrão reprodutivo mais próximo ao necessário para repor as gerações. Porém, por enquanto esta ideia de uma sexta fase da transição demográfica não é mais do que uma hipótese especulativa.

Um dos pontos mais frequentemente destacados da transição nos países em desenvolvimento é que, de um modo geral, ela tem ocorrido dentro de um período muito mais curto do que historicamente foi o caso na Europa. Chesnais (1993) aponta que enquanto em países como França e Suécia a transição durou 185 e 150 anos, respectivamente, no México ela durou apenas 80 anos. Para Patarra (1994), a diferença mais expressiva não está no intervalo de tempo que a transição demorou para ocorrer, mas sim à redução de uma média de seis filhos por mulher para aproximadamente três filhos por mulher em apenas 30 anos nos países da América Latina e Caribe.

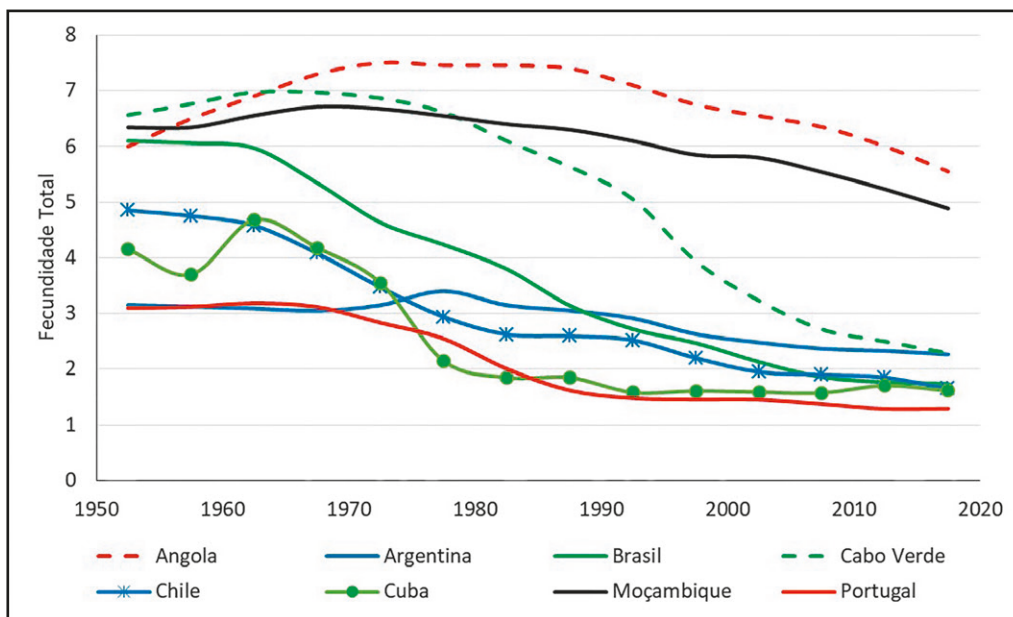
O Gráfico 2.2 mostra o processo de queda do número médio de filhos em oito países da América Latina. Com a exceção da Argentina e de Uruguai, que já tinham níveis baixos desde a década de 30, todos os países retratados começaram a sua trajetória de declínio a partir de níveis inicialmente bastante distintos nos anos 60 e alcançaram médias abaixo de 3 filhos por volta de 2000. Consequentemente, a situação atual é muito mais homogênea do que era nos anos 50 e 60. Apesar da semelhança dos resultados finais, vale notar algumas diferenças no caminho que levou a eles. Como já se notou, o número médio de filhos na Argentina e no Uruguai já era baixo (por volta de 3) em 1950, mas desde então tem resistido mais do que em outros países, tanto que em 2015 Brasil e Chile tiveram médias mais baixas. Na Argentina inclusive houve certo aumento da fecundidade nos anos 70. Um aumento ainda mais pronunciado aconteceu na Jamaica nos anos 60, antes do início da queda que viria depois. Os demais países (Brasil, Equador, México, República Dominicana) mostram perfis mais regulares de declínio, embora seja notável o atraso inicial do México em comparação com os outros quatro países. Chile mostra um perfil semelhante com estes países, mas num nível sempre mais baixo.

---

<sup>5</sup> Armas (2008) analisa a STD para o caso de Cuba e Cabella (2009) para o caso de Uruguai. Apesar de encaixar-se nos parâmetros demográficos formais acima definidos, Berquó et al. (2012) expressam reservas quanto à ideia de que o Brasil já esteja experimentando os outros fenômenos que caracterizam uma STD.

<sup>6</sup> Nos meios de comunicação é frequente encontrar referências ao papel da imigração na elevação da fecundidade europeia, mas em realidade esta contribuição é relativamente pequena. Os países mais afetados são Luxemburgo, Bélgica e França, onde o aumento da fecundidade devido à imigração é da ordem de 10%. Mas na Holanda e Dinamarca não há influência e na Suécia, Noruega e Finlândia ela é desprezível. Em Portugal o efeito é da ordem de 3-4% (Volant, Pison e Héran, 2019).

Gráfico 2.2: Tendências da fecundidade total para países selecionados, 1950-2020



Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2019.

O outro aspecto dos números acima que chama a atenção é a polarização da situação demográfica no mundo atual. Enquanto um terço da população mundial está na quinta fase da transição, na qual alguns dos seus governos começam a preocupar-se com a insuficiência do crescimento demográfico, quase 60% ainda estão em plena transição e em quase 10% a diminuição da fecundidade ainda é muito incipiente. Classificando os dados de outra forma, pode-se dizer que um pouco mais de dois terços da população mundial hoje em dia já vivem em países onde o número de nascimentos é insuficiente para repor as gerações. A Índia, com seu enorme peso populacional, passou para esta categoria em 2018 (Alves, 2019 b). Mas por outro lado, ainda existem partes significativas do mundo onde cada geração sucessiva é pelo menos 20% maior do que a anterior. Estes países, onde a fecundidade ainda é alta, abrangem as seguintes regiões:

- Todos os países da África, exceto África do Sul, Marrocos, Tunísia, Líbia, Cabo Verde, Ilhas Maurícias, Reunião, Saara Ocidental e Seicheles;
- A maioria dos países do Oriente Médio, exceto Bahrain, Emirados Árabes Unidos, Irã, Kuwait e Líbano;
- Afeganistão, Filipinas, Quirguistão, Laos, Mongólia, Paquistão e Tadjiquistão na Ásia;
- Estados Federados da Micronésia, Ilhas Salomão, Kiribati, Papua Nova Guiné, Samoa, Vanuatu, Timor-Leste e Tonga no Pacífico;
- Bolívia, Guatemala e Haiti na América Latina e o Caribe.

Dito de outra forma, a Divisão de População das Nações Unidas, na sua projeção média feita em 2019, projeta um crescimento de 3,08 bilhões de habitantes para o mundo no seu conjunto, entre 2020 e 2100. Mas existem 90 países onde o número de habitantes provavelmente será menor em 2100 do que era em 2020, inclusive Portugal e Brasil. Nos demais 145 países, 84,5% do ganho de população esperado estará concentrado em apenas 30 países, todos na África exceto Afeganistão, Índia, Paquistão, Iraque, EUA, Filipinas e Indonésia. Com exceção dos EUA, onde o crescimento se deverá mais à imigração, nos demais países a maior contribuição será mesmo pela fecundidade.

Caldwell (1993) destaca o papel determinante da educação das mães para redução da mortalidade infantil e conclui que é possível que as taxas de mortalidade dos países em desenvolvimento (ele usa o termo “Terceiro Mundo”) se aproximem daquelas observadas nos países desenvolvidos (ou “industrializados”) em apenas 20 anos se as crianças tiverem acesso ao menos ao ensino primário. Afirma-se que o aumento da educação da sociedade como um todo, e não apenas a ampliação do acesso ao ensino superior, seria capaz de reduzir a mortalidade até mesmo dos não instruídos.

O lançamento do termo “Segunda Transição Demográfica” tem levado à formulação de outros conceitos deste tipo. Por exemplo, Coleman (2006), apesar de ser cético em relação à STD (Coleman, 2004), chama a conjugação de baixíssima fecundidade com alta imigração internacional *Terceira Transição Demográfica* (TTD). Em alguns países europeus (particularmente Alemanha, França, Reino Unido, Suécia e Suíça), que já possuem taxas de fecundidade baixíssimas há pelo menos três décadas, o envelhecimento e a redução da população nas idades economicamente ativas têm se combinado com uma imigração significativa, provocando uma mudança na composição étnica e cultural destas sociedades:

Este artigo propõe que uma terceira transição está em curso na Europa e nos Estados Unidos. A composição étnica e cultural de algumas populações nacionais está sendo alterada radical e permanentemente por níveis elevados de imigração de pessoas de origens geográficas remotas ou com raízes étnicas e raciais distintas, em combinação com uma fecundidade persistentemente abaixo do nível de reposição e níveis acelerados de emigração da população nativa. As estimativas e projeções nas quais estas afirmações se baseiam se referem a sete países europeus com uma população total em 2005 de 183 milhões – mais ou menos a metade da população de Europa Ocidental. Entretanto, a maioria dos outros países da Europa Ocidental compartilham os mesmos traços essenciais de fecundidade baixa e imigração elevada (Coleman, 2006: 401).

Portanto, a discussão sobre a TTD está colocada neste momento de globalização da economia e difusão do consumo. No caso do Brasil, com o seu alto grau de heterogeneidade estrutural, as três transições podem ser encontradas simultaneamente em espaços territoriais próximos. Em termos migratórios, o Brasil pode ser caracterizado como um país miscigenado e que recebeu muitos migrantes ao longo da sua história. Contudo, nas últimas décadas tem mandado mais brasileiros para fora do que o número de imigrantes que recebeu. A seção 2.4 contém mais informações sobre as particularidades dos países de língua portuguesa, inclusive no que diz respeito às tendências migratórias.

## 2.3 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A Transição Epidemiológica se refere às modificações, no longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população. Pode ser entendido como um processo paralelo e inter-relacionado com a transição demográfica e, assim como no caso desta, é discutível se pode considerá-la propriamente como uma teoria ou como um resumo de um processo histórico

que ocorreu de forma semelhante em lugares distintos. O antropólogo John Caldwell (1993) preferia o nome Transição da Saúde (“health transition”, em inglês) e durante vários anos publicava uma revista chamada *Health Transition Review*.

O processo de transição epidemiológica engloba três mudanças básicas: a substituição das doenças transmissíveis<sup>7</sup> por doenças não transmissíveis e causas externas (violências, acidentes de transporte etc.); o adiamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos mais idosos e; a mudança do predomínio da mortalidade para o predomínio da morbidade. O declínio inicial da mortalidade se concentra seletivamente nas causas de morte de tipo infeccioso e tende a beneficiar os grupos de idade mais jovens, nos quais as infecções são mais frequentes e graves. Com o aumento da sobrevivência e da proporção de idosos na população – processo associado à transição da estrutura etária – a participação relativa dos grupos etários mais jovens vai perdendo espaço para os grupos mais adultos e idosos e aumenta a contribuição das doenças crônicas e causas externas no espectro de causas de mortalidade das populações.

Omran (1971), o autor que formulou o conceito na sua forma clássica, distinguiu três fases da transição epidemiológica:

1. *Fase das pragas e da fome*: nesta fase, que corresponde à primeira fase da transição demográfica, a mortalidade é elevada e flutuante, o crescimento demográfico também flutua mas no longo prazo é lento ou nulo. Predominam as doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva e a esperança de vida ao nascer varia entre 20 e 40 anos.
2. *Fase da diminuição das pandemias*: nesta fase, que corresponde à segunda fase da transição demográfica, a mortalidade diminui progressivamente na medida em que os surtos de epidemias ficam menos frequentes. A esperança de vida ao nascer aumenta para 30-50 anos.
3. *Fase das doenças degenerativas e induzidas pela atuação humana*: a mortalidade continua declinando e, eventualmente, se aproxima da estabilidade num nível relativamente baixo, no qual predominam as causas de morte degenerativas, externas e comportamentais. A esperança de vida ao nascer aumenta gradualmente até superar os 50 anos. É durante esta fase que a fecundidade se torna o componente principal do crescimento demográfico.

Da mesma forma como acontece com a teoria da transição demográfica, a formulação “clássica” do conceito da transição epidemiológica foi, até certo ponto, um produto do seu tempo e posteriormente sofreu várias críticas e modificações, principalmente no que diz respeito às fases mais adiantadas do processo. As três fases identificadas por Omran em 1971, por exemplo, posteriormente foram complementadas por outros autores como Olshansky e Ault (1986) que, com base numa análise das tendências nos padrões da morbidade e da mortalidade nos EUA, sugeriram o início de uma quarta fase:

---

<sup>7</sup> Na literatura mais recente, os termos “doenças infecciosas e parasitárias” e “doenças crônico-degenerativas” foram sendo substituídos por “doenças transmissíveis” e “doenças não transmissíveis”, respectivamente. Assim, ao longo deste livro, os termos são utilizados como sinônimos.

4. *Fase do Retardamento das Doenças Degenerativas*: caracterizada por um declínio da mortalidade nas idades mais avançadas, em decorrência de um retardamento nas mortes causadas pelas doenças crônicas e degenerativas. Nesta fase, a esperança de vida ao nascer superaria o limite dos 80 anos. O rápido aumento na proporção de pessoas idosas apresentaria novos desafios para os sistemas de seguridade social e de atenção à saúde. A extensão da vida tenderia a provocar o aumento da invalidez e da dependência crescente de serviços sociais e de saúde para grandes parcelas da população, como sequelas de acidentes vasculares cerebrais e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer.

Considerando não apenas as discussões teóricas que surgiram nos anos 1980, mas também as alterações nos padrões de saúde e doença, Omran propõe, em 1998, uma atualização da sua proposta original, numa nova versão da transição epidemiológica que distingue seis fases, acrescentando as duas que seguem:

5. *Fase do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares*, envelhecimento populacional, modificações no estilo de vida, doenças emergentes e ressurgimento de algumas doenças infectocontagiosas; e
6. Fase de longevidade paradoxal, emergência de doenças enigmáticas e capacitação tecnológica para a sobrevivência dos menos aptos.

No seu artigo original, Omran (1971) distinguiu três trajetórias distintas da transição epidemiológica:

1. A trajetória “clássica” de países como EUA, Reino Unido e Suécia, na qual as doenças infecciosas são substituídas pelas crônico-degenerativas como principais causas de morte já no início do século XX;
2. A trajetória “acelerada”, exemplificada pelo Japão, com processo mais tardio porém muito acelerado; e
3. A trajetória “contemporânea”, “atrasada” ou “tardia” da maioria dos países atualmente em desenvolvimento, com os exemplos de Sri Lanka e Chile, na qual o processo é incipiente ou ainda não se completou.

Na revisão publicada em 1998, Omran faz uma revisão e redefine as trajetórias, organizando-as agora em quatro grupos, alguns deles com subdivisões:

1. Modelos Ocidentais, que se subdividem em Modelo Clássico (EUA e Canadá) e Modelo Semiocidental (Argentina e Paraguai);
2. Modelos Não Ocidentais, que incluiriam o Modelo Rápido (países como Costa Rica, Cuba e Chile);



3. Modelo Intermediário, que se subdivide em Intermediário Superior, no qual estão Brasil, Colômbia e México, entre outros; e Intermediário Inferior (República Dominicana, Equador e Peru, por exemplo); e
4. Modelo Lento, que é o caso da Bolívia, El Salvador, Guatemala e Haiti, entre outros.

Na verdade, a diferença principal entre as trajetórias propostas por Omran está relacionada ao início do processo e à velocidade com que cada país atravessa as distintas etapas, no entanto pressupõe-se, para todos os países, uma sequência de etapas linear e unidirecional, o que posteriormente não foi observado para o conjunto dos países em desenvolvimento.

A redução acentuada dos níveis de mortalidade está associada a diversos eventos experimentados pela humanidade, como a Revolução Industrial e Transição Urbana, ações de saúde pública e avanços na medicina. Apesar da queda ter sido generalizada para praticamente todos os países do mundo, esses eventos não os impactaram igualmente (Andrade e Aidar, 2016).

O modelo clássico proposto por Omran (1971) e posteriormente discutido, criticado e revisado outros autores foi pensado, principalmente, para o contexto vivenciado pelos países desenvolvidos. Em resposta às críticas, Omran (2001) admite que as doenças infecciosas não desapareceriam totalmente como causa de mortalidade e nem de morbidade. Entretanto, justifica-se que essa constatação não comprometeria o sentido geral da teoria da transição epidemiológica, na qual as doenças infecciosas seriam substituídas pelas crônico-degenerativas e causas externas como principais causas de morte.

Nos países em desenvolvimento, um grupo bastante heterogêneo, a tendência declinante da mortalidade só foi observada de forma mais generalizada bem mais tarde, comparativamente às nações desenvolvidas. O ponto em comum entre os países em desenvolvimento é que, independentemente das tendências observadas, apresentam diferenças acentuadas quando comparados aos países desenvolvidos (Barreto et al., 1993). Nesse sentido, Frenk et al. (1991) oferecem uma visão alternativa sobre a transição epidemiológica na América Latina. Entre as diferenças apontadas, destaca-se o fato de que, para muitos países latino-americanos, a evolução linear e unidirecional proposta pelo modelo clássico parece não se aplicar.

Segundo o padrão de transição, os países latino-americanos parecem se organizar em três grupos. O primeiro, que corresponde à trajetória tardia proposta por Omran (1971), reúne Cuba, Costa Rica e Chile, que se encontravam numa etapa avançada da transição, mas com um atraso considerável quando comparados aos países desenvolvidos. O segundo agrupa Haiti, Bolívia e Peru, que ainda estavam numa fase inicial da transição e nos quais observava-se o predomínio de doenças preveníveis. Entre esses dois grupos observou-se um terceiro, cujo principal exemplo apontado pelos autores foi o México e no qual o Brasil também se enquadra, que sugeria uma nova experiência, diferente da transição clássica experimentada pelos países desenvolvidos. Frenk et al. (1991) denominaram de “modelo polarizado prolongado” e tem as seguintes características:

1. *Superposição de etapas*: a teoria clássica da transição epidemiológica sugere que todos os países deveriam passar por etapas distintas nas quais predominam certos padrões de morbidade e mortalidade. No entanto, em vários países da América Latina tais etapas se sobrepõem, com incidência alta e concomitante de doenças de ambas as fases, pré e pós-transição. O Brasil se caracteriza por uma superposição entre as etapas nas quais predominam

as doenças transmissíveis e não transmissíveis e causas externas (Prata, 1992; Schramm et al., 2004). O processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbimortalidade persiste elevada para ambos os padrões. A situação é agravada pelo envelhecimento precoce da população que faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais antes restrita apenas aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas em estabelecer o controle das doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil, não foi capaz de desenvolver e aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis e suas complicações, levando a uma perda de autonomia e qualidade de vida (Schramm et al., 2004).

2. *Contratransição*: a transição epidemiológica clássica não considerou os movimentos de contrafluxo das doenças, os quais têm sido comuns em muitos países latino-americanos. A reintrodução de doenças como dengue e cólera e o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não unidirecional denominada contratransição. Entre a reemergência de doenças infectocontagiosas estão a tuberculose, ligada à AIDS (SIDA), e o aumento de casos de resistência aos antibióticos. Observa-se também que, embora a transição epidemiológica esteja ocorrendo há algum tempo no Brasil, a malária tem alta prevalência em pontos específicos da região Norte (especialmente Rondônia), a febre amarela começa a incidir no Centro-Oeste, e a dengue (desde 1987) e a cólera (a partir de 1991) ressurgem no Brasil. Luna (2002) afirma que, de acordo com as características de sua formação social, política, econômica e cultural e por suas peculiaridades geográficas, climáticas e ecológicas, o Brasil reúne as condições necessárias para a emergência e reemergência de doenças infecciosas e parasitárias. Vale ressaltar que este tipo de movimentos no sentido contrário não aconteceu somente na América Latina. Caselli, Meslé e Vallin (2002) documentam uma série de movimentos deste tipo em diferentes partes do mundo, incluindo o aparecimento de novas epidemias infecciosas, tais como AIDS (SIDA) e ebola, facilitadas pelo grande aumento da mobilidade geográfica internacional, bem como o retrocesso da esperança de vida masculina em vários países do Leste Europeu durante as últimas décadas do século passado.
3. *Transição prolongada*: muitos países latino-americanos parecem presos numa situação de morbimortalidade mista caracterizada por alta incidência de infecções, sem chegar a um predomínio absoluto dos processos crônicos. Esta é uma das características do novo modelo de transição. Evidentemente, esta fase de coexistência dos dois padrões também existiu na transição “clássica” dos países hoje desenvolvidos mas, segundo Frenk et al. (1991), nos países caracterizados pelo modelo polarizado prolongado ela está sendo mais duradoura do que foi o caso na modalidade “clássica”.
4. *Polarização epidemiológica*: a “transição polarizada prolongada” introduz novas diferenças qualitativas no tipo de doenças, as quais afetam os diversos grupos sociais. Assim, a superposição de etapas em nível nacional ocorre porque as populações pobres e rurais continuam sofrendo uma morbimortalidade pré-transicional, ao mesmo tempo em que os habitantes urbanos experimentam um padrão de morbidade pós-transicional. A persistência das desigualdades sociais e regionais parece explicar a natureza prolongada da transição, como

Possas (1989) e Laurenti (1990) enfatizaram para o caso do Brasil. Por exemplo, a proporção de óbitos por causas infecciosas e parasitárias no Brasil em 1990 variava entre 15,2% na Região Norte e 4,0% na Região Sul, enquanto as proporções de óbitos atribuíveis a causas por doenças circulatórias eram 24,0% e 37,4% respectivamente. Entretanto, é importante frisar que, desde os anos em que Frenk et al. (1991) introduziram o conceito da transição polarizada prolongada, houve uma homogeneização considerável dos padrões regionais no Brasil. Em 2010 as proporções de óbitos por causas infecciosas e parasitárias nas Regiões Norte e Sul eram 6,2% e 3,8% respectivamente, enquanto as proporções correspondentes de causas por doenças circulatórias eram 24,8% e 31,1% respectivamente.

O conceito da transição epidemiológica não busca só explicar as mudanças na mortalidade, mas também na morbidade. Assim, no processo de transição, o significado de doença sofre uma transformação radical. De ser primordialmente um processo agudo que muitas vezes termina com a morte, a doença se converte num estado crônico no qual muitos indivíduos – na sua maioria de idade avançada – sofrem durante longos períodos da sua vida. Deste modo, torna-se possível a combinação aparentemente contraditória de uma mortalidade decrescente em conjunto com uma morbidade crescente. Neste sentido, alguns autores também frisam que, embora a mortalidade por causas infecciosas e parasitárias no Brasil tenha diminuído muito desde os anos 1930, a redução da morbidade por estas causas tem sido muito mais modesta. Segundo Possas (1989), por exemplo, constata-se a persistência da morbidade por doenças infecciosas e parasitárias, observando-se expressivo aumento da incidência da maior parte em algumas regiões do país. O Brasil se encontraria, portanto, em pleno estágio intermediário de transição epidemiológica.

Araújo (2012) caracteriza a situação da seguinte forma:

Ao enfrentar o problema emergente do aumento da morbidade e da mortalidade pelas doenças crônico-degenerativas, cujo custo social vem sendo destacado, o Brasil defronta-se com a permanência ou até mesmo com o recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, ao contrário do que se deu nos países industrializados, onde as doenças crônicas só passaram a assumir papel preponderante após o virtual controle das doenças transmissíveis. Verifica-se assim, no Brasil, uma polarização epidemiológica com a existência simultânea de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas e de incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, cuja mortalidade ainda é elevada em comparação com as taxas de países desenvolvidos e de outros países da América Latina (Araújo, 2012).

Ainda segundo o mesmo autor, sobre o caso brasileiro, as políticas de saúde precisam atuar em duas frentes. O Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que enfrenta a batalha contra a cólera, a dengue, a AIDS (SIDA) e as antigas e ainda persistentes endemias (diarreias, desnutrição, malária, esquistossomose, doença de Chagas, hanseníase etc.), não pode negligenciar o problema dos novos agravos, cuja incidência aumenta ano a ano e cujas taxas de mortalidade ocupam os primeiros lugares. As doenças cardiovasculares podem ser prevenidas e isso já foi demonstrado nas três últimas décadas nos EUA e na Europa. Trata-se, portanto, de tomar medidas de promoção da saúde (combate ao fumo, estímulo ao exercício físico, restrição de sal e de gorduras saturadas na alimentação) e de medidas simples de prevenção secundária (diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão, profilaxia da febre reumática), que podem e devem ser incorporadas na rotina da atenção primária à saúde no SUS. No caso das neoplasias malignas, particularmente do câncer ginecológico, as medidas de prevenção são de baixo custo e facilmente incorporáveis à rotina do SUS. Já a questão das causas externas (particularmente as mortes por acidentes de trânsito e

homicídios), embora o problema transcenda os limites do setor saúde, cabe aos epidemiologistas dar o alerta para a gravidade crescente da questão social.

Assim como alguns países da América Latina, entre eles o Brasil, o continente africano também apresenta grande diversidade epidemiológica. Segundo Rodrigues (2010), as políticas de saúde na África sempre foram voltadas para o combate às doenças transmissíveis. Nas últimas décadas, apesar do rápido crescimento dos agravos não transmissíveis, os padrões epidemiológicos predominantes continuam associados às doenças transmissíveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países africanos estão sobrecarregados com a convivência de alta prevalência de agravos transmissíveis enquanto as não transmissíveis crescem rapidamente. Essa situação tem sido denominada pela OMS de “duplo fardo”.

Com base numa análise empírica para 57 países africanos entre 1950 e 2010, Defo (2014) questiona até que ponto os conceitos e modelos de transição epidemiológica propostos por Omran são adequados para descrever e compreender as tendências de saúde na África, particularmente em função de três problemas enfrentados pelo continente: 1) a epidemia do HIV/AIDS (SIDA), com doenças infecciosas reemergentes como a tuberculose; 2) a presença generalizada de doenças infecciosas (especialmente malária e doenças da infância) e desnutrição; e 3) a epidemia emergente de doenças crônicas, acidentes e transtornos mentais.

A África é um continente de incertezas, emergências e crises. Consequentemente, os padrões de saúde e doença em grande parte do continente permanecem caracterizados pela predominância de doenças transmissíveis, com 65% de todas as mortes causadas por doenças passíveis de intervenções (Defo, 2014). A década de 1990 viu perdas na esperança de vida para muitas populações da África Austral e Oriental, e há evidências de que a África Central poderá passar por uma trajetória similar, desencadeada pela disseminação da epidemia do HIV/AIDS (SIDA). As interrupções nos ganhos de esperança de vida em muitos países africanos nunca foram antes observados na história da humanidade (Defo, 2014).

Antes da década de 1970, quase não havia exemplos de reversões no longo prazo na mortalidade, com exceção daqueles causados pela guerra e fome. Assim, muitas das análises clássicas dos anos 1970, que examinaram tendências demográficas e epidemiológicas no longo prazo, levaram isso em consideração. Nesse sentido, as análises sugerem que, assim como ganhos significativos na longevidade de países com baixa mortalidade eram improváveis, as taxas de mortalidade em países no início do processo de transição epidemiológica (como os africanos) caíam, resultando numa convergência mundial na mortalidade. No entanto, desde os anos 1990, todos os países da África Austral; alguns países na África Central (Camarões, República Centro-Africana e Chade); na África Oriental (Burundi e Quênia) e Côte d'Ivoire na África Ocidental experimentaram reversões nas tendências e perdas na esperança de vida ao nascer. Mais recentemente, de 1995 em diante, os padrões de mortalidade se tornaram muito mais difusos, com vários países da África Austral, África Oriental e África Central enfrentando estagnação ou desaceleração nos ganhos em esperança de vida ou até declínios na esperança de vida ao nascer. Estas inversões ocorreram num contexto de guerras civis generalizadas, instabilidade política, despesas públicas insuficientes em saúde, condições socioeconômicas precárias para grande percentual da população, cuja maioria é empregada no setor informal sem segurança social, a epidemia do HIV/AIDS (SIDA) e suas comorbidades, prevalência crescente de doenças infecciosas e um contexto de forte insegurança alimentar (Defo, 2014).

Assim, o autor conclui que os padrões regionais e nacionais de mudanças na mortalidade, fecundidade, crescimento populacional e estrutura das causas de morte na África e em outras regiões do mundo entre 1950 e 2010 apontam para o fato de que muitos países africanos vêm experimentando uma trajetória distinta e inexplorada em comparação às experiências históricas vivenciadas pela Europa e América do Norte. Logo, o modelo clássico de transição epidemiológica não parece ser adequado para prever como as mudanças epidemiológicas irão se desenrolar entre e dentro dos países e regiões africanos, nos quais há muita incerteza nos contextos de mudança na saúde, doença e mortalidade.

No que diz respeito aos PALOP, Rodrigues (2010) fez um estudo sobre a transição epidemiológica em Cabo Verde. Segundo o autor, a evolução da mortalidade em Cabo Verde assume um padrão característico semelhante ao ocorrido em alguns países da América Latina, como o Brasil e o México, onde há uma superposição de etapas. O perfil das doenças que afetam os cabo-verdianos está em fase de transição, com importante redução de causas infecciosas (entre 1995 e 2005) e aumento das causas crônico-degenerativas. As principais causas de óbitos são típicas de países desenvolvidos, alternando em importância com doenças características de regiões com baixo nível de saúde.

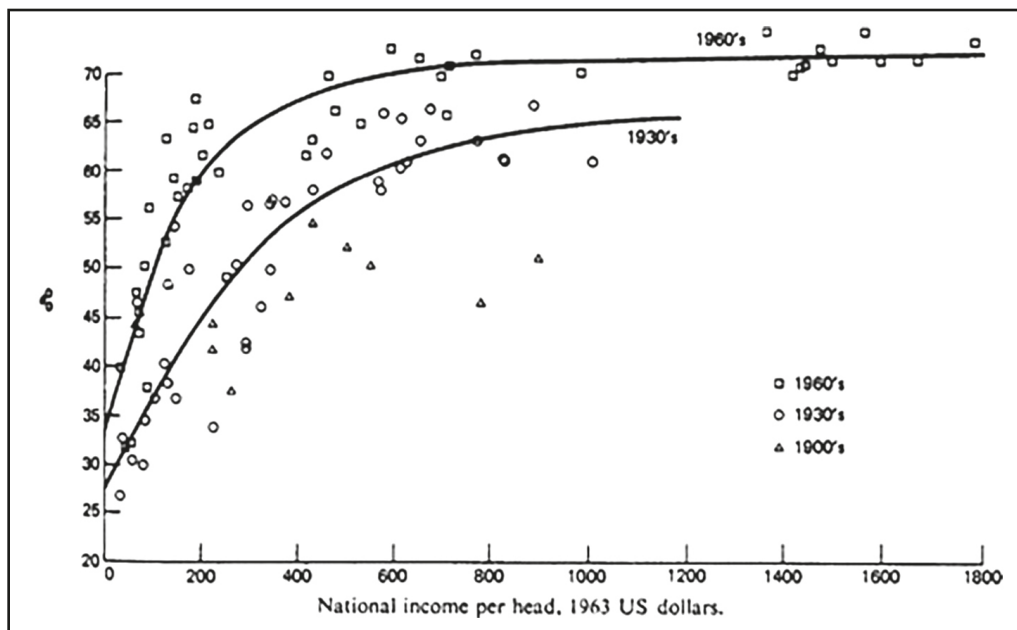
Entre as doenças infecciosas, destaca-se a queda acentuada por doenças infecciosas intestinais, associadas às melhorias do saneamento básico e acesso à água potável. No entanto, houve um aumento em 1995 com uma epidemia de cólera. Importante ressaltar que a mortalidade por HIV/AIDS (SIDA) vem aumentando significativamente no período estudado. Entre as doenças não transmissíveis, destacam-se aquelas do aparelho circulatório, sendo a principal as doenças cerebrovasculares. Entretanto, o autor enfatiza que nem todos os países africanos se encontram na mesma situação de transição. O autor aponta que, de acordo com a OMS, São Tomé & Príncipe está entre os países com piores indicadores socioeconômicos e de saúde.

Uma outra questão que tem sido objeto de discussão é quanto do declínio da mortalidade observado historicamente nos países agora desenvolvidos e mais recentemente nos países em desenvolvimento tem sido resultado de tecnologias e intervenções na área de saúde pública e quanto foi causado pelo processo de desenvolvimento econômico mais geral e pelo aumento da renda associado a ele. A principal controvérsia tem sido sobre as causas do declínio da mortalidade na Inglaterra e outros países hoje desenvolvidos no século XVIII e no início do século XIX. Na época, ainda não existiam muitas das inovações médico-sanitárias (a maioria das vacinas, antibióticos etc.) que mais tarde seriam responsáveis pela transição epidemiológica nos países em desenvolvimento. Mesmo assim, hoje em dia há um certo consenso de que certas medidas de saúde pública tais como o controle sanitário da qualidade da água e do leite e a quarentena de pessoas com tuberculose, bem como o desenvolvimento dos hospitais, tiveram um efeito significativo sobre a mortalidade mesmo naquela época (Wrigley e Schofield, 1981; Szreter, 1988).

No caso dos países atualmente em desenvolvimento sempre houve mais consenso de que o papel determinante de fatores econômicos é limitado pela introdução de medidas efetivas de proteção à saúde. Num artigo famoso, Preston (1975) comparou a relação entre a esperança de vida e o nível do Produto Nacional Bruto (PNB, atualizado em valores de 1963) *per capita* entre 38 países na década de 1930, e 50 países nos anos 1960. As curvas resultantes às vezes são chamadas “curvas de Preston”. Os resultados desta comparação são apresentados no Gráfico 2.3.A, enquanto o Gráfico 2.3.B mostra uma atualização para 1970, 1990 e 2010 (Lutz e Kebede, 2018). Outras

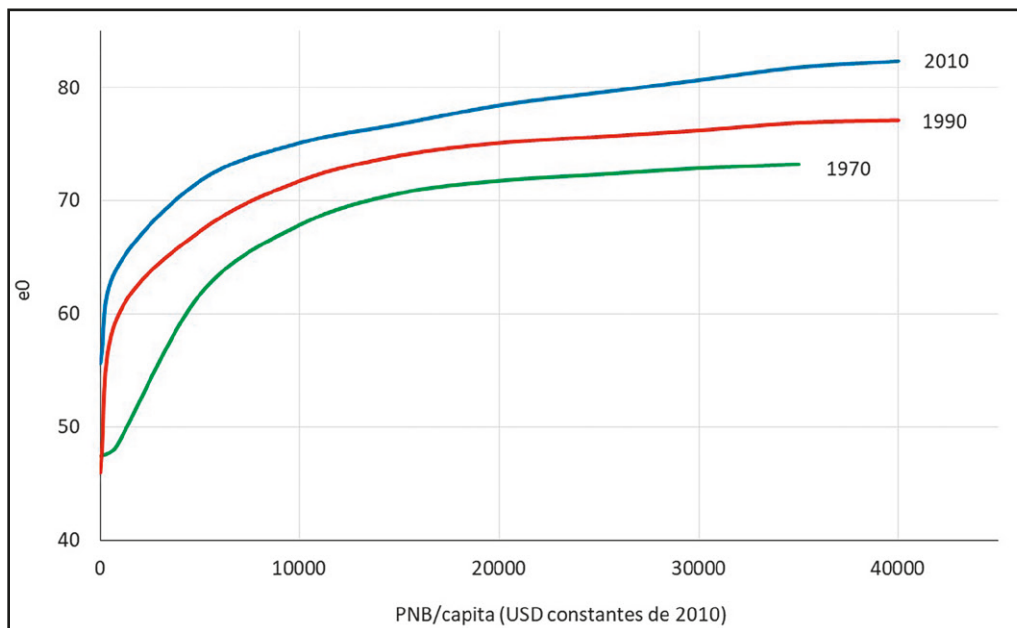
atualizações e discussões da curva de Preston podem ser encontradas em Bloom e Canning (2007) e Dyson (2010). Para uma aplicação às Regiões de Saúde de Minas Gerais, ver Maciel (2015).

Gráfico 2.3.A: Relação entre o Produto Nacional Bruto *per capita* e a esperança de vida na década de 1930 (baseado em 38 países) e na década de 1960 (baseado em 50 países)



Fonte: Preston (1975).

Gráfico 2.3.B: Atualização da curva de Preston para 1970, 1990 e 2010



Fonte: Lutz e Kebede, 2018: Figure 3.A.



Por meio dos Gráficos 2.3.A e 2.3.B é possível observar as seguintes tendências:

1. Existe uma evidente relação entre a esperança de vida e o nível do PNB *per capita*, tanto em 1930 e 1960 (Gráfico 2.3.A), assim como também em 1970, 1990 e 2010 (Gráfico 2.3.B).
2. A relação é muito mais significativa entre países com PNB *per capita* baixo do que entre países com PNB *per capita* mais alto. A curva da década de 1960, por exemplo, fica mais ou menos estável uma vez que for alcançado o nível de PNB *per capita* de 600 dólares (em valores de 1963).
3. O Gráfico 2.3.B apresenta a expectativa de vida ao nascer em relação ao PNB *per capita* para os anos de 1970, 1990 e 2010. Essas curvas são muito semelhantes àquela apresentada no padrão da curva de Preston original, apresentada no Gráfico 2.3.A. A curva claramente continua a subir ao longo do tempo.

A relevância do Gráfico 2.3.A e suas atualizações consiste em demonstrar que a esperança de vida é *parcialmente* determinada por fatores econômicos, principalmente nos países mais pobres, mas que também existe uma componente associada ao progresso da tecnologia e das políticas de saúde pública que tem melhorado as condições de sobrevivência das pessoas independentemente de melhorias na sua condição econômica.

Na América Latina, Arriaga e Davis (1969) consideram que o papel do desenvolvimento econômico no declínio da mortalidade foi importante no início do século XX, mas que, a partir dos anos 1930, o ritmo de declínio foi muito mais rápido do que se esperaria em função do nível de desenvolvimento da região. Eles concluem, à semelhança de Preston (1975), que medidas de saúde pública e técnicas de medicina preventiva foram responsáveis por parte dos ganhos. Pendleton e Yang (1985), por outro lado, que não se referem só à América Latina, afirmam o contrário, ou seja, que no início da transição o declínio da mortalidade se deve, principalmente, a medidas de saúde, e que, na medida em que a transição avança, o desenvolvimento econômico passa a adquirir uma importância maior. Segundo Prata (1992), estas duas interpretações não são excludentes, já que a determinação do perfil epidemiológico da mortalidade deve ser considerada como o resultado de um processo dinâmico, no qual as variáveis são interdependentes e podem ter um peso diferenciado, de acordo com o local, com a sociedade e com o tempo histórico. De fato, no Brasil, ambos os mecanismos de mudança do padrão de mortalidade (a adoção de medidas preventivas e o desenvolvimento econômico) ocorrem simultaneamente: o passo e a velocidade da mudança na mortalidade desde 1950 sugerem que tanto a difusão de tecnologias de controle quanto a melhoria no padrão de vida tiveram o seu papel.

## 2.4 A TRANSIÇÃO URBANA

### 2.4.1 A relação entre a transição urbana e a transição demográfica

Apesar da sua importância para a transição de alguns países europeus de forte emigração (Irlanda, Portugal) e para todos os países do continente americano, pela imigração, a ausência de uma consideração sistemática da componente migratória na teoria da transição demográfica é

notável. A tentativa mais sistemática para incorporar a migração, tanto internacional como interna, ao esquema da transição foram as fases da transição urbana propostas por Zelinsky (1971), que seguem os estágios da transição convencional, da seguinte forma:

Fase 1: É a fase anterior à onda principal de urbanização, caracterizada por taxas de mobilidade muito baixas, exceto no caso do nomadismo em algumas sociedades.

Fase 2: Esta é a fase da grande migração rural-urbana. Internacionalmente é a fase das grandes emigrações, impulsada pelas altas taxas de crescimento vegetativo.

Fase 3: A migração urbano-urbana começa a ser mais importante do que a urbano-rural que diminui devido à população rural cada vez mais reduzida. Surge um padrão mais complexo de migrações entre cidades ou intrametropolitanas. A migração internacional reverte de saldos negativos para positivos.

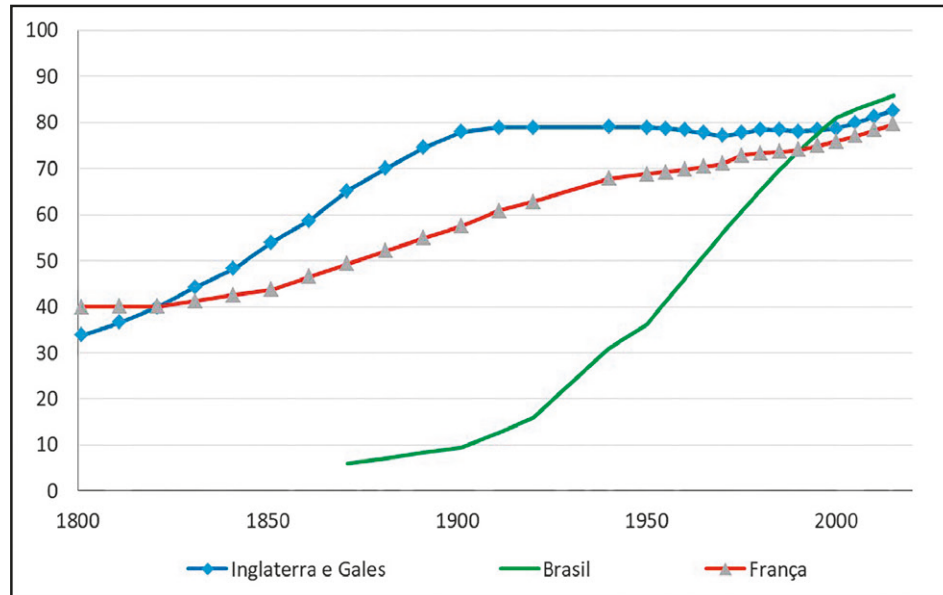
Fase 4: A migração rural-urbana fica muito reduzida e a migração inter e intraurbana aumenta. Surgem os processos de suburbanização.

Fase 5: Quase toda a migração torna-se inter e intraurbana, com uma tendência geral de baixa fecundidade. Como já foi mencionado acima, Coleman (2006) fala na *terceira transição demográfica* (TTD), caracterizada, entre outros fatores, por uma alta migração internacional para compensar o baixo crescimento vegetativo.

O aspecto do esquema de Zelinsky que será focalizado aqui é a urbanização. Vale observar que na demografia o termo *urbanização* se refere ao crescimento da proporção da população residente em áreas chamadas urbanas e crescimento urbano se refere ao aumento absoluto de habitantes nestas áreas. As comparações entre países sobre estas duas variáveis são dificultadas pela diversidade de definições daquilo que se considera urbano (ver a seção 6.7 do Capítulo 6) e pela frequente imprecisão no uso destes termos. O uso do termo também é diferente da forma como é empregado por arquitetos e planejadores urbanos que se referem à urbanização para descrever a implantação de infraestrutura urbana física.

Segundo o esquema de Zelinsky, a segunda fase da transição está associada a maiores níveis de urbanização e crescimento urbano. Essa ideia descreve razoavelmente bem o que aconteceu historicamente na Inglaterra, o “modelo” da transição demográfica clássica. Como pode ser visto no Gráfico 2.4, o ritmo de urbanização na Inglaterra e Gales foi acelerado durante todo o século XIX, depois estagnou de uma forma relativamente abrupta no início do século XX (30-40 anos depois do início da terceira fase da transição demográfica), em níveis um pouco abaixo dos 80% (Law, 1972). Mas o esquema não se adapta tão bem a outros contextos. Mesmo na França, que teve uma transição demográfica diferente da inglesa, com um declínio quase simultâneo da mortalidade e fecundidade, a evolução urbana também foi diferente. Como se pode ver no Gráfico 2.4, por volta de 1800 a proporção de população urbana na França era, inclusive, um pouco mais alta do que na Inglaterra. Mas o ritmo de crescimento urbano subsequente foi bem mais lento e prolongado na França, de modo que só no final do século XX os dois países voltaram a ter graus de urbanização semelhantes.

Gráfico 2.4: Percentagem de população urbana na Inglaterra e Gales, Brasil e França



Fontes: Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2018; Law (1972); Talandier, Jousseume e Nicot (2016).

Pumain (2006) nota que existe uma controvérsia referente aos determinantes do processo de urbanização nos países em desenvolvimento. Em comparação com a história dos países desenvolvidos, a produtividade da agricultura e da indústria nos países em desenvolvimento não aumentou no mesmo ritmo da urbanização. Pumain relaciona as causas desta diferença com a rapidez do crescimento demográfico e da transição demográfica e com as diferenças muito maiores entre os níveis de renda urbanos e rurais, quando comparadas com os padrões históricos dos países mais desenvolvidos. Este último fator também é enfatizado por Todaro (1980). Outro fator foram as relações internacionais com o mundo desenvolvido que, ao lado da continuidade de arranjos tradicionais, tendem a criar sistemas econômicos duais.

Skeldon (1992) sugere que a sequência proposta por Zelinsky com base na experiência europeia não se ajusta bem à Ásia, particularmente aos casos do Japão, Coreia do Sul, Tailândia, Malásia e China. Em quatro desses países a fecundidade caiu antes que houvesse uma urbanização importante. Ele também critica a ideia de pouca mobilidade na primeira fase da transição, apontando que em muitos países asiáticos e do Pacífico existiu uma mobilidade temporária significativa entre áreas rurais e urbanas, a qual se tornou definitiva uma vez que a fecundidade caiu de uma forma mais decisiva (Skeldon, 1990). Mesmo na Europa a mobilidade temporária entre áreas rurais e urbanas teria sido um mecanismo importante para compensar a alta mortalidade das áreas urbanas na época pré-industrial. Quando a mortalidade urbana começou a diminuir (por volta de 1850, no caso da Suécia e da Inglaterra), o próprio aumento do crescimento vegetativo acabou sendo um dos fatores responsáveis pelo crescimento urbano. Mais especificamente, Dyson (2011) identifica os seguintes quatro estágios na dinâmica rural-urbana e sua relação com a fecundidade e mortalidade:

1. Uma fase na qual os óbitos urbanos excediam os nascimentos, de modo que as cidades precisavam de migrantes rurais para equilibrar as suas populações;
2. A fase do declínio da mortalidade urbana que causa um crescimento vegetativo positivo e faz a cidade mais atraente para os migrantes;
3. Uma fase de atração migratória quando as condições de vida urbanas melhoram; e
4. Uma fase de expulsão de população rural para as cidades como consequência da queda da mortalidade e a aceleração do crescimento rural.

No caso do Brasil, também mostrado no Gráfico 2.4, o cenário foi o oposto daquele descrito por Skeldon na Ásia, com uma urbanização muito precoce que aconteceu muito *antes* do declínio da fecundidade. O ritmo de urbanização também foi muito rápido, mais até do que na Inglaterra. Mais em geral, e seguindo o mesmo padrão notado para outros aspectos da transição demográfica, esse último ponto caracteriza as transições urbanas em muitos países em desenvolvimento (Montgomery et al., 2003: Caps. 3 e 4). Enquanto as populações da América do Norte e Europa demoraram dois séculos para passar de um grau de urbanização de 10% para 52%, a expectativa é que os países em desenvolvimento, no seu conjunto, terão passado de 18% de população urbana em 1950 para 52% em 2020, segundo a Divisão de População das Nações Unidas.

## 2.4.2 A urbanização acelerada do Brasil

Existe uma literatura considerável (Singer, 1968; Merrick e Graham, 1981; Martine e Diniz, 1997, entre outros) que analisa os fatores subjacentes ao padrão precoce e acelerado de urbanização no Brasil, que Martine e McGranahan (2010 a b) resumem da seguinte forma:

[O] surgimento de novas relações de produção num ciclo vastamente exitoso do café no Estado de São Paulo ajudou a criar um novo polo dinâmico de crescimento, que preparou o cenário para a transição urbana rápida que começou nas últimas décadas do século XIX. A crise econômica dos anos 30 e a crise de dívida resultante propiciaram uma mudança para uma industrialização baseada em substituição de importações. Nesse contexto, os estímulos à produção em tempo de guerra e a intervenção estatal em setores-chave, como transporte e comunicações, combinados com o crescimento demográfico acelerado, resultaram num processo intenso de urbanização e crescimento urbano que persistiu durante um meio século. A estratégia conservadora de modernização agrícola adotada pelo regime militar tecnocrático atuou como um estímulo particularmente efetivo à migração urbana durante o período de maior crescimento demográfico.

Baseada na utilização de avanços tecnológicos e sua aplicação à produção agrícola em larga escala, a modernização brasileira teve caráter conservador, ao acentuar uma já elevada concentração fundiária e ao acelerar a liberação de mão de obra no campo. A contrapartida desse processo no setor industrial contribuiu para um aumento da produção nas maiores cidades, que se tornaram o destino de quantidades crescentes de migrantes.

A transição urbana brasileira foi estabelecida com base num sistema urbano multinuclear herdado do período colonial, e o surgimento de um eixo de crescimento mais moderno e dinâmico localizado na região de São Paulo-Rio de Janeiro. Esses dois sistemas foram integrados por meio de uma industrialização baseada em substituição de importações que teve a sua origem na região econômica dinâmica dominada pela cidade de

São Paulo. Apesar das descontinuidades políticas, o modelo foi reforçado durante o período inteiro entre 1930 e 1980, o que forneceu a base para transformações sociais, econômicas, políticas e demográficas profundas. Como os fluxos migratórios costumam dirigir-se às regiões mais dinâmicas, não é surpreendente que o crescimento mais rápido tenha ocorrido no Sudeste, onde São Paulo e Rio de Janeiro estão localizados. Mas as mudanças afetaram o país inteiro, o que resultou na sua transformação precoce e rápida de uma nação rural/agrícola numa sociedade urbana/industrial (Martine e McGranahan, 2010 a: 16-17; tradução livre do inglês).

Na década de 1960, o aprofundamento do processo de substituição de importações e o crescimento do setor de serviços rebateu-se, particularmente, em capitais estaduais dinâmicas ao longo ou próximas da faixa costeira. Essas mudanças contribuíram para consolidar um sistema urbano de núcleos locais e regionais apoiados em grandes centros – as metrópoles regionais – e acentuada polarização nas metrópoles nacionais, São Paulo e Rio de Janeiro. Centro de complexos industriais em expansão, São Paulo tornou-se o polo principal da rede urbana brasileira que se diversificava e se ampliava, atraindo fluxos migratórios ainda maiores do que os das outras metrópoles. Nessa fase da transição urbana brasileira e seguindo até a década de 1970, o crescimento urbano decorrente de migrações e reclassificações de áreas rurais para urbanas predominou diante do crescimento vegetativo.

Tabela 2.1: Componentes do crescimento urbano (populações em milhares) no Brasil, 1950-2010

Anos	Aumento da Pop. Urbana	Migração e Reclassificação	Crescimento Vegetativo	Porcentagem do Crescimento Devido à Migração e Reclass.	Crescimento Veg.
1950-60	12.521	7.000	5.521	55,6	44,4
1960-70	21.786	12.000	9.786	55,1	44,9
1970-80	28.351	16.000	12.351	56,4	43,6
1980-90	30.455	9.168	21.287	30,1	69,9
1990-00	26.963	9.484	17.479	35,2	64,8
2000-10	23.170	5.605	17.565	24,2	75,8

Fontes: Martine e McGranahan (2010 a) para 1950-2000; Alves, Silva e Souza e Marra (2011) para 2000-2010.

A Tabela 2.1 desagrega o crescimento em termos do crescimento vegetativo (nascimentos menos óbitos) e o crescimento migratório e administrativo (reclassificação de áreas previamente rurais como urbanas, sobretudo como resultado da criação de novos municípios, ver Capítulo 6). Segundo essa tabela, o auge da migração rural-urbana ocorreu nas décadas de 60 e 70. Desde 1980, a migração rural-urbana caiu dramaticamente e o crescimento urbano começou a ser predominantemente vegetativo. Entre 2000 e 2010, menos de um quarto do crescimento urbano foi devido à migração, mas a queda mais abrupta aconteceu na década de 80. O crescimento de São Paulo, em particular, diminuiu muito na década de 80. Martine e McGranahan atribuem a mudança a três fatores principais: a queda acelerada da fecundidade, o impacto da crise econômica que começou no final dos anos 70 e que resultou na chamada “década perdida” e o processo mais amplo de desconcentração industrial que afetou principalmente o papel dominante do polo de São Paulo.

Tabela 2.2: Fluxos migratórios por região de destino e zona de origem e destino, Brasil 1995-2000<sup>8</sup>

	Região de Destino					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Urbano-Urbano	812.236	2.134.293	4.893.096	1.763.418	1.171.978	10.775.021
Rural-Urbano	209.922	557.279	705.502	359.353	200.853	2.032.908
Urbano-Rural	186.051	401.429	394.943	202.418	160.581	1.345.422
Rural-Rural	160.827	380.121	283.403	214.525	123.015	1.161.891
Total	1.369.035	3.473.122	6.276.944	2.539.714	1.656.427	15.315.242

Fonte: Golgher (2006): Tabela 1.

A teoria da transição urbana proposta por Skeldon (e outros como De Haas, 2010 b; ver Capítulo 11) sugere que a trajetória da urbanização em diferentes sociedades historicamente entra na fase avançada quando as suas economias passam do rural-agrário para o urbano-industrial. Em termos do seu modelo, o Brasil atualmente se encontra no estágio da “sociedade transicional tardia”, com uma maioria dos seus cidadãos residentes em áreas urbanas e uma diminuição considerável do seu crescimento urbano de décadas passadas. A Tabela 2.2 mostra que entre 1995 e 2000 mais de 70% dos movimentos migratórios aconteceram entre áreas urbanas e apenas 13,3% foram rural-urbanas. Na região Sudeste, a proporção de movimentos entre áreas urbanas chegou a 78% e o movimento entre áreas rurais caiu para 4,5%. O mesmo se aplica a boa parte do resto da América Latina (Rodríguez-Vignoli, 2017).

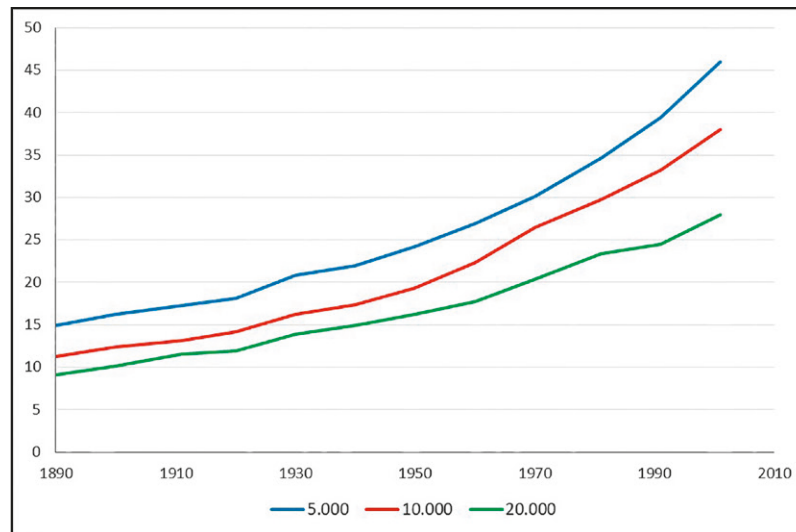
### 2.4.3 A urbanização em outros países lusófonos

Como pode-se perceber no Gráfico 2.5, é notável que o crescimento urbano de Portugal tem sido muito mais lento, mais lento inclusive do que na França. A comparação é dificultada pela ausência de um critério comum de urbanização entre Portugal e o Brasil e pela multiplicidade de critérios usados em Portugal (ver Capítulo 6), mas mesmo usando o critério mais abrangente que considera aglomerações de mais de 2.000 habitantes como urbanos, a Divisão de População das Nações Unidas chega a uma estimativa de apenas 54,4% de população urbana em 2000 e 63,5% em 2015. Apesar do seu tamanho reduzido (Lisboa 547 mil e Porto 237 mil em 2011), a paisagem urbana em Portugal historicamente foi dominada por estas cidades que em 1890 reuniam 95,5% da população em cidades com mais de 20.000 habitantes. A única outra cidade com mais de 20.000 habitantes naquela época era Braga. Já em 1991, a percentagem tinha diminuído para 40% e o número de cidades com mais de 20.000 habitantes tinha aumentado para 39 (Rodrigues e Pinto, 1997). Em 2011, as cidades de Sintra (perto de Lisboa) e Vila Nova de Gaia (perto do Porto) já ocupavam o segundo e terceiro lugar da lista de cidades por tamanho.

<sup>8</sup> Infelizmente o Censo de 2010 não contém a pergunta que permitiu o cálculo destes resultados para 2000.



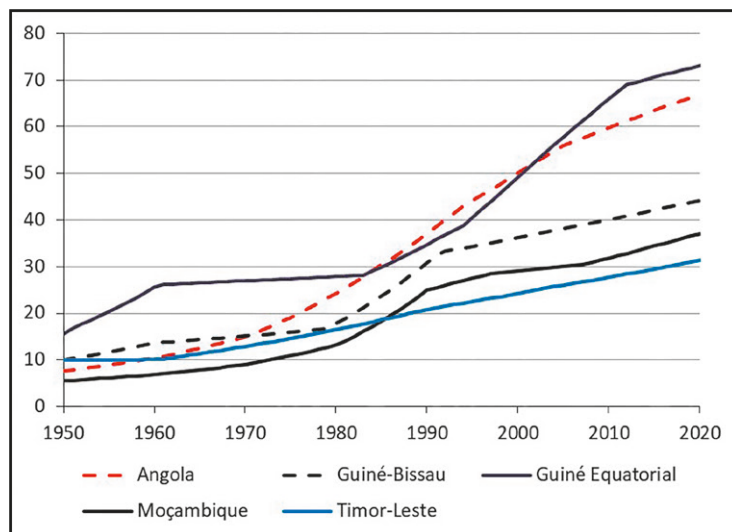
Gráfico 2.5: Percentagem de população urbana em Portugal entre 1890 e 2001, segundo o critério de classificação usado



Fonte: Moreira, Rodrigues e Henriques (2009): Figura 2.

No que diz respeito à situação dos demais países de língua oficial portuguesa (não foram considerados Cabo Verde, Macau e São Tomé & Príncipe), o Gráfico 2.6 mostra duas tendências bastante diferentes. Com a exceção da Guiné Equatorial, que sempre teve um grau de urbanização um pouco mais alto, todos os países começaram com populações urbanas abaixo de 10% do total em 1950. Mas enquanto na Guiné-Bissau, Moçambique e Timor-Leste as percentagens aumentaram mais lentamente, Angola e Guiné Equatorial tiveram um ritmo de urbanização consideravelmente mais rápido. No caso de Angola, o aumento vem acontecendo, inclusive, num ritmo mais rápido do que no Brasil e em 2015 o nível de urbanização chegou a ser o mesmo de Portugal. Esta urbanização não foi o resultado de uma rápida industrialização, senão da exportação de “commodities”, especialmente o petróleo, e da disponibilidade de financiamento para projetos de construção civil. Associado ao mesmo processo, Jenkins (2003) também menciona a importação de alimentos baratos nas cidades que impede o desenvolvimento de uma agricultura comercial. Mesmo no caso de Moçambique, onde o crescimento urbano tem sido mais lento, Francisco (2011 c) chega a alertar para a possibilidade de que possa haver um processo de sobreurbanização com uma base econômica urbana insuficiente.

Gráfico 2.6: Evolução da percentagem de população urbana Angola, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e Timor-Leste, 1950-2015



Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2018.

Neste contexto convém assinalar que existe uma literatura considerável, tanto contemporânea como histórica, sobre o crescimento demográfico e o desenvolvimento urbano de Luanda (Amaral, 2015) e, em menor medida, Maputo (Mendes, 1979), que vai muito além da produção científica sobre a demografia nacional. Este desequilíbrio talvez não seja de estranhar, considerando a importância dessas cidades como pontos focais da colonização de ambos os países. Em 1904, a então cidade de Lourenço Marques (hoje Maputo) tinha 4.691 habitantes europeus e apenas 3.474 africanos, além de 1.684 indianos e outros (Medeiros, 1985). Um tema recorrente nesta literatura se refere à herança da segregação residencial da época colonial, entre europeus, africanos assimilados e africanos indígenas, que até hoje se mantém naquilo que em Angola se conhece como “a cidade do asfalto e a cidade dos musseques” e em Moçambique como “a cidade do cimento e a cidade do caniço” (Jenkins, 2006, 2010b). O mesmo tema e suas implicações para o desenvolvimento urbano de ambas as cidades são enfatizados por Amaral (1983, 2015), Ibraimo (1994), Mourão (1995), Araújo (1999, 2001, 2003), Muanamoha (2000), Trindade (2000), Rodrigues (2003, 2009), Raposo e Salvador (2007), Fernandes e Mendes (2012), Rodrigues e Frias (2015) e Maloa (2016, 2019).

Amaral (2015) já em 1968 considerava o crescimento da cidade de Luanda explosivo e situava o início deste crescimento explosivo em volta de 1940. A população da cidade aumentou de 61.028 em 1940 para 561.145 em 1970, ou seja, uma taxa média de 7,7% ao ano. Nas décadas seguintes, a taxa diminuiu apenas marginalmente, para uma média de 5,7% entre 1970 e 2014, que levou à população de 6.542.944 contada no Censo de 2014. Em parte, o crescimento de Luanda durante este último período está associado aos efeitos da guerra, mas atualmente se explica pelo consumo de produtos importados possibilitado pelas altas rendas da exportação. Embora a exportação de “commodities” não gere muito emprego, os efeitos multiplicadores podem ser suficientes para sustentar um fluxo migratório rural-urbano significativo e uma grande concentração dos serviços na capital. No fim da guerra, 80-85% dos 1.600 médicos registrados na Ordem Angolana de Médicos

praticava em Luanda (Ammassari, 2005: 30). Gollin, Jedwab e Vollrath (2013) se referem à criação de “cidades do consumo” sustentadas pelo excesso de renda do setor exportador, apesar da baixa produtividade da agricultura para sustentar uma população urbana grande. Assim, o crescimento urbano de Angola nesse período deve ser qualificado mais como um “inchaço” do que uma verdadeira urbanização (Amado, Cruz e Hakkert, 1994).

Depois do fim da guerra, no início da década de 2000, Luanda começou uma fase intensiva de construção para acomodar a população vinda do campo, atraída pelas oportunidades de consumo muito mais abundantes da cidade (Lopes, Amado e Muanamoha, 2007). A riqueza de recursos naturais do país serve como uma garantia para poder obter empréstimos grandes para financiar esses projetos. Embora a política nacional de distribuição especial vise criar condições para a fixação da população rural nos seus lugares de origem, o direcionamento dos fluxos de financiamento para a infraestrutura e a habitação tem privilegiado a capital, inclusive com subsídios extraordinários para a construção de cidades satélites como Kilamba (Cain, 2014).

Em Angola, o crescimento da cidade de Luanda processa-se de forma mais espectacular desde o final da guerra, na medida em que está assente sobre a criação de novas modalidades residenciais para além dos tradicionais assentamentos informais que caracterizaram o crescimento urbano colonial e pós-colonial. Não só a conhecida nova cidade do Kilamba, uma “centralidade” de cerca de 20 mil apartamentos, construída em parceria público-privada, transformou o modo de viver de um grande número de habitantes da cidade como quer os novos bairros residenciais de classes médias altas – sobretudo em Luanda Sul – quer novos bairros criados para funcionários do Estado e populações de renda baixa e/ou reassentadas (Zango, Funda) cresceram em grande número. Estas novas expansões demográficas e do tecido urbano são geradoras de novos urbanismos, não só em termos dos modelos de ocupação do espaço – novas centralidades, bairros sociais ou novas zonas suburbanas – mas também em termos das dinâmicas de relação com o centro da capital e com as rotas de ligação a outras províncias (Rodrigues, 2018: 460).

Os desafios e as incertezas deste novo padrão de urbanização, fortemente impulsado pela disponibilidade de capital, são discutidos em Rodrigues (2020). Rodrigues e Tavares (2012) discutem outro foco de urbanização que está surgindo nas Províncias de Luanda Norte e Sul, em função do capital da exploração de diamantes.

Uma das consequências desses processos, principalmente no caso de Luanda, tem sido o aumento da influência estrangeira, principalmente a chinesa, no financiamento e no planeamento dos novos desenvolvimentos urbanos (Croese, 2012; Hulshof e Roggeveen, 2013; Zhuang, 2014). Rússia, Índia, Turquia e Brasil são outros países ativamente envolvidos no processo de urbanização na África. No caso do Brasil a influência não é tanto financeira, mas envolve o papel das grandes empreiteiras nacionais e a cooperação técnica. Nganje (2016), por exemplo, argumenta que o generalizado interesse global frente ao relativo sucesso do Brasil na realização de transformações socioeconômicas, juntamente com a busca por parte do Brasil pelo reconhecimento global e liderança, tem impulsionado cidades do país à condição de prestadoras de assistência técnica na África. Um exemplo é a cooperação da Cidade de Maputo com cidades brasileiras tais como Curitiba, Guarulhos e Belo Horizonte.

#### **2.4.4 As megacidades do futuro**

Se as cidades latino-americanas como São Paulo, México e Buenos Aires foram os exemplos de crescimento metropolitano que redefiniu a escala da urbanização mundial até o final do século

passado, o século XXI será o século das megacidades asiáticas e – em menor medida – africanas. A Tabela 2.3 retrata a evolução das maiores aglomerações urbanas do mundo, com as suas populações em milhões de habitantes, segundo a publicação *World Urbanization Prospects*, da Divisão de População das Nações Unidas, de 2018.

Tabela 2.3: Dez cidades mais populosas do mundo em 1950, 2015 e projeção para 2035

	1950	2015	2035
1	Nova Iorque/Newark, EUA (12,3)	Tóquio, Japão (37,3)	Delhi, Índia (43,3)
2	Tóquio, Japão (11,3)	Delhi, Índia (25,9)	Tóquio, Japão (36,0)
3	Londres, Reino Unido (8,4)	Xangai, China (23,5)	Xangai, China (34,3)
4	Kinki/Osaka, Japão (7,0)	Cidade do México (21,3)	Dhaka, Bangladesh (31,2)
5	Paris, França (6,3)	São Paulo, Brasil (20,9)	Cairo, Egito (28,5)
6	Moscou, Rússia (5,4)	Mumbai, Índia (19,3)	Mumbai, Índia (27,3)
7	Buenos Aires, Arg. (5,2)	Kinki/Osaka, Japão (19,3)	Kinshasa, RDC (26,7)
8	Chicago, EUA (5,0)	Cairo, Egito (18,8)	Cidade do México (25,4)
9	Calcutá, Índia (4,6)	Nova Iorque/Newark, EUA (18,6)	Beijing, China (25,4)
10	Xangai, China (4,3)	Beijing, China (18,4)	São Paulo, Brasil (24,5)

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2018.

São Paulo em 2035 é projetado para o 10º lugar, com 24,5 milhões de habitantes e Buenos Aires para o 21º lugar, com 17,1 milhões. É significativo que seis das maiores cidades em 2035 serão na Ásia e nenhuma será na Europa ou na América do Norte. Entre as aglomerações urbanas que mais cresceram entre 1990 e 2015 está uma longa lista de cidades chinesas que surgiram ou cresceram explosivamente durante esta época, Choloma em Honduras, Santa Cruz de la Sierra na Bolívia, Cancún no México, Macapá e Boa Vista no Brasil, Matola em Moçambique e Luanda, Lubango e Huambo em Angola. Luanda, que em 1950 era uma cidade de meros 138 mil habitantes, em 2015 tinha crescido a uma metrópole de 5,51 milhões (um fator de quase 40)<sup>9</sup>. Durante o mesmo período a população de São Paulo cresceu com um fator de 9 e Rio de Janeiro com um fator de 4,25.

## 2.5 A TRANSIÇÃO DA ESTRUTURA ETÁRIA

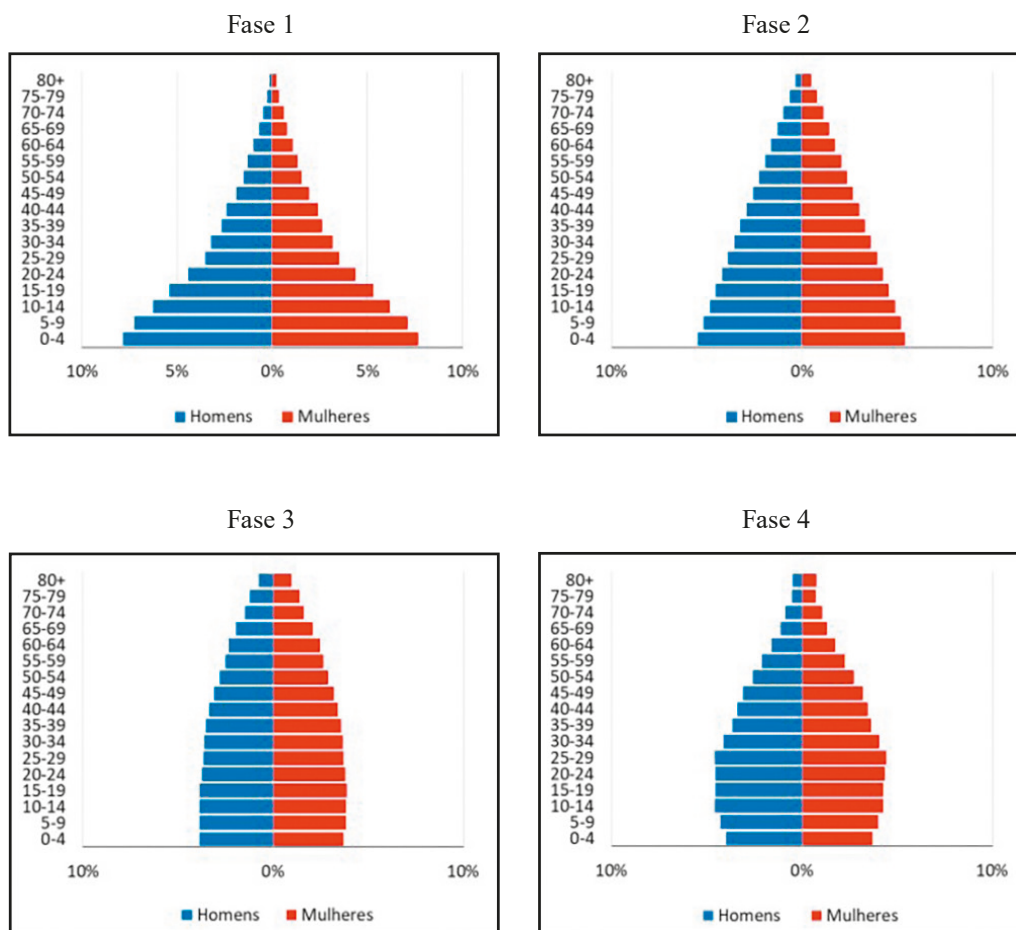
A transição demográfica tem implicações importantes para a estrutura etária da população. Contrariamente àquilo que frequentemente se pensa e por razões que ficarão mais claras nos capítulos seguintes, a maior parte das mudanças que ocorrem ao longo da transição são consequências da queda da fecundidade e não da mortalidade. Geralmente não é correto interpretar a estrutura etária da população como um retrato da mortalidade por idade. Entretanto, nas populações com pouco ou nenhum crescimento, características da primeira fase da transição demográfica, essa interpretação não está tão longe da realidade. Essas populações têm muitas crianças e poucos velhos devido ao fato de que poucas crianças sobrevivem às idades adultas.

Na segunda fase, ocorre uma aceleração do crescimento da população, o que também aumenta o número de jovens em relação aos adultos e os maiores de idade. Tipicamente isso resulta numa estrutura etária na forma de triângulo, com uma base que pode ser, inclusive, mais ampla do que

<sup>9</sup> Segundo o Censo de 2014. A estimativa das Nações Unidas é de 7,77 milhões para 2018.

na primeira fase. Se na primeira fase da transição ainda havia uma certa correspondência entre a estrutura etária e o padrão de mortalidade por idade, essa relação se perde na segunda fase. Na terceira fase da transição, a disparidade extrema entre crianças e pessoas de maior idade se reduz e a estrutura etária se torna mais equilibrada. Finalmente, na quarta fase a fecundidade diminui a tal ponto que a estrutura etária pode inverter-se, com uma população crescente de mais de 40 anos e um número decrescente de crianças e jovens. O Gráfico 2.7 mostra de forma esquemática qual é a evolução típica da estrutura etária ao longo das quatro fases da transição. A construção das pirâmides etárias será explicada em mais detalhe no Capítulo 6.

Gráfico 2.7: Representação esquemática da estrutura etária típica nas quatro fases clássicas da transição demográfica

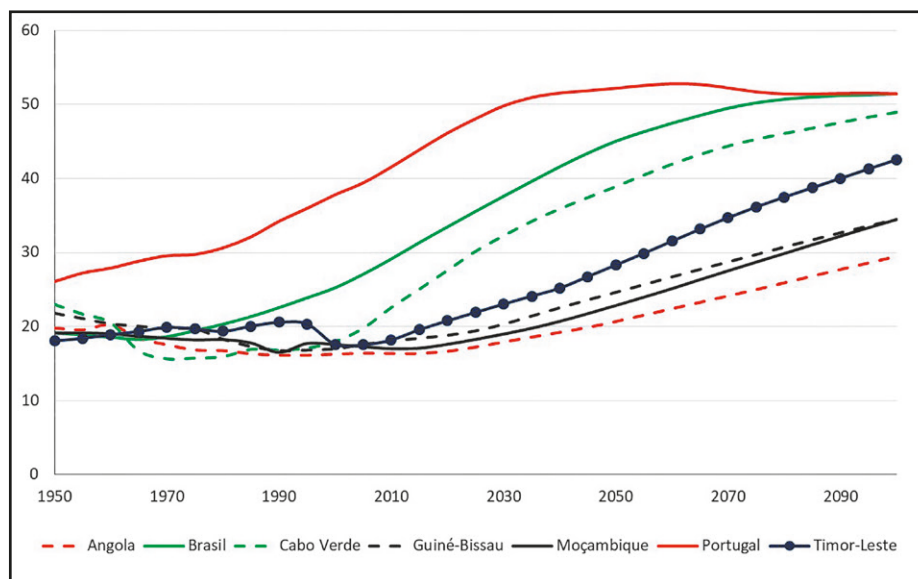


Fonte: Elaboração própria.

Como consequência destas transformações ocorre um aumento significativo da idade mediana da população, ou seja, da idade que divide a população em duas metades iguais. Por exemplo, no Brasil a idade mediana se elevou de 18 anos na década de 50 para 27 anos em 2010 e deverá aumentar mais. Carvalho e Wong (2008) descrevem as mudanças da estrutura etária brasileira no século XXI em mais detalhe. O Gráfico 2.8 ilustra a tendência para vários países e mostra como tanto Portugal como o Brasil podem encerrar o século XXI com idades medianas de mais de 50

anos, enquanto Cabo Verde teria uma idade mediana justamente abaixo dos 50. Isso significa que aproximadamente a metade da população destes países terá mais de 50 anos. A idade mediana mais baixa será a de Angola, com 29,5 anos.

Gráfico 2.8: Evolução e projeção da idade mediana dos países de língua portuguesa



Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2019.

Apesar da importância das mudanças na estrutura etária que estão ocorrendo em países como Brasil, Portugal e Cabo Verde, é curioso observar a desconfiança que existe em certos círculos quanto à realidade do fenômeno e as outras transformações demográficas associadas. Nas palavras de Carvalho (2004: 5), “há uma certa dificuldade, por parte da sociedade brasileira, até aquela com nível educacional mais elevado, em apreender estas mudanças e, inclusive, em aceitá-las como reais”. Barbosa (2014), por exemplo, escolheu “Envelhecimento da População Brasileira: Realidade ou Lenda Urbana?” como título para o Capítulo 6 do seu livro, talvez como referência ao ceticismo sobre a relevância do envelhecimento como causa dos problemas enfrentados pela Previdência Social no Brasil que serão discutidos no Capítulo 3. No meio dos demógrafos já há muito tempo não existe dúvida de que o fenômeno é real, tanto no Brasil como em Portugal (ver, por exemplo, Ramos, Veras e Kalache, 1987; Nazareth, 1993). O termo às vezes usado para descrevê-lo é Transição da Estrutura Etária (TEE) (“Age Structural Transition”, em inglês), que engloba as mudanças produzidas pelo declínio da fecundidade e que se fazem sentir, depois, no tamanho relativo e absoluto dos diferentes grupos etários.

Nas fases mais avançadas da transição demográfica ocorre um fenômeno que tem atraído muita atenção desde o início do século. Quando a fecundidade começa a diminuir de uma forma mais decisiva, o número de crianças e jovens diminui ou cresce mais devagar. Inicialmente a proporção de idosos ainda está pequena, de modo que há um período em que uma parcela grande da população (mais de 70% em alguns casos) se concentra entre as idades de 15 e 65 anos, ou seja, a população em idade produtiva. Este chamado *bônus demográfico* ou *dividendo demográfico* (Bloom, Canning e Sevilla, 2003) potencialmente constitui um estímulo ao crescimento



econômico, desde que existam condições complementares para tirar proveito da conjuntura demográfica favorável, particularmente o investimento no capital humano dos jovens. Há certo consenso de que alguns países asiáticos efetivamente conseguiram aproveitar o seu bônus demográfico para estimular o crescimento econômico, mas muitos demógrafos latino-americanos estão céticos quanto à existência das mesmas condições no contexto atual da região. O tema será explorado em mais detalhe no Capítulo 14.

## 2.6 A TRANSIÇÃO NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

Uma das críticas que têm sido expressas em relação ao conceito da transição demográfica é a ausência de qualquer menção sistemática dos fenômenos migratórios. A migração internacional evidentemente teve uma importância fundamental na formação demográfica dos países do continente americano. No caso da América Latina, os principais fluxos migratórios foram anteriores ao início da sua transição demográfica. O mesmo pode ser dito de Cabo Verde. Mas no caso de países como os EUA, Canadá, Irlanda, Portugal e Itália, os dois processos ocorreram em grande medida simultaneamente.

O período de crescimento moderno de Portugal, que começa a partir de 1850, pode ser interpretado como o início da transição demográfica no país, caracterizada por uma queda da mortalidade, mas não existem estatísticas oficiais sobre esta queda até 1890. Devido a essa defasagem das estatísticas, Nazareth (1985) sugere que é difícil saber quando a transição demográfica efetivamente começou:

Quando começou a 1ª fase de transição demográfica<sup>10</sup> e porquê? Quando a começamos a observar no século XX, já está em declínio; logo, temos de procurar a resposta no século XIX. E, mesmo durante o século XX, o que temos feito? Servimo-nos das tábuas de mortalidade e da mortalidade infantil para caracterizar o período posterior a 1930 e das TBM para caracterizar o período anterior. Serve como remédio, mas não para diagnosticar e caracterizar situações em profundidade (Nazareth, 1985: 974).

Tudo que pode ser dito com certeza é que o processo começa na segunda metade do século XIX:

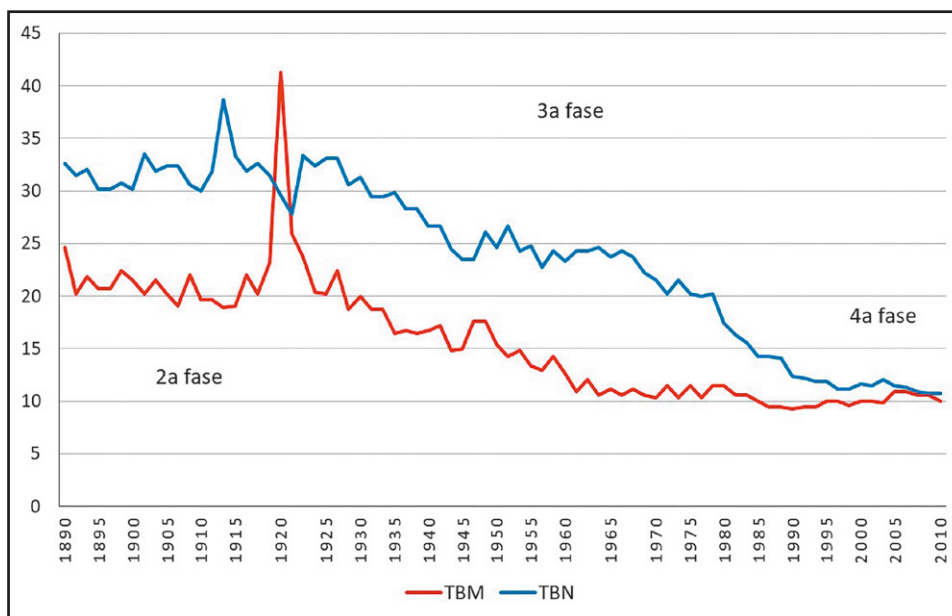
A partir de finais do século XIX Portugal parece ter entrado na primeira fase de uma lenta transição demográfica. Até esse momento, um longo caminho foi percorrido e, apesar das transformações ocorridas durante o século XIX, a característica principal desta variável será a sua relativa estabilidade ao longo desses cem anos, sobretudo a partir de meados da centúria, quando tenderam a desaparecer as grandes sobremortalidades de tipo antigo, que regularmente se abatiam sobre as populações, alterando a ténue vantagem da vida sobre a morte (Rodrigues, 2004: 97).

Entre 1890 e 1950, a mortalidade diminuiu gradualmente de 25 para 15 óbitos anuais por mil habitantes. A natalidade, entretanto, se manteve acima de 30 por mil até aproximadamente 1930, quando começou o seu declínio. Em 2005 a natalidade atingiu o nível da mortalidade, a uma taxa de 10,3 nascimentos/óbitos por mil habitantes. Desde então ocorrem mais óbitos do que nascimentos. A população total do país atingiu o seu máximo de 10,57 milhões em 2010 e desde então está diminuindo. Hoje em dia Portugal é um dos países mais avançados na transição demográfica. O número médio de filhos por casal está entre as cinco mais baixas do mundo, com uma redução de 40% entre gerações sucessivas, e a sua mortalidade entre as 30 mais baixas, um pouco mais alta

<sup>10</sup> A primeira fase à qual Nazareth se refere em realidade é a fase do declínio inicial da mortalidade, que o Gráfico 2.1 classifica como a segunda fase.

do que a da Espanha ou Suécia, mais ou menos igual à do Reino Unido e significativamente mais baixa do que a dos EUA.

Gráfico 2.9: Evolução da Taxa Bruta de Natalidade e da Taxa Bruta de Mortalidade complementada com as fases da transição demográfica em Portugal



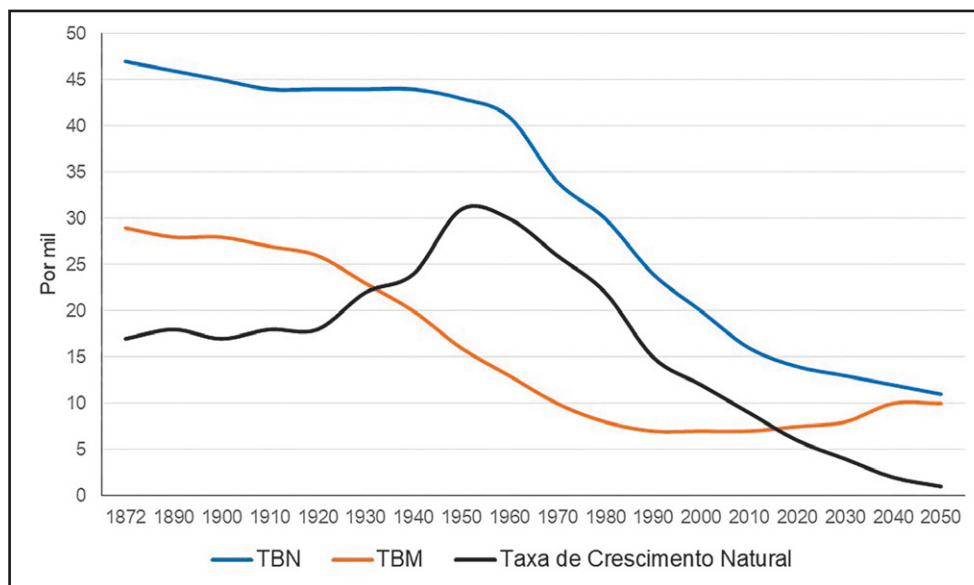
Fonte: Cruz (2011): Figura 10.

Apesar dos incentivos por parte do governo (ver seção 15.4 do Capítulo 15), a migração para as colônias portuguesas na África (a grande maioria para Angola e Moçambique) nunca foi particularmente significativa, raramente superando 5% do número total de emigrantes. Depois da Independência destes países nos anos 70, muitos voltaram para Portugal. Essa migração de retorno, junto com a estagnação da emigração para França e Alemanha, causou uma fase de crescimento demográfico acentuado entre 1970 e 1984 (Esteves, 1991). O Censo de 2011 enumerou cerca de 1,5 milhões de portugueses que já tinham residido fora do país, por um período de pelo menos um ano, principalmente na França (26%), Angola (15%), Moçambique (7,8%), Alemanha (7,6%) e Suíça (7,2%), ou seja, os países de destino tradicional da emigração portuguesa e, por outro lado, os retornados das colônias. O contrafluxo de migrantes brasileiros para Portugal começa na década de 80. Atualmente os brasileiros são o maior grupo de pessoas com nacionalidade estrangeira no país, com 101.991 residentes no Censo de 2011, seguidos pelos cabo-verdianos (37.081), ucranianos (32.014), angolanos (24.723), romenos (22.816), guineenses (15.632), ingleses (14.461), chineses (11.017), franceses (10.446) e cidadãos de São Tomé & Príncipe (9.764) (Moreira, 2017)<sup>11</sup>. Das 93.154 novas autorizações de residência no país emitidas em 2018, 28.210 foram de brasileiros. Existem também contingentes significativos de naturais da Venezuela e Moçambique, mas esses geralmente possuem a nacionalidade portuguesa.

<sup>11</sup> Os números citados em Delgado et al. (2014) são ligeiramente diferentes mas fornecem maiores detalhes sobre a composição de cada nacionalidade.

Para uma discussão não técnica da situação atual da demografia brasileira dentro do processo de transição demográfica e as suas implicações para o futuro vale a pena ler o segundo capítulo do livro *História do Futuro: o Horizonte do Brasil no Século XXI* de Míriam Leitão (2015). Nesse capítulo a autora descreve, entre outras coisas, o contraste entre a visão popular sobre o Brasil, arraigada no passado, como um país de crescimento demográfico explosivo e a visão do futuro formulada pelos especialistas em que o país está se encaminhando rapidamente para uma dinâmica demográfica parecida com a portuguesa, embora com uma influência muito menor da migração internacional.

Gráfico 2.10: Transição demográfica no Brasil, 1872-2050



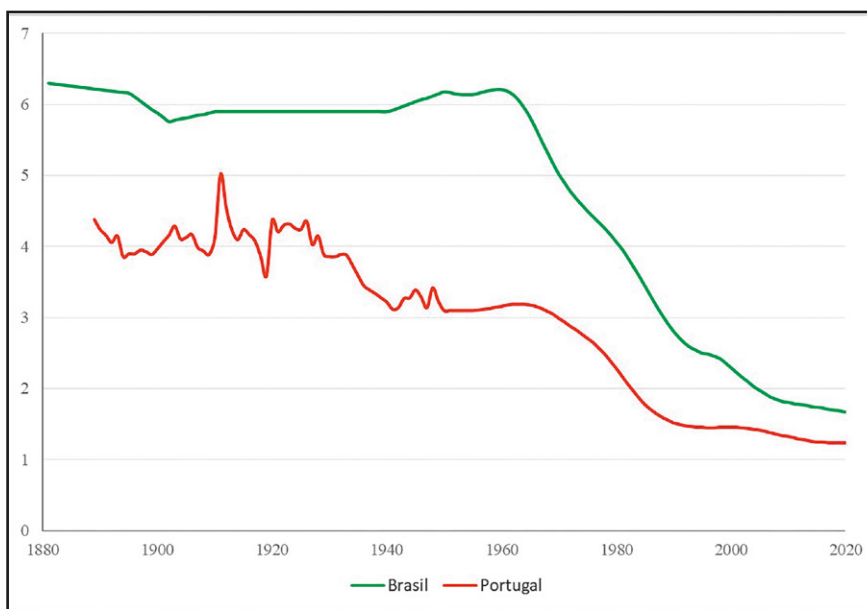
Fonte: Alves (2008 a): Gráfico 1.

De uma forma mais técnica, Vasconcelos e Gomes (2012) descrevem o perfil da transição demográfica no Brasil desde 1950. Gonçalves et al. (2019) desagregaram o processo regionalmente desde 1930, para o caso da fecundidade. Eles usaram como critério para o início da transição da fecundidade uma queda da fecundidade de pelo menos 10% entre três quinquênios sucessivos. Segundo esse critério, a transição teria se iniciado em São Paulo, no Rio de Janeiro e no Extremo Sul, no mínimo, a partir dos anos 1930. Eles levantam a possibilidade de que a transição tenha começado antes, porém, não há dados para sustentar essa ideia. A variação estimada na região de Minas Gerais e Espírito Santo para esta época também chegou muito perto de -10%, o que sugere que a transição da fecundidade nessa região também possa ter começado na década de 1930. As demais regiões do país teriam entrado no processo de transição da fecundidade, sem terem passado pela primeira fase, a partir da década de 1960, ou até mesmo início dos anos 1970, quando a fecundidade teria declinado sem interrupções em todas as áreas do país, de maneira sustentada e a altas taxas.

Nas décadas de 1950 e 1960, o declínio da mortalidade combinado com a manutenção de níveis elevados de natalidade, acima de 40 nascimentos por mil habitantes e mais de 6 filhos por

mulher ao final da vida reprodutiva, resultaram nas taxas de crescimento populacional mais elevadas na história do país: 3,1 e 2,9% ao ano, respectivamente. Nesta fase da transição, observou-se pouco impacto na estrutura etária: a população era muito jovem, com idade mediana de apenas 18 anos. A terceira fase da transição demográfica iniciou-se timidamente, em meados da década de 1960, e em 1970 os indicadores de natalidade e fecundidade detectaram essas mudanças, ainda que os níveis fossem muito elevados: 37,7 nascimentos por mil habitantes e 5,8 filhos por mulher. Os níveis de mortalidade continuaram em queda e observou-se o início do processo de envelhecimento populacional: a idade mediana aumentou para 19 anos e a proporção de idosos (acima de 60 anos) superou 5,0%.

Gráfico 2.11: Fecundidade total no Brasil e em Portugal 1880 – 2010



Fonte: Roser (2014).

Foi a partir de 1970 que o Brasil experimentou uma verdadeira revolução demográfica. Os indicadores de fecundidade e mortalidade para 1980 revelaram essas grandes mudanças: todos eles tiveram seus níveis drasticamente reduzidos. A mortalidade infantil declinou para 83 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascimentos e a esperança de vida ultrapassou o limite de 60 anos. A fecundidade total reduziu-se para 4,4 e a natalidade para 31,7 nascimentos por mil habitantes. Em 1980, o número de habitantes alcançou os 120 milhões. Em 30 anos, a população mais que dobrou de tamanho; porém, a taxa de crescimento anual começou a diminuir (2,5% entre 1970 e 1980). A estrutura etária da população foi impactada por essas mudanças: a idade mediana se elevou a 20 anos e a proporção de idosos aumentou para 6,1%.

Na década de 1980, as tendências de queda da fecundidade e da mortalidade foram ainda mais acentuadas. Em 1991, a natalidade caiu para apenas 23,7 nascimentos por mil habitantes e a fecundidade total para 2,9. Nesse período, a queda da mortalidade infantil foi ainda mais importante: caiu praticamente pela metade, para 45,2 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos (nados vivos). A esperança de vida também aumentou, alcançando 65,8 anos. Em 1991,

mais uma vez, a população brasileira dobrou de tamanho em apenas 30 anos, chegando a 147 milhões. O ritmo de crescimento anual na década, no entanto, foi muito menor que no passado: 1,9% entre 1980 e 1991. Confirmando as tendências da mortalidade e sobretudo da fecundidade observadas na década anterior, a estrutura etária continuou seu processo de envelhecimento, conforme mostrou o Censo de 1991: a idade mediana aumentou para 22 anos.

Nas duas décadas seguintes, entre 1991 e 2010, os níveis de mortalidade e fecundidade reduziram-se ainda mais. A mortalidade infantil caiu para 16,2 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos (nados vivos) e a esperança de vida ultrapassou 70 anos, chegando a 73,5 anos em 2010. A natalidade caiu para 16 nascimentos por mil habitantes e a fecundidade total para apenas 1,9 filhos por mulher, valor abaixo do nível necessário para a reposição das gerações, que é 2,1.

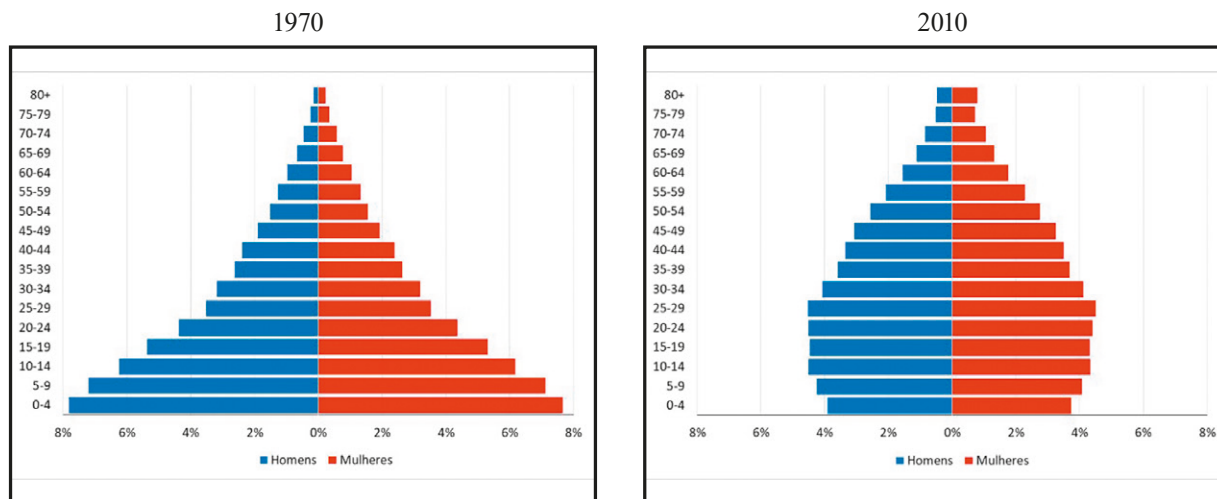
Uma das limitações da forma como normalmente se analisa a transição demográfica é que existe a tendência a focar no país como a unidade de análise relevante quando em realidade diferentes fases da transição podem ser observadas simultaneamente numa mesma sociedade. As transformações na população brasileira não ocorreram simultaneamente em todas as regiões do país. Em 1970, os indicadores de mortalidade e fecundidade para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste evidenciavam um processo de transição demográfica já iniciado, enquanto nas regiões Norte e Nordeste, os elevados níveis de mortalidade infantil e fecundidade total (8,15 e 7,53, respectivamente) caracterizavam um momento de pré-transição (fase 1). Já na década de 1970, todas as regiões encontravam-se em processo de transição. A queda dos níveis de mortalidade, especialmente da mortalidade infantil, e o conseqüente aumento da esperança de vida eram generalizados. Todas as regiões, à exceção do Nordeste, alcançavam ou superavam os 60 anos de vida média, que apenas a região Sul havia atingido na década anterior.

As pirâmides etárias e os indicadores de estrutura etária mostram os diferentes momentos da transição demográfica nas regiões brasileiras. As regiões Sudeste e Sul iniciaram esse processo de transição, que se espalhou por todas as regiões do país, apresentando em 2010 estruturas etárias envelhecidas ou em processo acelerado de envelhecimento. Entretanto, as diferenças regionais são ainda relevantes: 10 anos de diferença entre idades medianas separam as regiões Sudeste e Sul, as populações mais envelhecidas, da região Norte, onde a população é mais jovem (22 anos de idade mediana). Estas diferenças demográficas entre regiões espelham as suas disparidades de renda e outros indicadores econômicos. Noutras palavras, estados e regiões, ou grupos sociais, se situam em momentos e fases diferentes da transição demográfica (Brito et al., 2007). Tendo em vista essa grande variabilidade de situações, pode-se afirmar que o país ainda não alcançou o equilíbrio demográfico, com baixos níveis de mortalidade e fecundidade. Ainda que o número de filhos por mulher tenha caído abaixo do nível de reposição na maior parte do país, diferenças segundo a idade da mulher, seu local de residência e condições socioeconômicas persistem.

Observa-se também a queda no número de filhos por mulher, persistindo, no entanto, as grandes diferenças regionais. No Norte e Nordeste, apesar da queda, estes números, superiores a 6 filhos por mulher, ainda eram bastante elevados. Já no Sudeste e Sul, os níveis em patamares intermediários (em torno de 3,5 filhos por mulher) impactavam fortemente a estrutura etária da população. Em 2000, somente a região Norte apresentava número médio de filhos por mulher superior a 3,0; em 2010, todas as demais regiões viram seus níveis reduzidos abaixo do nível de reposição de 2,1 filhos por mulher.

Nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, a queda da mortalidade infantil foi mais expressiva entre os anos de 1980 e 1991, enquanto no Sudeste, a queda foi igualmente importante em todo o período de 1980 a 2000. Já o Nordeste teve a maior redução entre os anos de 1991 e 2010. Ainda que tenham sido observados ritmos diferenciados de queda da taxa de mortalidade infantil nas diferentes regiões, a redução nesse indicador foi espetacular em todas elas: mais de 70,0% de queda, entre 1980 e 2010. O aumento da esperança de vida também pôde ser observado em todas as regiões, com valores maiores que 70 anos em 2010. Apesar disso, os níveis de mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil, encontram-se em patamares elevados quando comparados aos de outros países em semelhante nível de desenvolvimento socioeconômico. Se por um lado, as doenças infecciosas deixaram de ser a principal causa de morte na infância, por outro, a prematuridade e outras afecções perinatais revelam o muito que o Brasil ainda tem a avançar para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde no período pré-natal e no parto.

Gráfico 2.12: Pirâmides etárias da população brasileira em 1970 e 2010



Fonte: Censos Demográficos de 1970 e 2010.

Parte da evolução da estrutura etária pode ser visualizada no Gráfico 2.12, com as pirâmides etárias do Brasil em 1970, quando o país estava em plena segunda fase da transição, e em 2010, quando estava passando da terceira para a quarta fase. De uma população predominante jovem num passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente, cada vez mais importante, de pessoas com 60 anos ou mais de idade. De uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e risco de morte na infância elevado, passa-se a uma sociedade predominantemente urbana, com arranjos familiares diversos (famílias com filhos, sem filhos, unipessoais, homoafetivas, entre outras categorias) e risco reduzido de morte na infância. Nesse processo de transição, destacam-se a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da importância de doenças crônico-degenerativas, muitas delas tendo como fatores de risco aqueles associados às condições de vida em grandes áreas urbanas, como sedentarismo e estresse. A fase da transição em que o país se encontrava em 2010 proporciona ao país condições relativamente favoráveis devido ao chamado bônus demográfico já mencionado anteriormente (ver também o Capítulo 14).



A transição demográfica na África começou mais tarde do que em outras partes do mundo. Entretanto, como observa Bongaarts (2017), se o critério usado for o estágio de desenvolvimento e não o tempo histórico, pode-se afirmar que a transição demográfica africana começou antes da europeia. Francisco (2011b) nota que a transição demográfica em Moçambique está em curso, graças à diminuição da mortalidade, mas também observa que é praticamente impossível determinar, com exatidão, qual foi o início do processo, por falta de dados adequados sobre mortalidade e fecundidade, relativos à primeira metade do século XX. A melhor inferência possível é que a transição tenha começado nas primeiras décadas do século XX, despoletada pela redução sustentável da mortalidade ou transição da mortalidade. No período 1970-80 surgiram algumas indicações de redução da fecundidade, mas nas décadas mais recentes verificou-se uma desaceleração ou mesmo estagnação (Reher, 2004; Shapiro e Gebreselassie, 2009). Na década de 2000-09, vários investigadores constataram uma relativa desaceleração ou mesmo estagnação na queda da fecundidade, em vários países da África Subsaariana (Arnaldo e Muanamoha, 2010; Bongaarts, 2007; Ezeh et al., 2009; Shapiro e Gebreselassie, 2009). Shapiro e Gebreselassie classificaram Moçambique no início da transição da fecundidade, com um nível médio nacional de 5,5 filhos por mulher (6,1 rural e 4,4 urbano), não se observando qualquer diminuição entre 1976 e 2003.

Os dados do Censo de 2007 reforçam esta ideia, ao revelar uma média de 5,7 filhos por mulher (Arnaldo e Muanamoha, 2010), enquanto o Censo de 2017 acusou apenas um declínio leve, para 5,2. Como foi mencionado anteriormente, o Censo de 2017 sugere um crescimento anual médio de 3,07% entre 2007 e 2017, o qual confirma que Moçambique se encontra em plena segunda fase da transição. Muito daquilo que Francisco escreve sobre o caso de Moçambique também se aplica a Angola, onde o número médio de filhos por mulher é ainda mais alto do que em Moçambique.

Angola é um país com grande dinâmica das taxas de crescimento demográfico. As médias e as anuais são relativamente altas, indiciando que a população angolana ainda se encontra numa fase ascendente de transição demográfica. Este elevado ritmo de crescimento da população pode resultar da conjugação das elevadas taxas de fertilidade com a relativa regressão nas taxas gerais de mortalidade (Félix 2015: 128)<sup>12</sup>.

Timor-Leste também se encontra numa situação semelhante, embora o Censo de 2015 indique o início da queda da fecundidade. Para maiores informações sobre a dinâmica demográfica de Timor-Leste desde o fim da colonização portuguesa, ver Hull (2003) e Neupert e Lopes (2006). Em São Tomé & Príncipe, Guiné-Bissau e Guiné Equatorial, o processo está um pouco mais avançado. São Tomé & Príncipe inclusive já se encontra na terceira fase da transição.

Cabo Verde já está mais avançado na terceira fase e logo entrará a quarta fase. A queda da sua fecundidade começou nos anos 80. De todos os países de língua portuguesa, este provavelmente foi o mais afetado pela migração internacional. Já na época colonial houve um reassentamento forçado de muitos cabo-verdianos para suprir as necessidades de mão de obra das plantações de São Tomé & Príncipe e Angola (Ishemo, 1995). Atualmente estima-se que há quase meio milhão de cabo-verdianos residindo no exterior (Carling, 2004). Aproximadamente a metade mora nos EUA, particularmente em Massachusetts e Rhode Island. O segundo maior destino é Portugal, onde vivem aproximadamente 100.000 naturais de Cabo Verde, muitos com

---

<sup>12</sup> O termo “fertilidade” usado pelo autor em realidade é incorreto e deveria ser “fecundidade”. A diferença será explicada no Capítulo 10.

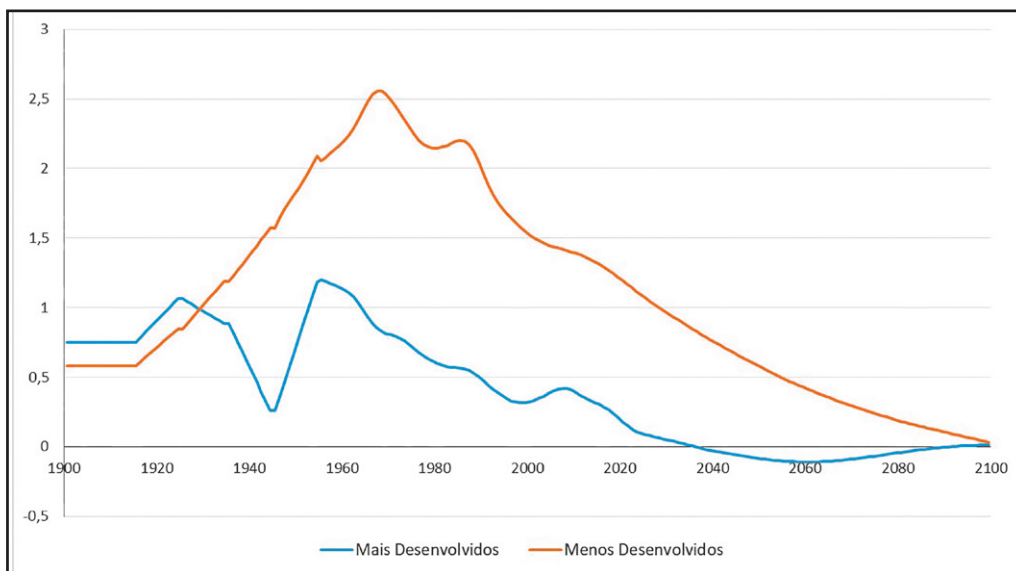
a cidadania portuguesa. Outras comunidades importantes de cabo-verdianos existem em Angola (aproximadamente 55.000), os Países Baixos e Senegal. Especula-se que, sem a “válvula de escape” da emigração, a transição demográfica em Cabo Verde teria sido mais rápida do que já foi. Desde a Independência Cabo Verde também tem atraído muitos estrangeiros, particularmente da África Ocidental e Europa. Foram realizados dois diagnósticos de situação dos imigrantes, um em 2010 e outro em 2014, e já foi criada uma política nacional de imigração que visa a regularização extraordinária de todos os cidadãos estrangeiros, sobretudo os com mais de três anos de residência (Sousa, 2014). Em anos recentes, Cabo Verde tem se convertido num país de passagem através do qual muitos migrantes da África Ocidental tentam chegar à Europa (Marcelino, 2011). Góis (2006, 2008) faz uma discussão sistemática da diáspora cabo-verdiana nos diferentes países da Europa. Detalhes adicionais sobre a migração cabo-verdiana podem ser encontrados nos Capítulos 11 e 15.

## 2.7 AS TENDÊNCIAS DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL

Uma parte importante do interesse levantado pela questão demográfica no período após a Segunda Guerra Mundial está relacionada com o ritmo inusitado de crescimento da população mundial durante este período. Na medida que um número crescente de países entraram na segunda fase da sua transição demográfica, a população mundial sentiu o efeito sobre as suas taxas de crescimento globais. Em 1950 o mundo tinha 2,5 bilhões de habitantes e em 1987 chegou a 5 bilhões; em 2015 eram 7,35 bilhões, ou seja, quase o triplo de 1950. A taxa de crescimento anual da população mundial alcançou o seu ponto mais alto em 1967, quando chegou a 2,1% anuais.

Trata-se de uma taxa sem precedentes na história. Antes de 1750 o crescimento foi muito lento, como corresponde à primeira fase da transição: uma média de aproximadamente 0,1% ao ano entre 1000 e 1750. Como se mencionou antes, o mundo em 1500 provavelmente não tinha mais de 500 milhões de habitantes. Estima-se que no início da Revolução Industrial, em 1750, eram 791 milhões. Portanto, o crescimento anual médio entre 1750 e 1950 foi de 0,58%, apesar da transição demográfica nos países mais desenvolvidos. É certo que os EUA cresceram numa média anual de 2,81 % entre 1790 e 1890, mas esta foi uma situação excepcional decorrente do grande fluxo de migrantes entrando no país. Entre as duas Guerras Mundiais houve uma forte queda nas taxas de crescimento dos países industrializados que se recuperaram depois da Segunda Guerra Mundial, com o chamado “baby boom”. Mas a partir dos anos 60 as taxas de crescimento começaram a cair outra vez, justamente num momento em que as populações dos países menos desenvolvidos começavam a experimentar uma verdadeira “explosão demográfica”, como se pode apreciar no Gráfico 2.13.

Gráfico 2.13: Ritmo de crescimento anual da população dos países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos desde 1900 e projetado até 2100



Fontes: Livi-Bacci (2014); Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2019.

Desde 1967 o crescimento tem diminuído paulatinamente e no período de 2010-2014 foi 1,19% ao ano. A projeção média preparada pela Divisão de População das Nações Unidas em 2019 indica que o crescimento continuará diminuindo até chegar a zero em 2103, quando o mundo terá 10,9 bilhões de habitantes<sup>13</sup>. Entretanto, nesta fase da transição demográfica ao nível mundial pequenas diferenças no ritmo de redução da fecundidade podem ter consequências importantes para o tamanho máximo da população mundial e o momento em que este máximo será alcançado. Por exemplo, segundo a variante mínima preparada por Nações Unidas, que implica um declínio um pouco mais rápido da fecundidade nos países na segunda ou terceira fase da transição demográfica, o mundo também poderá alcançar um máximo de 8,92 bilhões em 2054. Mas também existe a possibilidade de um declínio um pouco mais lento do que previsto na hipótese média, o que poderia levar a uma população de 15,60 bilhões em 2100 que ainda continuaria crescendo por várias décadas.

Além da questão acerca do momento em que a população vai parar de crescer e qual será o seu tamanho naquele momento, também haverá mudanças significativas na distribuição da população por regiões. Aquelas regiões que atualmente estão na quarta ou quinta fase da transição demográfica não crescerão mais ou inclusive podem diminuir. Mas os quase 10% da população mundial que ainda estão na segunda fase e os quase 50% que estão na terceira podem causar modificações muito significativas na distribuição futura. Mesmo hoje a distribuição regional já está muito diferente do que foi no passado. Por volta de 1900, a Europa abrigava quase um quarto da população mundial; hoje não é mais do que um décimo e a tendência desta porcentagem é de diminuir mais. África, por outro lado, em 1900 só abrigava 8% da população mundial, mas em 2015 era 16% e no final do século pode chegar a quase 40%. A participação da América Latina em 2015 estava perto do seu máximo histórico e tende a diminuir no futuro.

<sup>13</sup> A Revisão de 2017 mostrava um máximo de 11,3 bilhões, a ser atingido em 2116.

Tabela 2.4: População mundial por regiões de 1750 até 2020 e projetada segundo a variante média das Nações Unidas até 2100

Números Absolutos (Milhões)							
Anos	Mundo	África	Ásia	Europa	Am. Latina	Am. Norte	Oceânia
1750	791	106	502	163	16	2	2
1800	1000	107	656	203	24	7	3
1850	1262	111	809	276	38	26	2
1900	1650	133	947	408	74	82	6
1950	2536	229	1404	549	169	173	12,6
2000	6145	818	3730	727	526	313	31,2
<b>2020</b>	<b>7795</b>	<b>1341</b>	<b>4641</b>	<b>748</b>	<b>654</b>	<b>369</b>	<b>42,7</b>
2050	9735	2489	5290	710	762	425	57,4
2100	10875	4280	4719	630	680	491	74,9

Números Relativos (Porcentos)							
Anos	Mundo	África	Ásia	Europa	Am. Latina	Am. Norte	Oceânia
1750	100,0	13,4	63,5	20,6	2,0	0,3	0,3
1800	100,0	10,7	65,6	20,3	2,4	0,7	0,3
1850	100,0	8,8	64,1	21,9	3,0	2,1	0,2
1900	100,0	8,1	57,4	24,7	4,5	5,0	0,4
1950	100,0	9,0	55,4	21,7	6,7	6,8	0,5
2000	100,0	13,3	60,7	11,8	8,6	5,1	0,5
<b>2020</b>	<b>100,0</b>	<b>17,2</b>	<b>59,5</b>	<b>9,6</b>	<b>8,4</b>	<b>4,7</b>	<b>0,5</b>
2050	100,0	25,6	54,3	7,3	7,8	4,4	0,6
2100	100,0	39,4	43,4	5,8	6,3	4,5	0,7

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2019.

O mesmo fenômeno pode ser ilustrado de forma ainda mais dramática olhando a distribuição da população entre os países mais populosos do mundo. A lista abaixo mostra estes países em 1950, 2020 e 2100, conforme as divisões político-administrativas atuais, com as suas populações em milhões. As populações em 2100 são conforme a projeção média da Divisão de População das Nações Unidas preparada em 2019. Uma das características salientes da lista é o peso crescente dos países africanos. Em 1950 não havia nenhum país africano entre os dez mais populosos do mundo. Em 2100 espera-se que haja cinco: Nigéria, República Democrática do Congo, Etiópia, Tanzânia e Egito. Com a exceção dos EUA, todos os outros países na lista de 2100 são asiáticos. Os quatro países europeus (Federação Russa, Alemanha, Reino Unido e Itália), que aparecem na lista de 1950, e os dois países latino-americanos (Brasil e México), que aparecem em 2020, não constarão mais em 2100. Finalmente, é possível notar a rápida perda de posição relativa do Japão que, conforme a projeção, perderá um terço da sua população durante este século, e a ascensão da Índia que em 2027 passará a China como o país mais populoso do mundo.

Tabela 2.5: Dez países maiores do mundo em termos de tamanho das suas populações em 1950, 2020 e projeção para 2100

	1950	2020	2100
1	China (554)	China (1439)	Índia (1450)
2	Índia (376)	Índia (1380)	China (1065)
3	EUA (159)	EUA (331)	Nigéria (733)
4	Federação Russa (103)	Indonésia (274)	EUA (434)
5	Japão (82,8)	Paquistão(221)	Paquistão (403)
6	Alemanha (70,0)	Brasil (213)	Rep. Dem. do Congo (362)
7	Indonésia (69,5)	Nigéria (206)	Indonésia (321)
8	Brasil (54,0)	Bangladesh (165)	Etiópia (294)
9	Reino Unido (50,6)	Federação Russa (146)	Tanzânia (286)
10	Itália (46,6)	México (129)	Egito (225)

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, Revisão de 2019.

Embora os dados acima demonstrem que o elevado crescimento em algumas partes do mundo ainda tem o potencial para causar grandes transformações numéricas, também é verdade que – fora da África e um número relativamente pequeno de países não africanos – os principais desafios demográficos do século XXI serão outros. Trata-se principalmente dos seguintes:

1. O rápido envelhecimento da população mundial, particularmente em alguns países;
2. A crescente mobilidade internacional da população; e
3. O elevado ritmo de urbanização em algumas partes do mundo, particularmente na África.

O envelhecimento da população mundial, como resultado da transição das estruturas etárias discutida na seção 2.4 deste capítulo, pode ser ilustrado de diferentes maneiras. Uma é pela decomposição do crescimento da população mundial até o fim do século. Como já foi assinalado antes neste capítulo, a Divisão de População das Nações Unidas, na sua projeção média, projeta um crescimento de 3,08 bilhões de habitantes para o mundo entre 2020 e 2100. Entretanto, o número de crianças menores de 15 anos em 2100, segundo a mesma projeção, será 86,0 milhões *menos* do que em 2020. Ou seja, a população infantil do mundo crescerá em alguns países e diminuirá em outros, mas o efeito líquido será de um crescimento negativo. A população de jovens de 15-24 anos também crescerá pouco, compondo 3,1% do crescimento total. Mas nada menos de 65,6% do aumento esperado da população mundial entre 2020 e 2100 se dará nas idades acima dos 60. Como resultado, a porcentagem de idosos em quase todos os países deve aumentar substancialmente. Em 2020 os países mais envelhecidos no mundo eram o Japão, com 34,3% da sua população acima de 60 anos, Itália, com 29,8%, Alemanha, com 29,4% e Portugal, com 29,4%. Mas a expectativa é que no ano 2100 haja vários países com mais de 40% de idosos, entre os quais a Albânia, Brasil, Coreia do Sul, El Salvador, Espanha, Itália, Japão, Portugal, Singapura, Tailândia e Taiwan.

O efeito da migração internacional sobre as populações dos países seguramente será menos dramático do que as transformações retratadas acima que são principalmente o resultado da natalidade elevada de alguns países. Mas nem por isso deixará de ser significativo. Os países mais desenvolvidos no final do século terão 29,6% mais habitantes do que teriam tido na ausência de migração

internacional, o que os ajudará a diminuir o seu ritmo de envelhecimento. Estes 29,6% incluem tanto o efeito direto da migração como o efeito indireto resultante da maior fecundidade entre os migrantes recentes. Os países desenvolvidos mais afetados por este fenómeno serão países tradicionais de imigração como Canadá (113,7% de habitantes adicionais em 2100), Austrália (81,7% de habitantes adicionais em 2100), os EUA (44,1%) e Nova Zelândia (33,1%). Mas os países europeus no seu conjunto provavelmente também terão uma população 17,7% maior do que seria o caso na ausência da migração internacional. Os mais afetados provavelmente serão Luxemburgo (123,2%), Suíça (78,4%), Mônaco (77,1%), Noruega (72,6%) e Liechtenstein (67,6%). Fora da Europa e dos países tradicionais de imigração, os países que mais crescerão em função da migração internacional incluem Catar (162,2% mais habitantes do que na ausência de migração), Macau (140,0%), Singapura (93,1%), Saara Oriental (86,0%), Bahrain (75,0%) e algumas das ilhas do Caribe.

O efeito da migração internacional sobre o crescimento demográfico dos países em desenvolvimento será menor do que no caso dos países mais desenvolvidos, reduzindo a sua população esperada em 2100 em somente 2,7%. Mas em alguns países o efeito será muito maior, como nas ilhas da Polinésia (36,2%) e Micronésia (28,3%), em Sri Lanka (38,7%), Líbano (32,0%) e Timor-Leste (20,2%). Na Europa, Albânia (44,7%), Sérvia (20,3%), Bulgária (15,4%) e os países bálticos provavelmente continuarão perdendo contingentes significativos de população por causa da migração internacional, o que agravará os seus problemas de baixa fecundidade. O Brasil provavelmente será pouco afetado pela migração internacional, apesar de ter um saldo ligeiramente positivo. O mesmo vale para Angola e Moçambique, embora estes provavelmente terão saldos marginalmente negativos. Cabo Verde e Guiné-Bissau continuarão perdendo população pela emigração, mas em quantidades relativamente modestas. Guiné Equatorial pode ganhar população adicional (28,3%) para 2100, pela imigração.

Considerando o panorama da população mundial descrito acima, qual é a situação dos países de língua portuguesa? A resposta é que a situação varia muito. Num extremo está a situação de Portugal, um dos dez países com a mais baixa fecundidade do mundo, com uma população já bastante envelhecida e que desde 2009 começou a encolher. Macau tem a segunda mais baixa fecundidade do mundo, mas uma estrutura demográfica muito menos envelhecida devido ao alto nível de imigração. Não se prevê um fim ao seu crescimento até 2100. O Brasil está seguindo a trajetória de Portugal, de forma atrasada mas num ritmo mais acelerado. As projeções demográficas feitas pelo IBGE em 2018 sugerem que a sua população começará a diminuir a partir de 2046. A fecundidade brasileira em 2015 estava aproximadamente no nível onde Portugal estava 30 anos antes. As projeções da Divisão de população que a fecundidade brasileira não deve cair aos níveis extremamente baixos previstos para Portugal nas próximas décadas e que no longo prazo as taxas portuguesas subirão de novo, convergindo para os níveis do Brasil na década de 2060. Cabo Verde está muito próximo a alcançar o seu nível de fecundidade de reposição, mas continuará crescendo moderadamente até o fim do século devido a sua estrutura etária jovem. Todos os outros países de língua portuguesa ainda estão longe de atingir a fecundidade de reposição e ainda devem crescer significativamente entre 2020 e 2100: Angola 473%, Moçambique 296%, São Tomé & Príncipe 223%, Guiné Equatorial 222%, Guiné-Bissau 190% e Timor-Leste 80%.