

para
Texto

discussão

A NATALIDADE NO DISTRITO FEDERAL ENTRE 2000 E 2016: EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS

Ana Maria Nogales Vasconcelos
Ana Maria Peres França Boccucci
Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira
Mônica Oliveira Marques França

nº 62/maio de 2019
ISSN 2446-7502

A NATALIDADE NO DISTRITO FEDERAL ENTRE 2000 E 2016: EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS

Ana Maria Nogales Vasconcelos¹
Ana Maria Peres França Boccucci²
Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira³
Mônica Oliveira Marques França⁴

Brasília-DF, Maio de 2019

¹ Ana Maria Nogales Vasconcelos - Doutora em Demografia e Professora Associada da UnB.

² Ana Maria Peres França Boccucci - Mestre em Demografia e Socióloga do Núcleo de Estudos Populacionais - DIPOS/Codeplan.

³ Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira - Doutora em Políticas Públicas e Gerente de Estudos e Análises de Proteção Social - DIPOS/Codeplan.

⁴ Mônica Oliveira Marques França - Especialista em Demografia e Chefe do Núcleo de Estudos Populacionais - DIPOS/Codeplan.

Texto para Discussão

Veículo de divulgação de conhecimento, análises e informações, sobre desenvolvimento econômico, social, político, gestão e política públicas, com foco no Distrito Federal, na Área Metropolitana de Brasília (AMB) e na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) e estudos comparados mais amplos, envolvendo os casos acima.

Os textos devem seguir as regras da [Resolução 143/2015](#), que regem o Comitê Editorial da Codeplan, e não poderão evidenciar interesses econômicos, político-partidários, conteúdo publicitário ou de patrocinador. As opiniões contidas nos trabalhos publicados na série Texto para Discussão são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, de qualquer maneira, o ponto de vista da Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan.

É permitida a reprodução parcial dos textos e dos dados neles contidos, desde que citada a fonte. Reproduções do texto completo ou para fins comerciais são proibidas.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan

Texto para Discussão

TD - n. 62 (2019) - . - Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2019.

n. 62, maio, 29,7 cm.

Periodicidade irregular.

ISSN 2446-7502

1. Desenvolvimento econômico-social. 2. Políticas Públicas
3. Área Metropolitana de Brasília (AMB). 4. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE).
I. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. II. Codeplan.

CDU 338 (817.4)

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Ibaneis Rocha

Governador

Paco Britto

Vice-Governador

**SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO
E GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL - SEPLAG**

André Clemente Lara de Oliveira

Secretário

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN

Jeansley Charllles de Lima

Presidente

Juliana Dias Guerra Nelson Ferreira Cruz

Diretora Administrativa e Financeira

Bruno de Oliveira Cruz

Diretor de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas

Daienne Amaral Machado

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Erika Winge

Diretora de Estudos Urbanos e Ambientais

RESUMO

A caracterização da natalidade é relevante tanto sob o ponto de vista demográfico, dado o seu impacto sobre o tamanho e a estrutura etária da população, quanto na saúde, por fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas que permitam definir ações prioritárias na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido. Por conseguinte, este trabalho tem por objetivo analisar a evolução da natalidade e da fecundidade no Distrito Federal, entre 2000 e 2016, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde. Os resultados apontam a queda expressiva nos níveis da natalidade e fecundidade, tendo a Taxa de Fecundidade Total (TFT) alcançado o valor de 1,69 filho por mulher no final do período. Essa queda na intensidade da fecundidade é acompanhada por uma mudança na estrutura etária com o adiamento do momento de ter filhos para idades mais avançadas. O DF apresenta no período mais recente uma fecundidade dilatada e muito tardia, com o máximo do período reprodutivo entre 20 e 34 anos. Observa-se também que a estrutura etária das mães está associada à escolaridade e à raça/cor da mãe. Mães negras e as com menor nível de escolaridade têm filhos com idades mais jovens do que mães brancas ou com maior nível de escolaridade. São analisados também as características da gestação e do parto e os fatores de risco associados à mortalidade infantil, como a prematuridade, o baixo peso ao nascer e as anomalias congênitas. Entre esses resultados destaca-se o aumento da proporção de partos cesáreos, que alcançou 55% em 2016. Essa proporção é mais do que o dobro na rede privada (cerca de 90%) quando comparada com a rede pública (40%) e também é muito maior entre mães com maior escolaridade. Destaca-se, ainda, em relação aos fatores de risco que prematuros ou nascituros de baixo peso correspondem a cerca de 10% dos nascimentos, e que a presença de anomalias congênitas é notificada em 0,6%. Esses resultados são importantes subsídios para ações públicas visando à melhoria da atenção à saúde de mulheres e de recém-nascidos no Distrito Federal, tendo como meta o cumprimento do terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável, no qual se pretende reduzir as mortes evitáveis de recém-nascidos até 2030.

Palavras-chave: Natalidade; Fecundidade; Distrito Federal.

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	7
2. MÉTODO	8
3. RESULTADOS.....	9
3.1. Evolução da natalidade e da fecundidade no Distrito Federal	9
3.2. Nascidos vivos segundo as características da mãe	14
3.2.1. Idade da mãe	14
3.2.2. Raça/cor da mãe	15
3.2.3. Escolaridade da mãe.....	17
3.3. Nascidos vivos segundo a característica da gestação e do parto.....	19
3.3.1. Número de consultas pré-natal	19
3.3.2. Tipo de parto	21
3.4. Características do recém-nascido	24
3.4.1. Duração da gestação	24
3.4.2. Peso ao nascer	24
3.4.3. Anomalias congênitas	25
4. CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
APÊNDICE	29

1. INTRODUÇÃO

A caracterização da natalidade é relevante tanto sob o ponto de vista demográfico, dado o seu impacto sobre o tamanho e a estrutura etária da população, quanto na saúde, por fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas que permitam definir ações prioritárias na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido. Por conseguinte, este trabalho tem por objetivo analisar a evolução da natalidade no Distrito Federal entre 2000 e 2016.

Buscou-se, para tanto, organizar e analisar os dados sobre os nascidos vivos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde disponíveis no portal Datasus.

Considera-se nascido vivo como *“a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção que, independentemente da duração da gravidez, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva”* (BRASIL, 2011).

Com base nos dados coletados a partir da Declaração de Nascido Vivo (DNV),⁵ foi possível descrever o perfil sociodemográfico da mãe (idade, raça/cor e escolaridade), características da gestação e do parto (número de consultas pré-natal e tipo de parto) e características do recém-nascido (peso, tempo de gestação e anomalia). As variáveis consideradas importantes do ponto de vista epidemiológico, quais sejam, tipo de parto, número de consultas pré-natal; duração da gestação, peso ao nascer e anomalia constituem uma base de evidências que podem contribuir para ações que venham a aprimorar mais ainda a atenção à saúde materna e do recém-nascido no Distrito Federal (Saúde Brasil, 2013).

⁵ Para mais informações sobre a Declaração de Nascido Vivo (DNV), consultar Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/88/2015/11/inst_dn.pdf. Acesso em: 7 jan. 2019.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo sobre os nascidos vivos de mães residentes no Distrito Federal, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC) para os anos de 2000 a 2016. Para o cálculo de indicadores sobre a intensidade e características da natalidade e fecundidade, considerou-se a média móvel do triênio centrado no ano de interesse para suavizar efeitos aleatórios e eventuais erros de coleta em um determinado ano. Dessa forma, para o ano de 2000, foram considerados o número médio de nascimentos entre 1999 e 2001; para 2010, o número médio de nascimentos entre 2009 e 2011; e assim, para os demais anos até 2016, quando se considerou a média do triênio 2015-2017.

Foram utilizadas as seguintes variáveis:

- **Idade da mãe** (em anos completos): 15 a 19 (incluindo < 15), 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49 (incluindo 50 ou mais);
- **Escolaridade da mãe** (em anos de estudos): zero a três, quatro a sete, oito a 11 e 12 e mais;
- **Raça/cor**: não negra (branca, amarela), negra (preta e parda). Devido ao número muito pequeno de observações, não são apresentados resultados para a categoria “indígenas”;
- **Consultas de pré-natal** (número de consultas pré-natais): zero a três, quatro a seis, sete ou mais consultas;
- **Duração da gestação** (número de semanas de gestação): menos de 37 semanas (pré-termo), de 37 semanas a 41 semanas (termo), 42 semanas ou mais (pós-termo);
- **Tipo de parto**: vaginal e cesáreo;
- **Peso ao nascer** (em gramas): até 2.499 (baixo peso), 2.500 a 3.999 (peso adequado) e mais de 4.000 (sobrepeso).

Ao longo do estudo, serão apresentados também os indicadores de natalidade e fecundidade listados abaixo, que possuem as seguintes fórmulas de cálculo e interpretações:

- **Taxa Bruta de Natalidade (TBN)**: razão entre o número de nascimentos anuais e a população total no ano de referência, multiplicado por mil. Expressa o número de nascimentos a cada mil habitantes.
- **Taxa de Fecundidade Geral (TFG)**: razão entre o número de nascimentos anuais e a população total feminina com idades entre 15 e 49 anos no ano de referência, multiplicado por mil. Expressa o número de nascimentos por 1.000 mulheres no período reprodutivo.
- **Taxas Específicas de Fecundidade por idade (TEFs)**: razão entre o número de nascimentos anuais de mães em um determinado grupo etário e a população total feminina com idades no mesmo grupo etário, no ano de referência. Expressa o número médio de nascimentos por mulher em cada idade ao longo do período reprodutivo.
- **Taxa de Fecundidade Total (TFT)**: soma das taxas específicas de fecundidade por idade ao longo do período reprodutivo. Representa o número médio de nascimentos que uma mulher espera ter ao final do período reprodutivo.

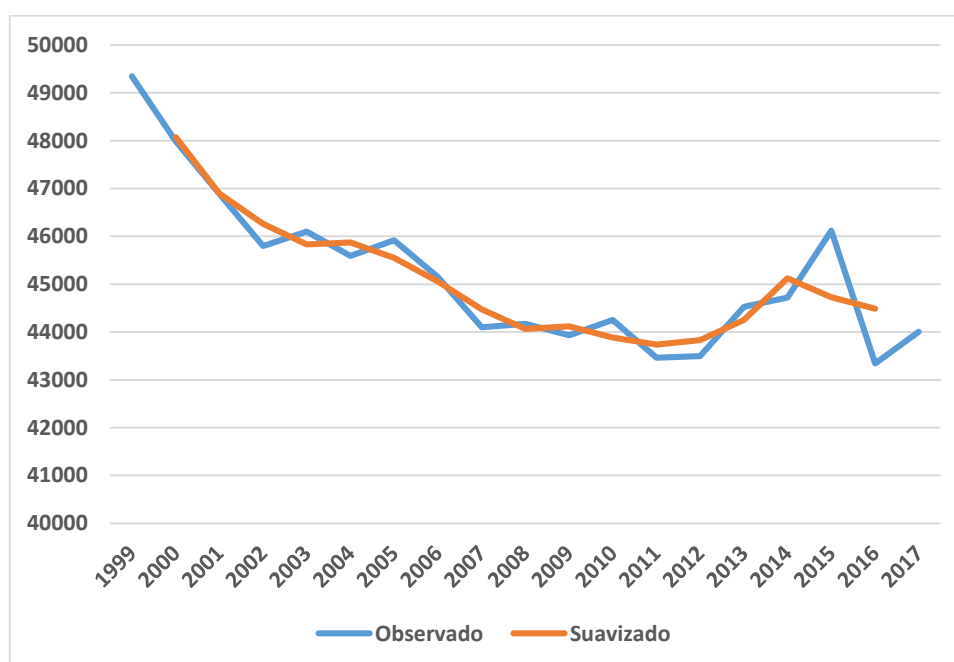
3. RESULTADOS

3.1. Evolução da natalidade e da fecundidade no Distrito Federal

Entre 2000 e 2016, observa-se uma queda no número anual de nascimentos entre residentes no Distrito Federal. Considerando-se a média móvel trienal no período, tem-se uma redução de 48 mil para 44,5 mil nascimentos anuais entre 2000 e 2016, respectivamente.

Verifica-se, no entanto, que essa queda não foi contínua no período. Destacam-se seis momentos: (i) entre 1999 e 2002, forte queda no número de nascimentos, de mais de 49 mil a 45,8 mil, uma redução de mais de três mil nascimentos ao ano; (ii) entre 2002 e 2005, estabilização do número de nascimentos em torno de 45,7 mil ao ano; (iii) de 2005 a 2007, nova queda brusca, com redução de cerca de mil nascimentos ao ano; (iv) de 2007 a 2012, estabilização em torno de 44 mil nascimentos, com redução de 43,5 mil ao ano nos últimos dois anos; (v) de 2012 a 2015, aumento do número de nascimentos anuais, alcançando 46,1 mil no último ano; (vi) entre 2015 a 2017, forte queda no número de nascimentos em 2016, voltando ao patamar de 2011 e 2012 (um pouco mais de 43 mil nascimentos) e uma pequena recuperação em 2017 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de nascidos vivos residentes segundo o ano de nascimento. Distrito Federal, 2000-2016



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan.

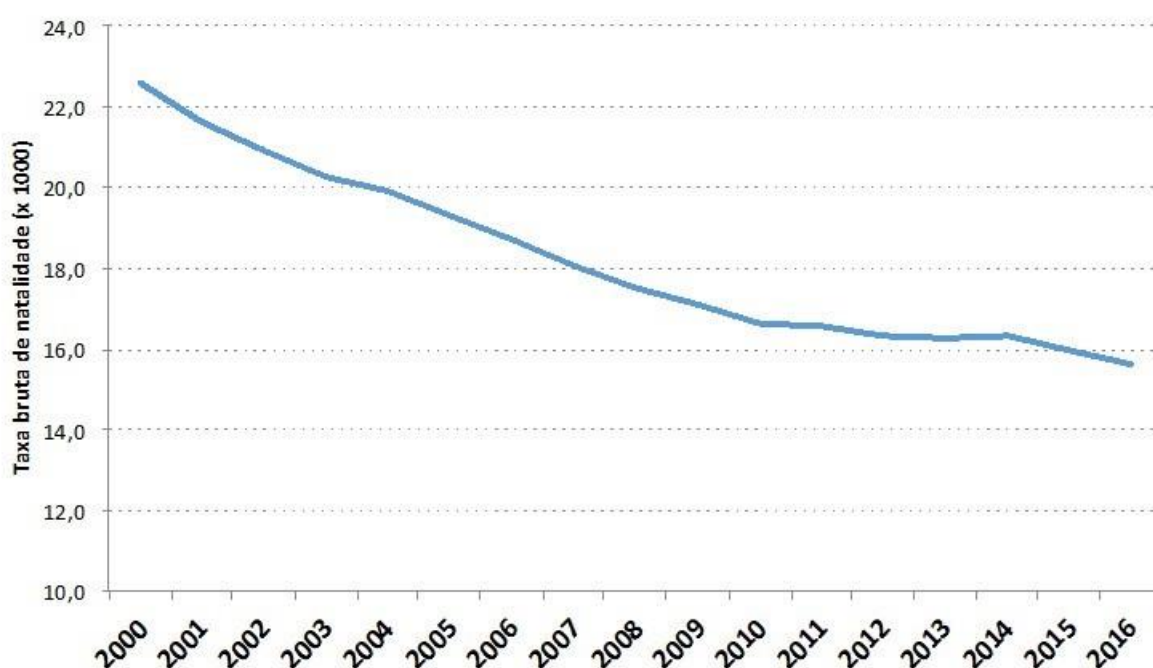
Nota: Suavizado: médias trienais centradas no ano de interesse.

Essa evolução não linear da queda do número de nascimentos no Distrito Federal acompanha o observado para o país como um todo (BRASIL, 2018). Por um lado, esse comportamento pode ser explicado pelas diferentes tendências do número de filhos por mulher segundo a idade da mãe, como se verá a seguir. A mudança na estrutura etária das mulheres no momento do parto, com a postergação para idades mais avançadas do período reprodutivo, pode explicar a queda e posterior aumento do número de nascidos vivos anuais

de mães residentes no Distrito Federal ao longo do tempo. Por outro lado, para o período mais recente, a forte queda no número de nascimentos (2015 a 2016) pode estar associada ao surto do vírus da Zika e com o aumento da prevalência de microcefalia em recém-nascidos.⁶

Ao relacionar o número de nascidos vivos com o total populacional, calcula-se a Taxa Bruta de Natalidade (TBN), que mostra uma queda da intensidade da natalidade no Distrito Federal de forma mais contínua no período. Entre 2000 e 2010, observa-se forte queda da TBN, de 22,5 para 16,6 nascimentos por mil habitantes. Entre 2010 e 2014, a TBN estabiliza-se, voltando a cair a partir de 2015, alcançando 15,6 nascimentos por mil habitantes em 2016. Entre 2000 e 2016, a TBN apresentou uma queda de 33% (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Taxa Bruta de Natalidade. Distrito Federal, 2000-2016



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: TBN calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

Indicadores mais específicos que relacionam o número de nascimentos com a população feminina em idade reprodutiva (15 a 49 anos),⁷ e por isso denominados de indicadores de fecundidade, também evidenciam a tendência de queda.

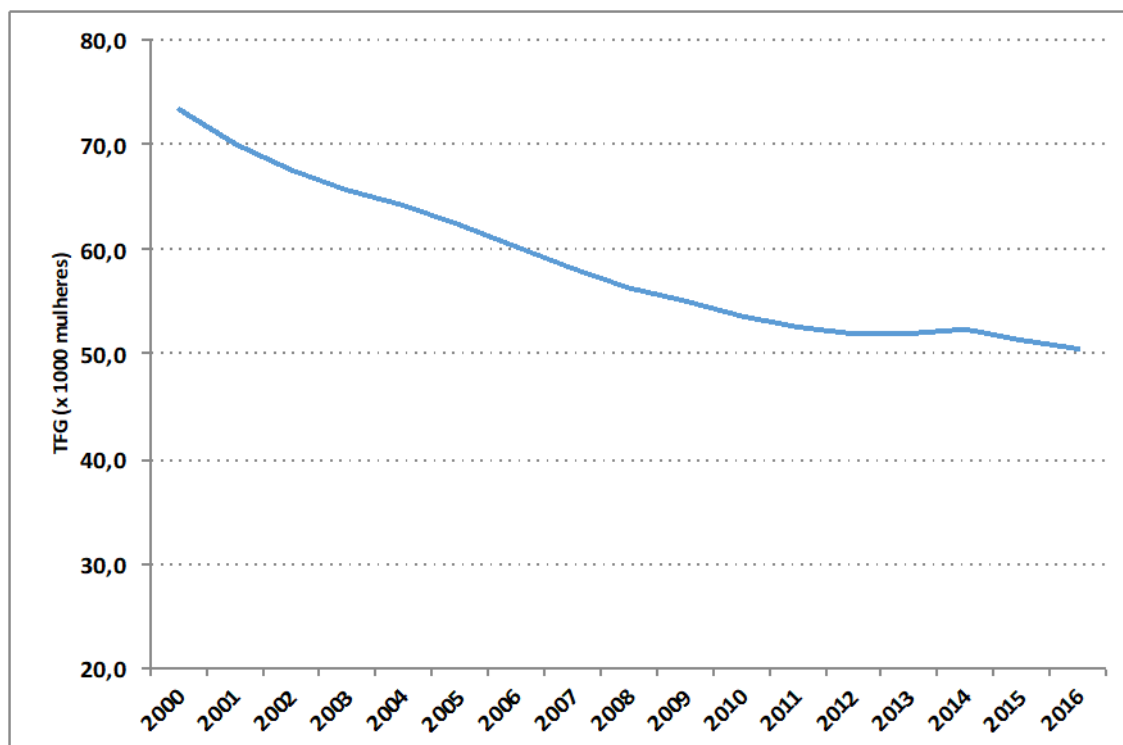
A taxa de fecundidade geral, razão entre o número total de nascimentos com a população total feminina entre 15 e 49 anos, apresenta comportamento semelhante ao da TBN ao longo do período de 2000 a 2016: forte queda entre 2000 a 2011 (de 73,3 a 52,6 nascimentos por 1.000 mulheres em idades reprodutivas) e, posteriormente, estabilização

⁶ PERET, Eduardo. Registros de nascimentos caem pela primeira vez desde 2010. *Agência de Notícias IBGE*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/17933-registros-de-nascimentos-caem-pela-primeira-vez-desde-2010>. Acesso em: 7 jan. 2019.

⁷ Ao considerar apenas a população feminina em idades reprodutivas, os indicadores relacionam os nascimentos à população realmente exposta ao risco de conceber e gerar nascidos vivos, sendo, portanto, medidas de fecundidade. O período reprodutivo da mulher, para fins estatísticos e comparabilidade internacional, é padronizado entre as idades 15 e 49 anos completos. Os nascimentos de mães com idades inferiores a 15 anos ou com 50 anos ou mais foram somados aos dos grupos etários 15 a 19 e 45 a 49, respectivamente.

em torno de 52 nascimentos por 1000 mulheres em idades reprodutivas, com redução ao valor de 50,5 no último ano. Entre 2000 e 2016, observa-se uma queda de 37% nesse indicador (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Taxa de Fecundidade Geral. Distrito Federal, 2000-2016



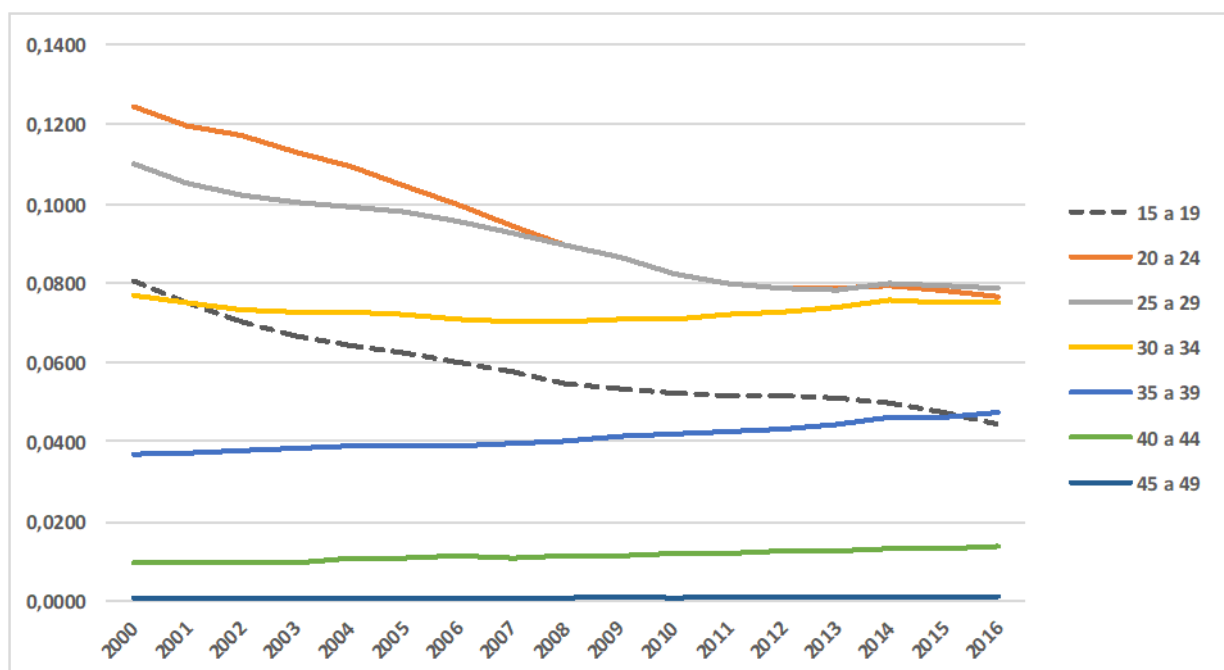
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: TFG calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

Para uma análise mais detalhada, eliminando-se o efeito da estrutura etária da população feminina ao longo do período reprodutivo, têm-se as taxas de fecundidade específicas por idade (TEFs). A evolução das TEFs entre 2000 e 2016 (Gráfico 4) corrobora a heterogeneidade das tendências de comportamentos em relação à fecundidade segundo a idade das mulheres residentes no Distrito Federal. Nota-se que, nesse período, houve redução do número médio de nascimentos nos grupos etários de mães de 15 a 29 anos e aumento daquelas com idades de 35 a 49 anos (Gráfico 4). A maior redução ao longo do período (45%) foi entre as idades de 15 a 19 anos, passando de 80 para 44 nascidos vivos por 1.000 mulheres nesse grupo etário. Esse valor em 2016 coloca o DF com uma das menores taxas de fecundidade adolescente no país (IBGE, 2018). A inserção escolar certamente é um fator que tem contribuído para a redução de vulnerabilidades associadas à gravidez de adolescentes. No entanto estudos mais aprofundados sobre comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes e jovens, incluindo análises da mortalidade intrauterina nesta faixa etária, devem ser realizados para se compreender melhor a expressiva redução dessa taxa específica de fecundidade.

A redução da intensidade da fecundidade entre as idades de 20 a 24 anos foi de 38%, passando de 124,5 para 76,6 nascidos vivos por 1.000 mulheres. Já no grupo etário de 25 a 29 anos, a redução foi de 28%, passando de 110 para 79 nascidos vivos por 1.000 mulheres.

Gráfico 4 - Evolução das taxas específicas de fecundidade por idade. Distrito Federal, 2000-2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: TEF calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

No entanto, se por um lado houve redução da fecundidade nas faixas mais jovens, por outro, os três grupos de idades mais avançadas do período reprodutivo apresentaram aumento em suas taxas de fecundidade entre 2000 e 2016: 28% entre 35 e 39 anos (de 36,9 a 46,5 filhos por 1.000 mulheres), 43,4% entre 40 e 44 anos (de 9,4 a 13,5 filhos por 1.000 mulheres) e de 43,2% entre 45 e 49 anos (oito a 12 filhos por 1.000 mulheres).

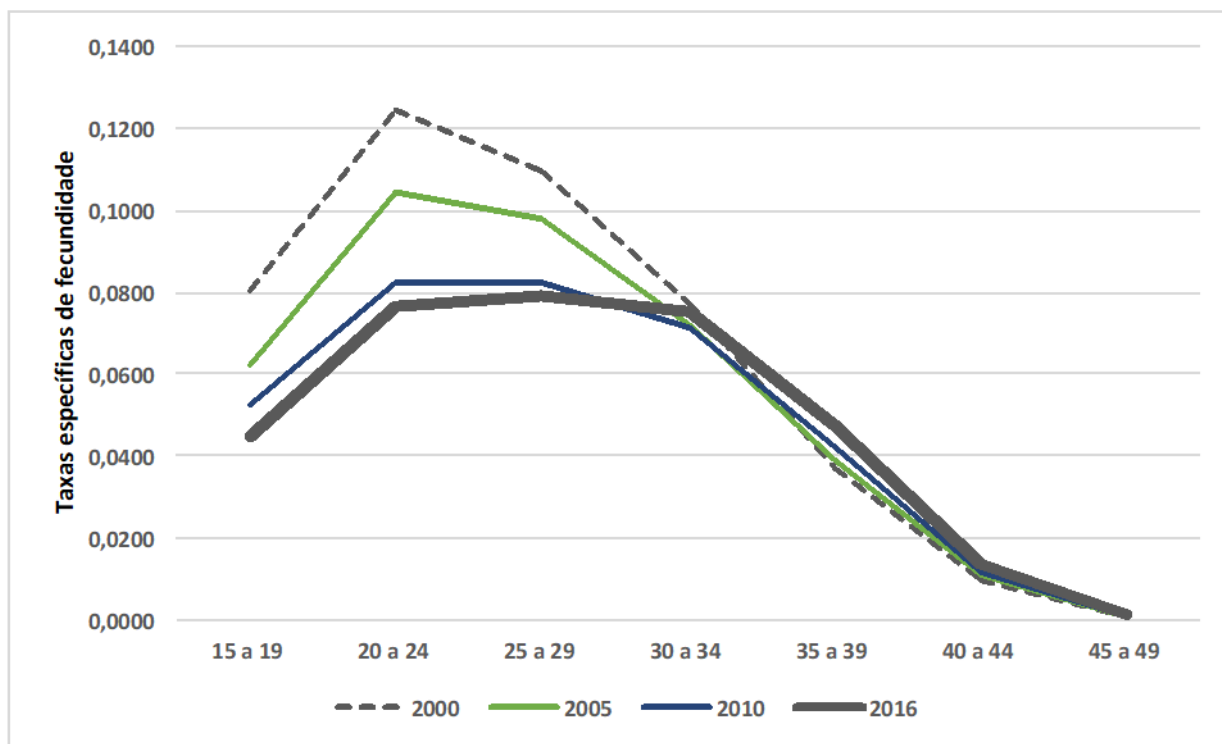
Como pode ser observado no Gráfico 4, as diferentes tendências das taxas específicas de fecundidade por idade confirmam o adiamento da fecundidade para idades mais avançadas no período reprodutivo.

Um outro olhar sobre as taxas de fecundidade específicas por idade evidencia o envelhecimento da estrutura etária das mulheres no momento do parto no Distrito Federal ao longo do período de 2000 a 2016. O formato da curva formada pelas TEFs (Gráfico 5) revela o calendário ou o momento em que as mulheres de uma população têm seus filhos: em idades precoces (maior frequência entre 20 e 24 anos), em idades tardias (maior frequência entre 25 e 29 anos) e com calendário dilatado (frequências elevadas entre 20 e 29 anos). Essas curvas revelam também a intensidade da gravidez na adolescência.

No Distrito Federal, verificou-se em 2000 uma fecundidade precoce, com taxas mais elevadas no início do período reprodutivo, com alta intensidade nas idades adolescentes. A curva das taxas específicas transformou-se ao longo do período com a redução constante das taxas de fecundidade em mulheres com idades inferiores a 30 anos e aumento das taxas em mulheres com 30 anos ou mais. Assim, de uma fecundidade precoce passa-se a uma fecundidade extremamente dilatada e tardia, com a ampliação do período de máximo reprodutivo entre as idades de 20 a 34 anos e o aumento da idade média das mulheres no momento do parto, que passou de 25,6 anos em 2000 para 28,6 anos em 2016, mudanças que têm como consequência a redução da intensidade da fecundidade ao longo do período analisado.

Como medida-resumo da experiência de fecundidade para cada ano ao longo desse período tem-se a Taxa de Fecundidade Total (TFT). Essa taxa, calculada a partir das taxas específicas de fecundidade por idade, expressa o número médio de filhos que uma mulher espera ter ao final do seu período reprodutivo, uma vez prevalecendo as taxas específicas de fecundidade por idade observadas no ano de interesse. Assim, é uma medida mais adequada para comparar a intensidade da fecundidade ao longo do tempo e entre unidades territoriais.

Gráfico 5 - Taxas específicas de fecundidade por idade em anos selecionados. Distrito Federal, 2000, 2005, 2010 e 2016



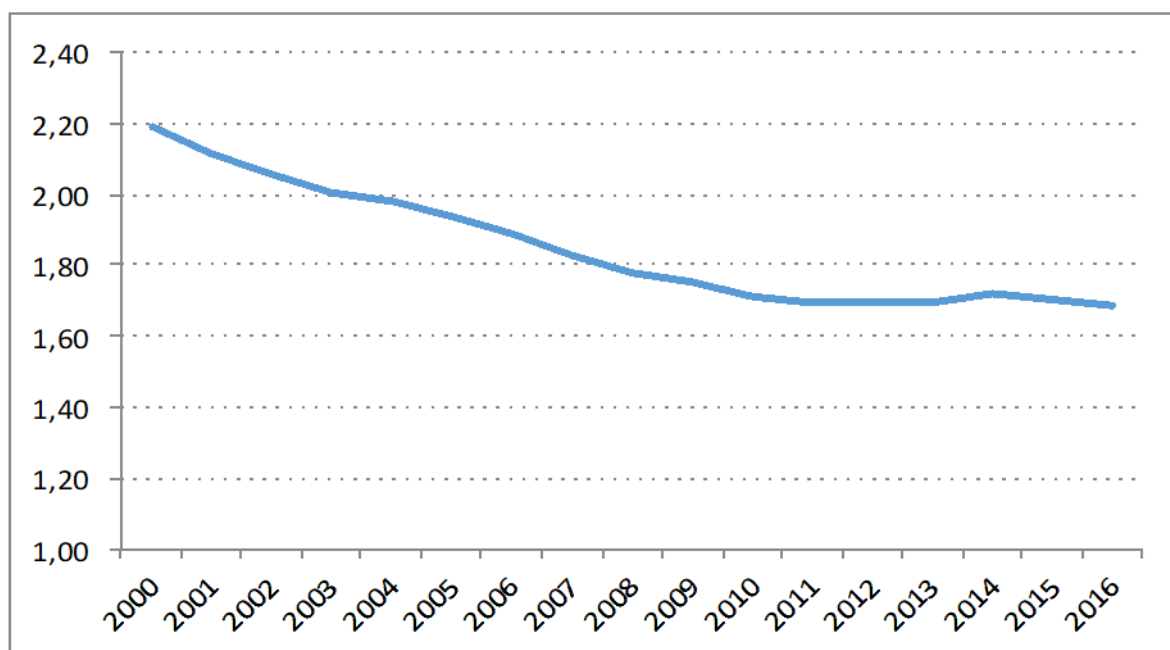
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: As TEFs calculadas com base nas médias trienais do número de nascimentos.

Entre 2000 e 2016, a TFT do Distrito Federal variou de 2,19 para 1,69 filho por mulher, uma redução de 23% (Gráfico 6). Contudo, o mais relevante a se destacar é que a TFT rompeu o limiar de 2,1 filhos por mulher, que é uma medida aproximada do nível de reposição de uma população. Em situação de ausência de migração, uma TFT acima de 2,1 significa que, no longo prazo, a população tende a crescer; em torno de 2,1, a população não deverá alterar o seu volume; e menor que 2,1 tenderá a decrescer, ou seja, não haverá reposição da população.

No caso do DF, onde se tem ainda um forte componente migratório, o tamanho da população começará a diminuir mais tarde do que a população brasileira. O IBGE estima que o DF começará a reduzir o seu contingente populacional na década de 2050 (IBGE, 2018). Contudo, até lá, será observado um intenso envelhecimento da população, alcançando todos os estratos sociais (Codeplan, 2018).

Gráfico 6 - Taxa de fecundidade total. Distrito Federal, 2000-2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: A partir das TEFs calculadas com base nas médias trienais do número de nascimentos.

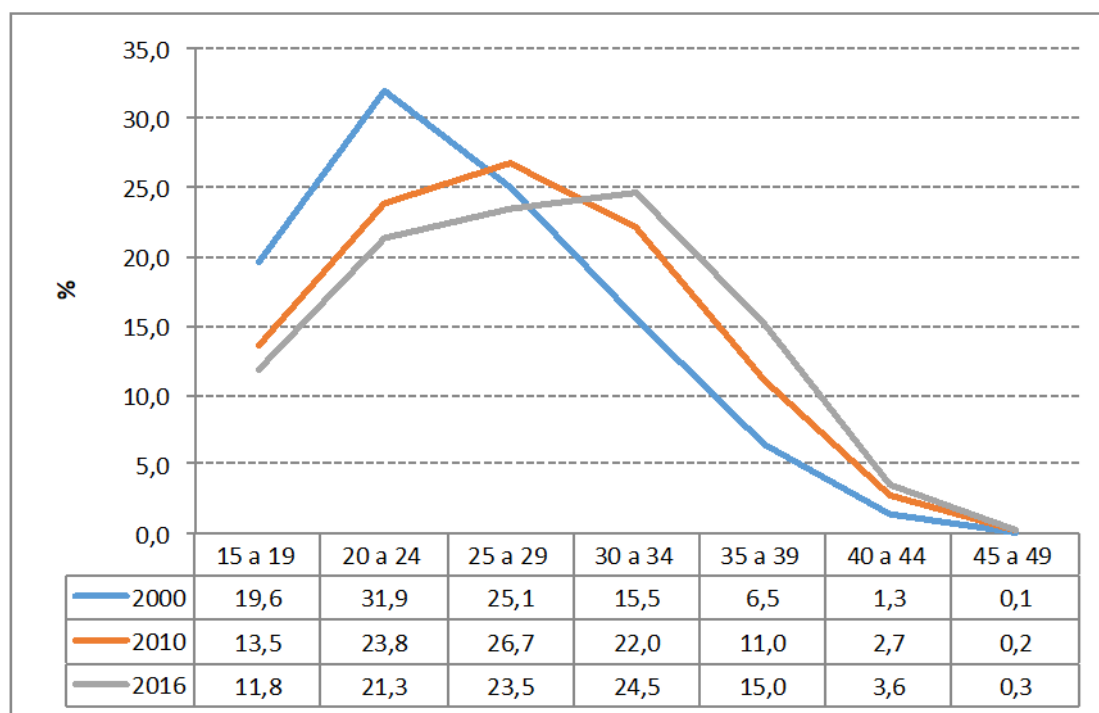
3.2. Nascidos vivos segundo as características da mãe

Nesta seção, analisa-se a distribuição dos nascimentos segundo as características da mãe reportadas na Declaração de Nascido Vivo e as mudanças ocorridas em anos selecionados entre 2000 e 2016.

3.2.1. Idade da mãe

No que se refere à idade da mãe no momento do parto, viu-se na seção anterior um envelhecimento da estrutura etária da fecundidade. Da mesma forma, ao se analisar a distribuição dos nascimentos segundo a idade da mãe, observa-se que, em 2000, 76,6% dos nascimentos eram de mães com menos de 30 anos, enquanto em 2016, esse percentual reduziu a 56,6% (Gráfico 7).

Mais especificamente, o percentual de mães adolescentes com idades de 15 a 19 anos apresentou queda de oito pontos percentuais, passando de 19,6% em 2000 para 11,8% em 2016. As mulheres de 20 a 24 anos também tiveram decréscimo de 10,6 pontos percentuais no período; em 2000, participavam com 31,9%, caindo para 21,3% em 2016. Entretanto verifica-se o aumento expressivo da proporção de nascimentos de mães com idades entre 30 e 39 anos: de 15,5% para 24,5% nas idades de 30 a 34 anos e de 6,5% para 15% nas idades de 35 a 39 anos.

Gráfico 7 - Distribuição dos nascimentos segundo a idade da mãe. Distrito Federal, 2000, 2010 e 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

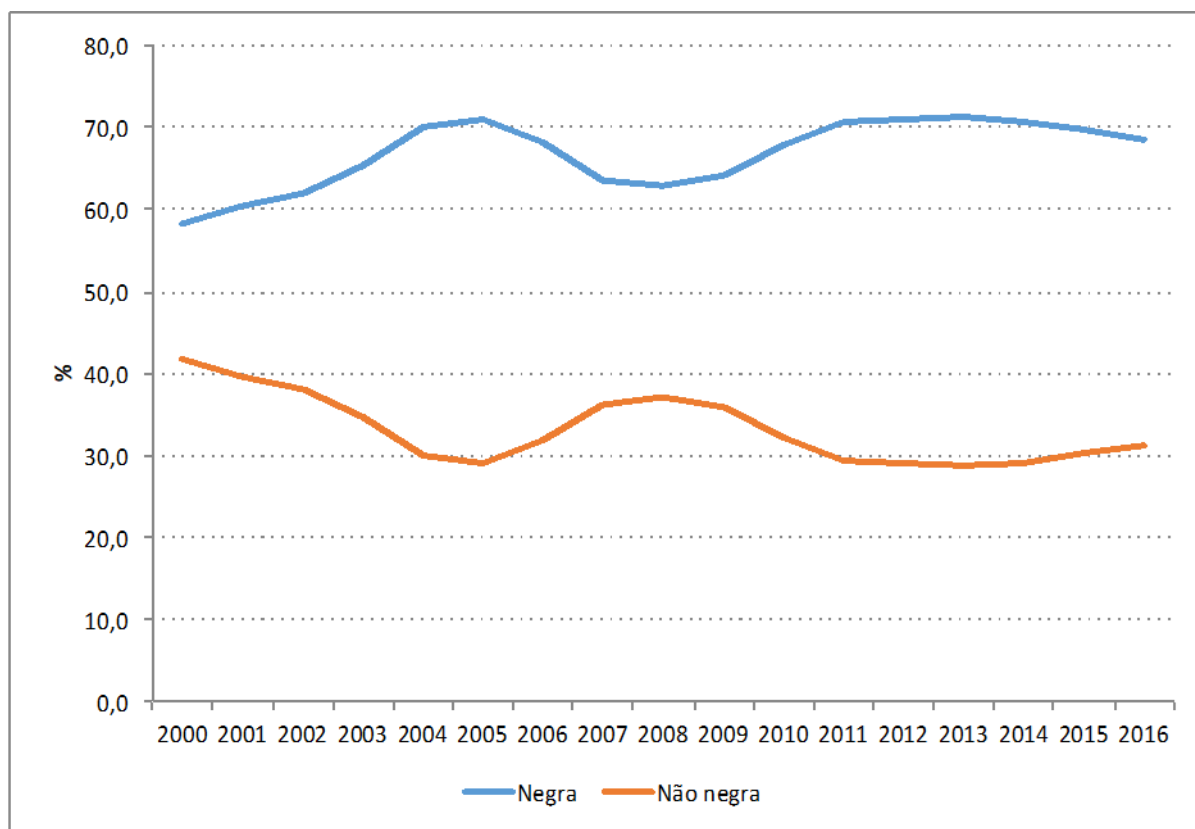
Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

3.2.2. Raça/cor da mãe

A análise da distribuição dos nascimentos segundo a raça/cor no Distrito Federal entre 2000 e 2016 é fortemente prejudicada pela qualidade da informação sobre essa característica reportada na Declaração de Nascido Vivo (DNV). O DF é a Unidade da Federação que tem sistematicamente apresentado elevadas proporções de não resposta ou raça/cor ignorada. Entre 2000 e 2016, 27,5% dos nascimentos de residentes no DF não tiveram essa característica informada. Além disso, a informação de raça/cor da mãe apenas passou a ser coletada por intermédio da Declaração de Nascido Vivo a partir de 2011. Entre 2000 e 2010, os dados de raça/cor da mãe eram definidos a partir da raça/cor da criança que, por sua vez, é definida pela equipe médica na Declaração de Nascido Vivo.

Isto posto, tem-se que a flutuação da proporção de nascimentos de mães negras e não negras entre 2000 e 2016 no DF deve-se sobretudo à qualidade da informação reportada (Gráfico 8). Pode-se, no entanto, aceitar que em torno de 70% dos nascimentos no Distrito Federal são de mães negras e 30% de não negras.⁸

⁸ Vale observar que foram exclusas da análise as mães indígenas, que representam 0,3% dos nascimentos no período.

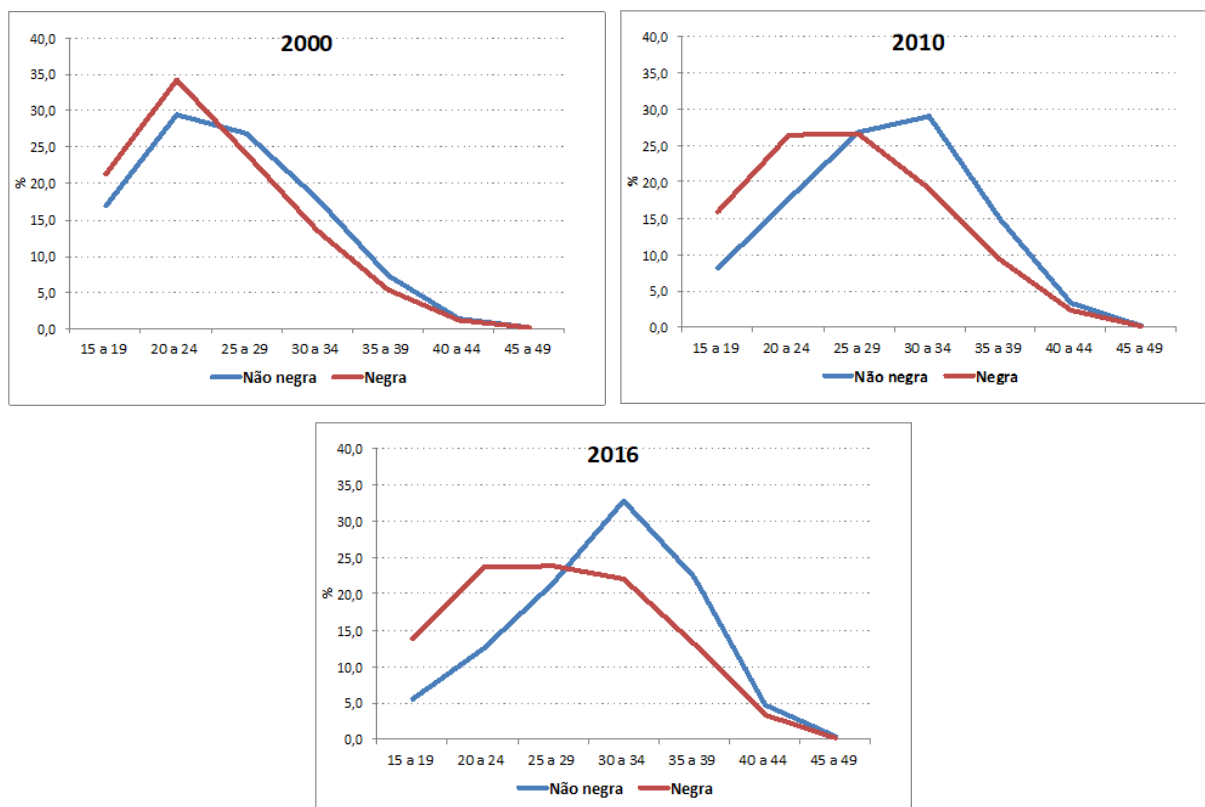
Gráfico 8 - Distribuição dos nascimentos segundo a raça/cor da mãe. Distrito Federal, 2000 a 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

Ao comparar as idades de mães negras e não negras no momento do parto no DF entre 2000 e 2016, observa-se que de estruturas etárias muito próximas no início do período, caracterizadas por alta frequência de nascimentos em idades muito jovens, as diferenças vão-se acentuando nos anos mais recentes (Gráfico 9). As mulheres não negras mostram um comportamento de postergação da fecundidade maior do que as mulheres negras, ou seja, as mães não negras têm filhos em idades mais avançadas que as mães negras. É importante destacar que a redução da frequência da fecundidade na adolescência foi muito mais acentuada entre as mães não negras. Assim, em 2016, a frequência de mães adolescentes é quase três vezes superior entre as mães negras em comparação às não negras (14% contra 5,5%).

Gráfico 9 - Distribuição dos nascimentos segundo a idade e raça/cor da mãe. Distrito Federal, 2000, 2010 e 2016

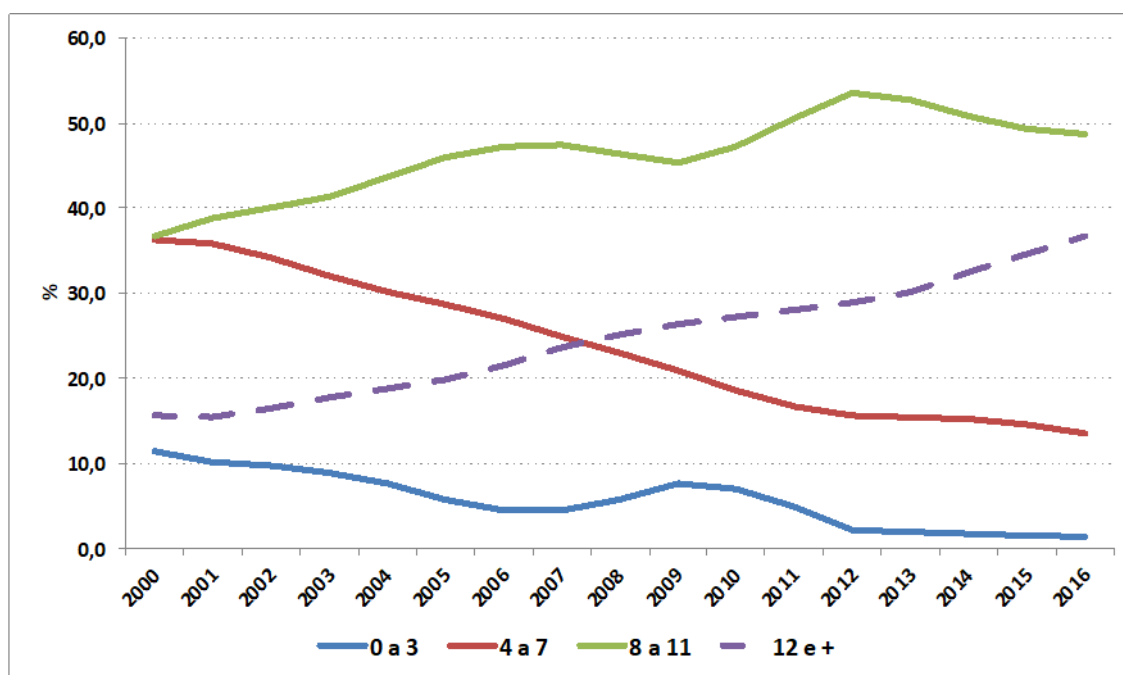
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

3.2.3. Escolaridade da mãe

A escolaridade das mães no Distrito Federal apresentou um aumento expressivo entre 2000 e 2016. No início do período, 48% das mães tinham no máximo sete anos de estudos, ou seja, não haviam concluído o ensino fundamental. Essa proporção caiu para 15% em 2016, com o conseqüente aumento da proporção de mães com 12 anos ou mais de estudos (correspondendo, ao menos, a ensino superior incompleto) que passou de 15,7% em 2000 para 36,6% em 2016 (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Distribuição dos nascimentos segundo a escolaridade da mãe. Distrito Federal, 2000 a 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

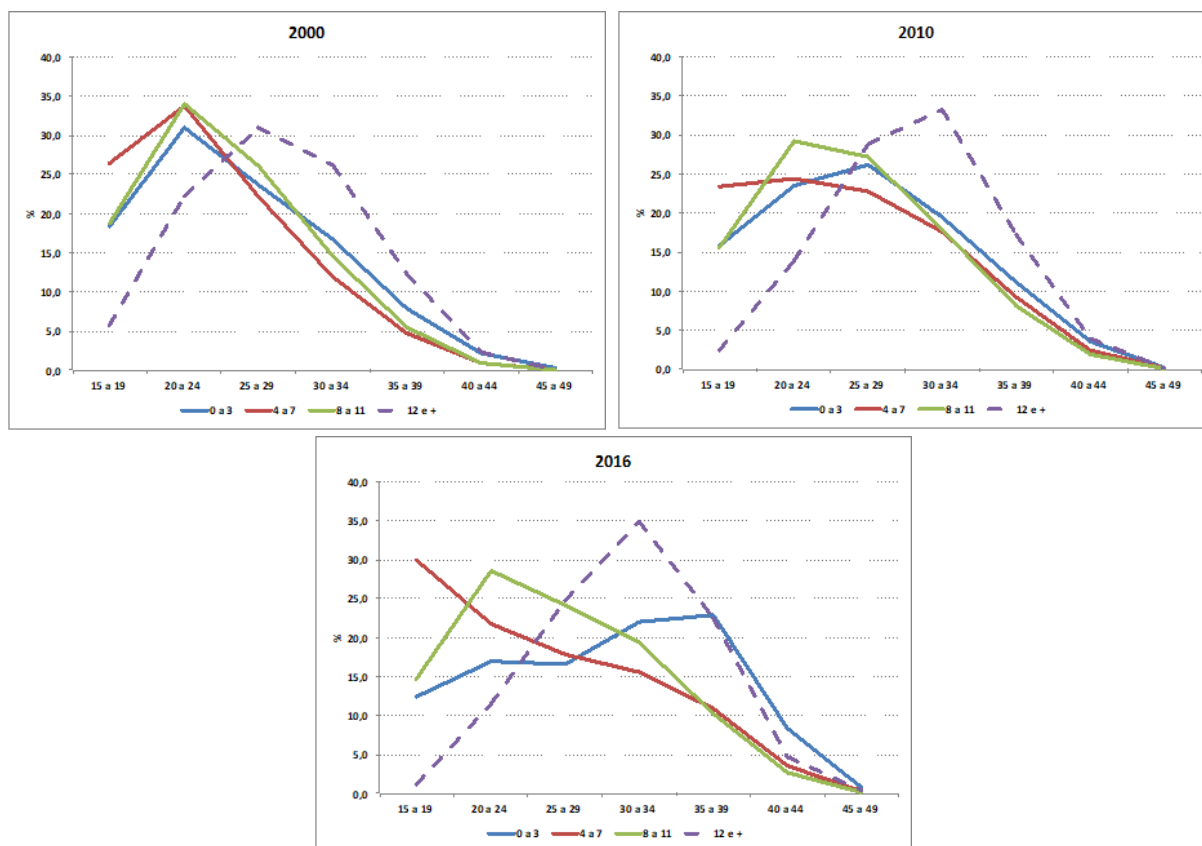
Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

A escolaridade é uma característica relevante na análise das diferenças entre níveis e padrões etários da fecundidade. Ao detalhar a distribuição dos nascimentos por idade segundo os níveis de escolaridade da mãe (Gráfico 11), observam-se estruturas etárias distintas. Evidencia-se, assim, que mães com maior escolaridade (12 anos ou mais de estudos) tendem a ter seus filhos com idades mais avançadas. Para essas mães, o máximo da fecundidade que acontecia entre 25 e 29 anos em 2000 passou para o grupo de idades de 30 a 34 anos no período compreendido entre 2010 e 2016. Fica evidente a postergação do momento ao ter filhos para esse grupo de mães, como é mostrado no Gráfico 10, com um forte crescimento ao longo do período.

Entre as mães com menor nível de escolaridade têm-se dois comportamentos distintos: (i) entre aquelas com três anos ou menos de estudos, a idade média ao ter filhos aumentou entre 2000 e 2016; e (ii) entre aquelas com quatro a sete anos de estudos, a idade média diminuiu, e que a maior frequência de nascimentos é observada em mães com idades menores de 20 anos em 2016. A universalização do ensino fundamental no Distrito Federal desde a década de 1990 explica essas duas tendências distintas. Analisando o panorama recente, o nível mais baixo de escolarização é característica mais frequente entre mulheres mais velhas do que entre adolescentes e jovens.

Destaca-se, no entanto, que mães adolescentes muito provavelmente não concluíram o ensino fundamental e, por isso, são as mais frequentes na categoria de quatro a sete anos de estudos em 2016. Essas mães são duplamente vulneráveis: idade precoce e baixa escolaridade, devendo merecer atenção especial durante a gestação e o parto.

Gráfico 11 - Distribuição dos nascimentos segundo a idade e escolaridade da mãe. Distrito Federal, 2000, 2010 e 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

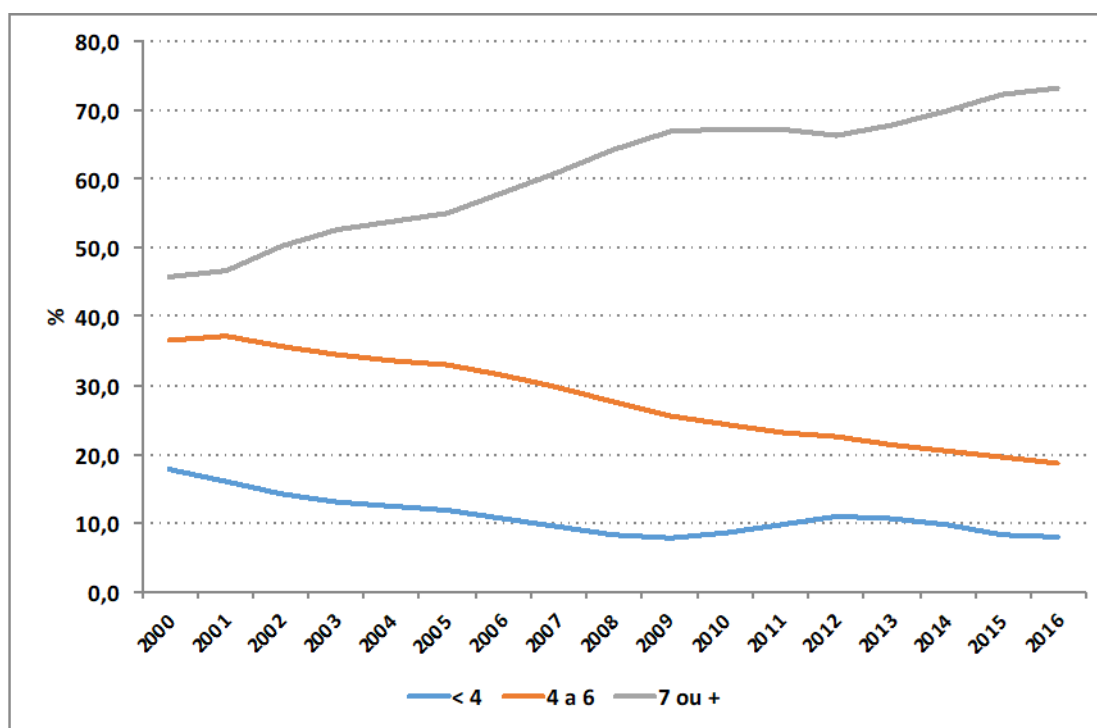
3.3. Nascidos vivos segundo a característica da gestação e do parto

Nesta seção, analisa-se a evolução do número de consultas pré-natal, as diferenças desse número de acordo com a escolaridade da mãe e as proporções de nascimentos segundo o tipo de parto (vaginal ou cesáreo).

3.3.1. Número de consultas pré-natal

A consulta pré-natal é de extrema importância como fator de proteção para a mãe e para o bebê, pois quando realizada de forma adequada proporciona melhores resultados na gestação, no parto e no puerpério (Ministério da Saúde, 2005).

Os dados do SINASC demonstram que houve um aumento expressivo do número de consultas no pré-natal entre as mães residentes no DF entre 2000 e 2016. A proporção de nascimentos cujas mães declararam ter sete ou mais consultas durante o pré-natal passou de 45,6% em 2000 para 73,3% em 2016 (Gráfico 12), contudo existem desigualdades na atenção à saúde da mulher durante o pré-natal.

Gráfico 12 - Distribuição dos nascimentos segundo o número de consultas no pré-natal. Distrito Federal, 2000 a 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

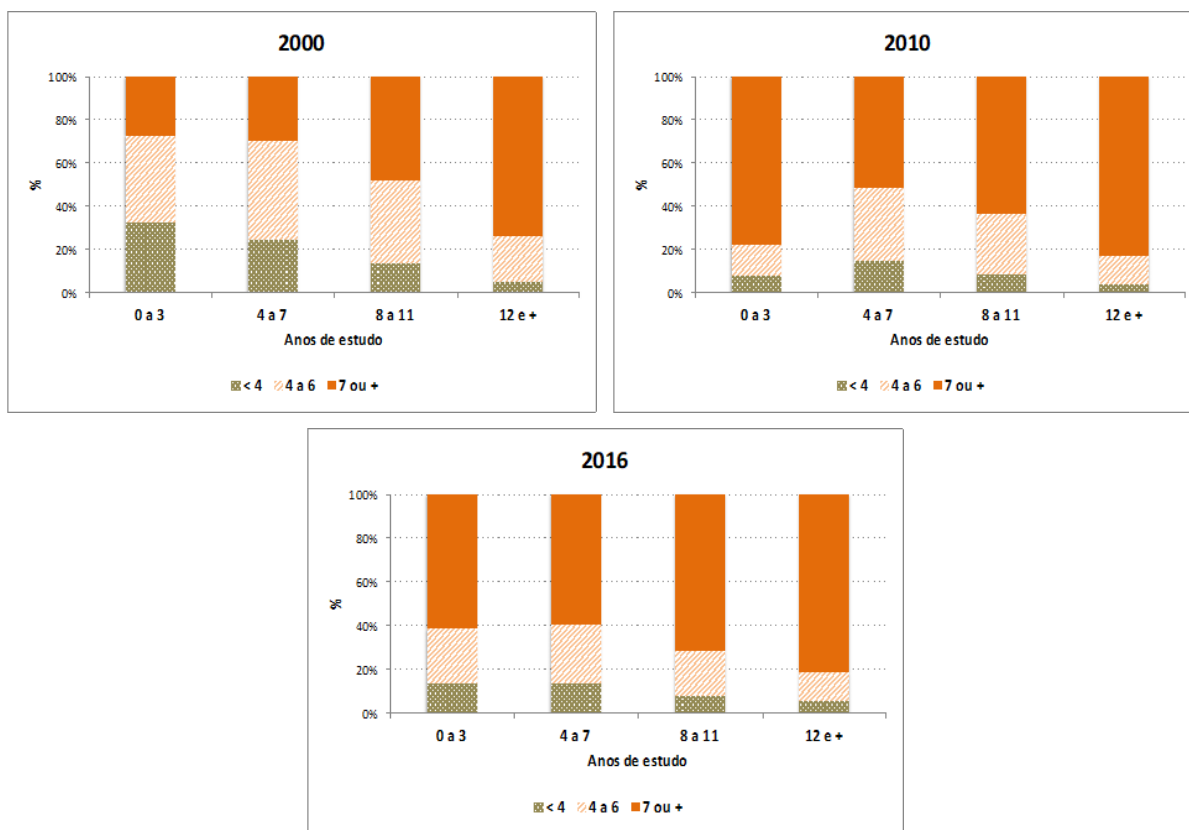
Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

A relação entre o número de consultas nesse período e a escolaridade da mãe é explícita a partir dos dados analisados para o Distrito Federal. Quanto mais escolarizada a mãe, maior tem sido o número de visitas médicas (Gráfico 13). Observa-se, no entanto, que essa desigualdade diminuiu ao longo do tempo. Em 2000, entre as mães com 12 anos ou mais de estudos, 74% declararam ter realizado pelo menos sete consultas no pré-natal; em contrapartida, entre as mães com escolaridade abaixo de 12 anos, essa proporção alcançou no máximo 30%. Constatou-se, ainda, que entre essas mães de menor escolaridade, pelo menos uma em cada quatro havia declarado ter ido ao obstetra durante a gravidez no máximo três vezes (Gráfico 13).

Analisando os dados de 2010, já é possível observar um aumento do percentual de mães com menor escolaridade que tiveram sete consultas ou mais. Entre aquelas com até três anos de estudos, a proporção que declarou ter tido sete consultas ou mais foi de 78% e entre aquelas com quatro a sete anos de estudos, essa proporção foi de 51%. Pode-se questionar o fato de se observar uma proporção menor de mães com sete consultas ou mais entre aquelas com quatro a sete anos de estudo quando comparadas ao grupo com menor escolaridade. Neste caso, tem-se que considerar a variável de idade das mães. Como apontado, entre as mães que têm de quatro a sete anos de estudo, há uma frequência elevada de adolescentes, muitas vezes em condições de vulnerabilidade e que se encontram diante de uma gravidez indesejada. Essas condições podem explicar a realização de um menor número de consultas durante a gravidez. Embora tenham persistido, em 2016, esses fatores, as diferenças entre as proporções de mães com pelo menos sete consultas segundo o nível de escolaridade diminuíram.

Os resultados mostram o aumento da cobertura do pré-natal no Distrito Federal, mas evidenciam os desafios ainda presentes de ampliar o atendimento de mães com menor escolaridade, sobretudo as adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Gráfico 13 - Distribuição dos nascimentos segundo o número de consultas no pré-natal e escolaridade da mãe. Distrito Federal, 2000, 2010 e 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017
Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

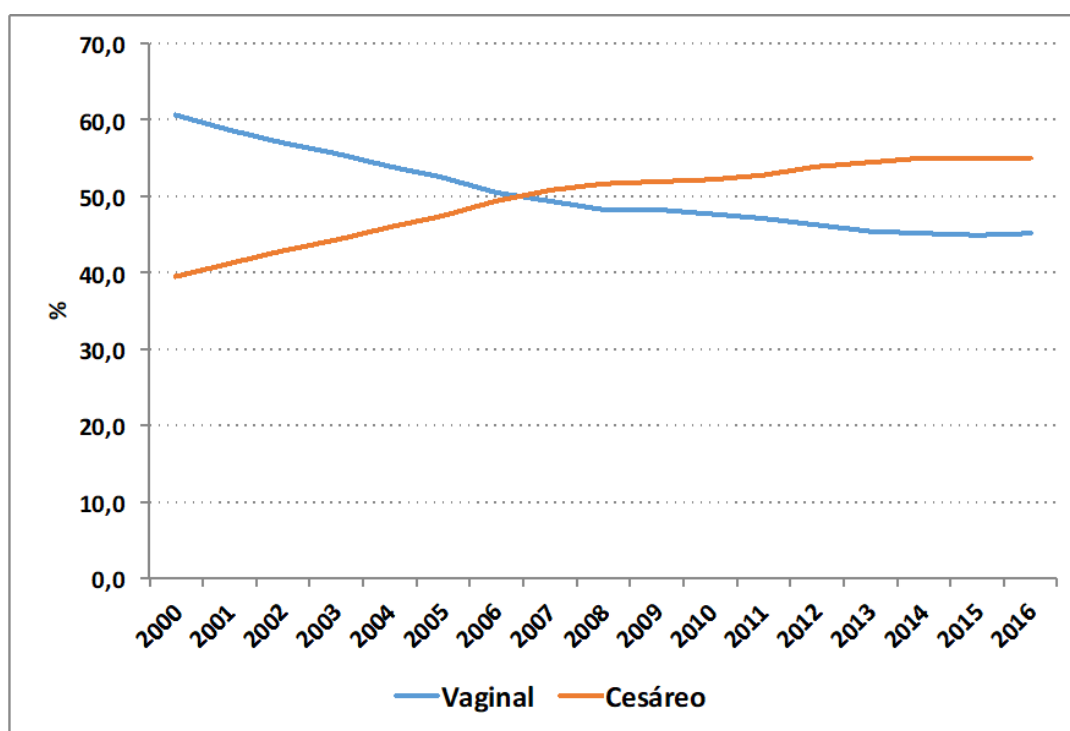
3.3.2. Tipo de parto

Dado os riscos à saúde do recém-nascido quando da realização de partos cirúrgicos sem que sejam realmente necessários, a Organização Mundial da Saúde recomenda que a taxa de cesáreas, isto é, a proporção de partos cesáreos seja no máximo de 15%. No Brasil, em 2000, essa taxa já era de 38% e seguiu aumentando até alcançar 57% em 2013 e 2014, com leve recuo a partir de 2015, mantendo-se em 55% (Ministério da Saúde, 2013). O Distrito Federal apresenta essa mesma tendência: em 2000, a taxa de cesárea era de 39% e, em 2013, alcançou 55%, mantendo-se nesse nível até 2016 (Gráfico 14).

Em janeiro de 2015, dado o aumento da taxa de cesárea no país, o Governo Federal estabeleceu a obrigatoriedade do preenchimento do “Partograma”⁹ para toda a rede privada, vinculando o pagamento dos procedimentos médicos à apresentação do documento completo.¹⁰ O objetivo era inibir o agendamento de cesarianas realizadas de forma desnecessária e evitar partos antes da hora, assim como riscos de morte materna ou do recém-nascido. No entanto, embora se observe um pequeno recuo das taxas de cesáreas no país no período mais recente, fica claro que a normativa federal ainda não alcançou plenamente o seu objetivo. Ainda que as ações com vistas à redução da realização de partos cirúrgicos desnecessários sejam amplas, vale ressaltar que a rede privada tem sido o foco dessa política, pois é nela em que se observam as mais elevadas taxas de cesáreas.

⁹ Partograma: documento obrigatório que faz o registro de todas as etapas do trabalho de parto da gestante.

¹⁰ A resolução normativa foi publicada em 7 de janeiro de 2015 e entrou em vigor em 7 de julho de 2015.

Gráfico 14 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto. Distrito Federal, 2000 a 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

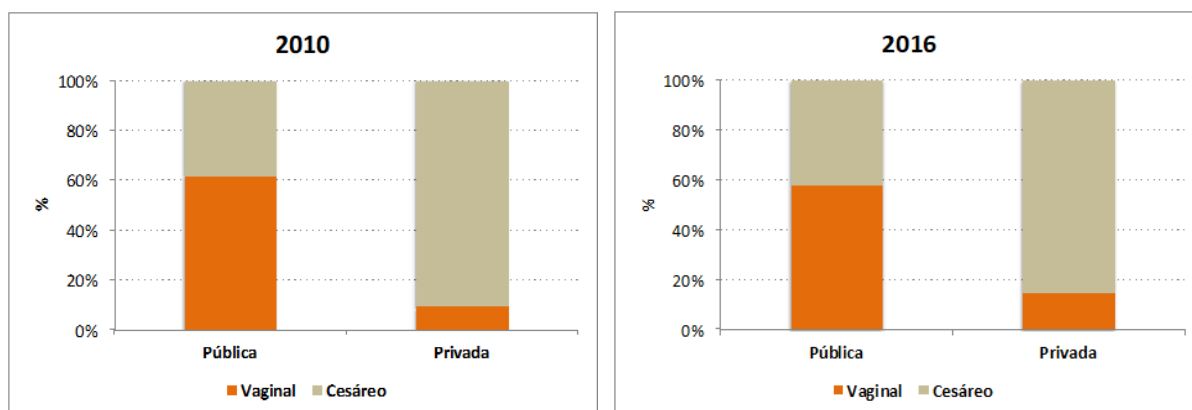
Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

Em estudo publicado em 2012, o Ministério da Saúde mostrou as diferenças das taxas de cesárea entre os estabelecimentos de saúde públicos e privados. O estudo apontou, para o ano de 2011, que “a proporção de partos cesáreos é muito maior nos estabelecimentos não públicos, alcançando 65,9%. Já nos estabelecimentos públicos, esse tipo de parto cai para 38,3%”. (Ministério da Saúde, 2012).

No caso do Distrito Federal, a diferença dessa proporção é ainda mais drástica: na rede privada, a taxa de cesárea é muito mais elevada do que na rede pública, em torno de 90% contra 40%, respectivamente (Gráfico 15). Entre 2010 e 2016, ainda que muito pequena, as variações nessas taxas apresentam tendências opostas: pequeno aumento da taxa de cesárea na rede pública (alcançando 41% em 2016), enquanto na rede privada, pequena diminuição (reduzindo a 88% em 2016). Ainda que as diferenças entre as redes pública e privada sejam muito expressivas, vale observar que a rede pública no Distrito Federal tampouco observa a recomendação da OMS no que se refere à proporção de partos cesáreos.

No que se refere à relação entre características das mães e tipo de parto, um estudo anterior sobre o tema realizado pela Codeplan (2012) mostrou que a maior frequência de partos normais (vaginais) ocorria entre as solteiras de idades mais jovens, com baixa escolaridade e negras, enquanto o parto cesáreo era mais frequente entre as mães casadas, de idades mais avançadas, com maior escolaridade e não negras.

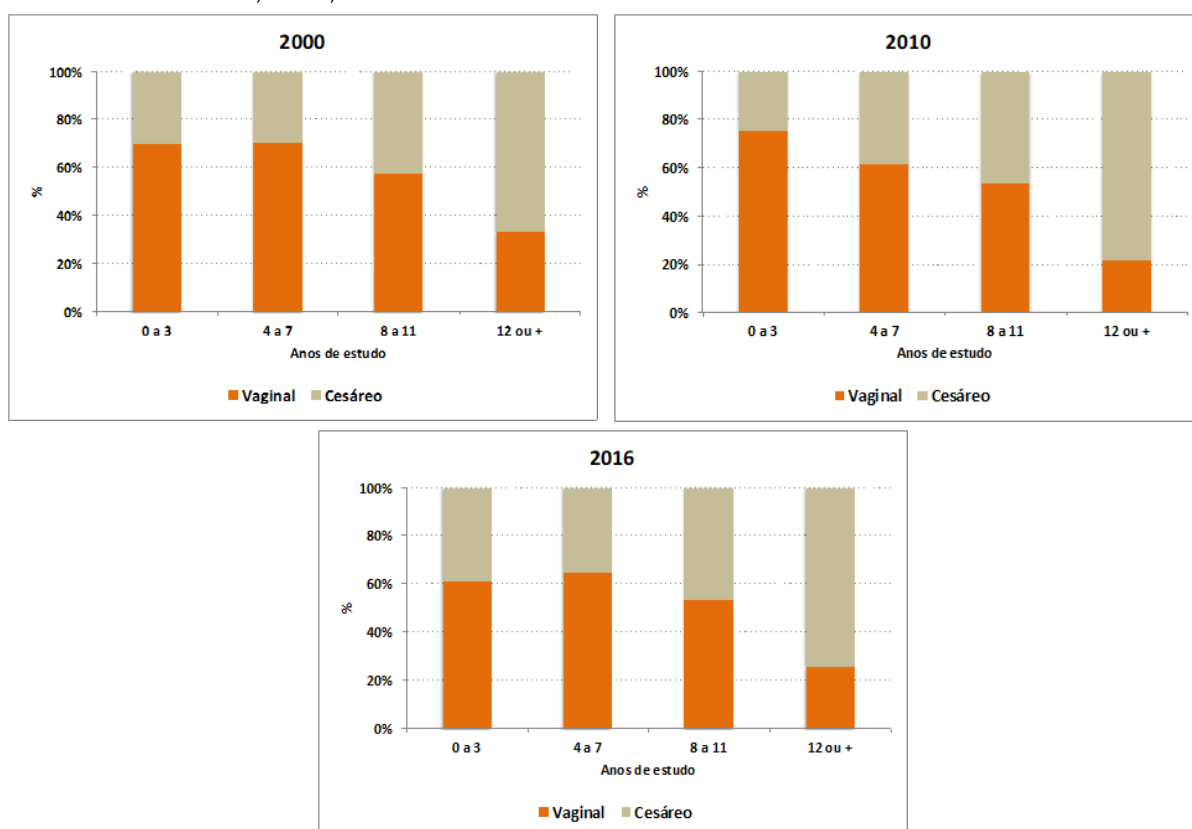
Gráfico 15 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto e esfera administrativa do estabelecimento de saúde. Distrito Federal, 2010 e 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos. Para esta análise, foram considerados apenas os partos ocorridos em estabelecimentos de saúde.

De fato, ao detalhar o tipo de parto segundo a escolaridade da mãe, verifica-se que a proporção de partos cesáreos é muito mais frequente entre as mães com maiores níveis de escolaridade. A maior escolaridade amplia o leque de opções de tipo de atenção à saúde durante a gestação e o parto. Por um lado, o acesso à rede privada, onde a frequência de partos cesáreos é muito elevada, é muito maior entre as mães com maior escolaridade e maior renda. Por outro, as mães com menor escolaridade e menor renda têm parto com mais frequência na rede pública.

Gráfico 16 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto e escolaridade das mães. Distrito Federal, 2000, 2010 e 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

3.4. Características do recém-nascido

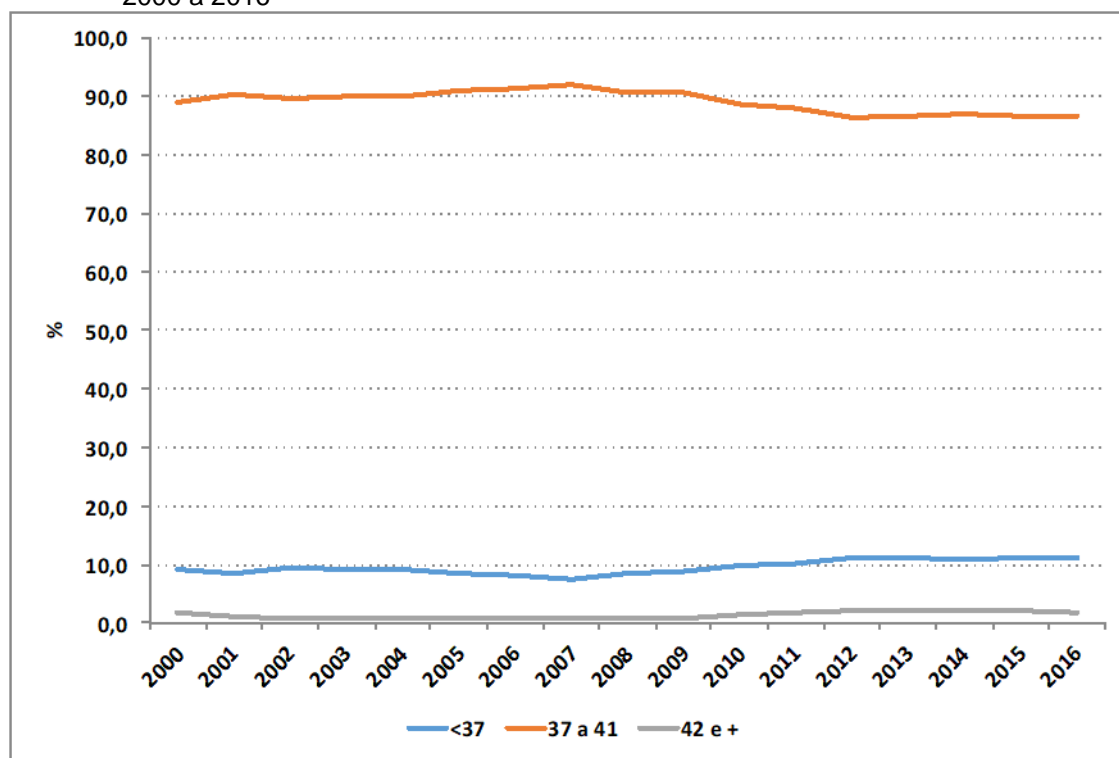
Nesta seção, analisam-se três características importantes do recém-nascido reportadas na Declaração de Nascido Vivo e que são fatores associados à mortalidade infantil, principalmente na sua componente neonatal precoce. São elas: a prematuridade, dada pela duração da gestação, o baixo peso ao nascer e a presença de anomalias congênitas.

3.4.1. Duração da gestação

No Distrito Federal, entre 2011 e 2012, observa-se que há uma ligeira mudança na distribuição do número de nascimentos segundo as categorias pré-termo (menos de 37 semanas de gestação), termo (37 a 41 semanas) e pós-termo (42 ou mais semanas), evidenciando o aumento da proporção de nascimentos pré e pós-termo. Entende-se que tal mudança pode ser devido a essa mudança na forma de coleta (Gráfico 17).

É importante notar, no entanto, que, desde 2012, 11% dos nascimentos são classificados como prematuros, informação de extrema relevância para o planejamento da atenção ao recém-nascido, com vistas à redução da mortalidade infantil.

Gráfico 17 - Distribuição dos nascimentos segundo a duração da gestação. Distrito Federal, 2000 a 2016



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

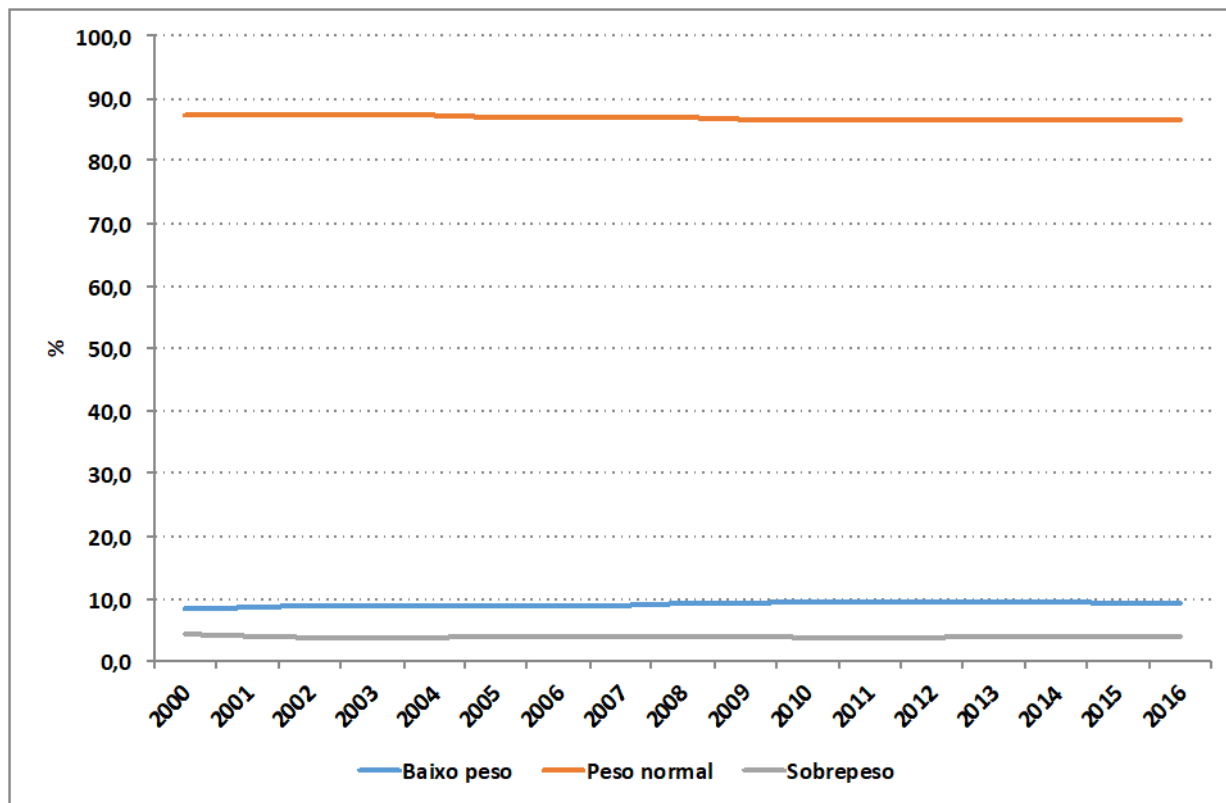
Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

3.4.2. Peso ao nascer

Outro fator importante que aumenta o risco de morte em recém-nascidos é o baixo peso ao nascer. Ao longo do período de 2000 a 2016, observa-se uma estabilidade na distribuição dos nascimentos segundo as categorias de peso ao nascer no Distrito Federal,

com cerca de 10% dos nascidos vivos apresentando baixo peso ao nascer. É importante que ações de políticas públicas sejam tomadas para a redução contínua desse percentual, visando à redução do risco de morte no período neonatal.

Gráfico 18 - Distribuição dos nascimentos segundo o peso ao nascer. Distrito Federal, 2000 a 2016



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

3.4.3. Anomalias congênitas

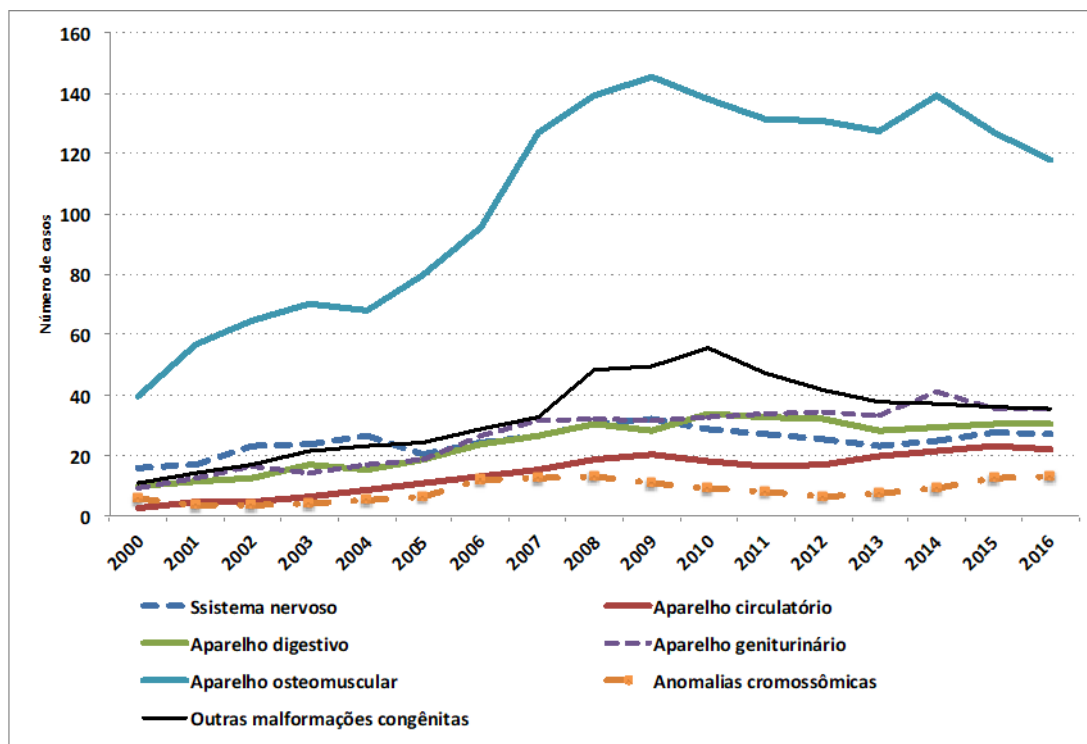
Conceituam-se anomalias congênitas ou defeitos congênitos como “alterações morfológicas e/ou funcionais detectáveis ao nascer. As alterações morfológicas ou anatômicas exibem manifestações clínicas muito diversificadas, desde dismorfias leves altamente prevalentes na população até defeitos complexos de órgãos ou segmentos corporais extremamente raros. Esses defeitos podem apresentar-se isolados ou associados, compondo síndromes de causas genéticas e/ou ambientais” (Prefeitura do Município de São Paulo, 2012).

É importante destacar que a notificação de presença de anomalia congênita no nascido vivo tem aumentado entre 2000 e 2016, apesar de ainda ser subnotificada (Ministério da Saúde, 2014). No início do período, menos de cem casos eram reportados na Declaração de Nascido Vivo, representando 0,2% do total de nascimentos; já no final do período, têm-se mais de 250 casos reportados, aproximando-se a 0,7% do total de nascimentos (Gráfico 19).

No que se refere ao tipo de anomalia, as malformações osteomusculares são as mais frequentemente reportadas, possivelmente pelo fato de serem mais visíveis. Nota-se, ainda, que as malformações dos aparelhos digestivo e circulatório, assim como as anomalias cromossômicas têm sido mais reportadas no período mais recente. Essa

especificação mais acurada do tipo de anomalia ou malformação pode estar associada a uma atenção de maior qualidade durante o pré-natal.

Gráfico 19 - Número de nascimentos vivos com anomalias congênicas segundo o tipo. Distrito Federal, 2000 a 2016



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Nota: Distribuição calculada com base nas médias trienais do número de nascimentos.

É necessário, no entanto, realizar estudos mais aprofundados para melhor acompanhar toda a atenção à saúde de nascidos vivos com presença de anomalias congênicas, desde a sua detecção no período pré-natal. No caso de malformações digestivas, circulatórias ou do sistema nervoso, a detecção precoce pode reduzir o risco de morte logo após o nascimento ou até mesmo a natimortalidade.

4. CONCLUSÃO

Uma das grandes transformações demográficas no país são a queda da fecundidade e o seu conseqüente processo de envelhecimento populacional. Conforme exposto a partir dos dados apresentados pelo presente estudo, o Distrito Federal acompanhou essa tendência de queda, com a expressiva redução de seus indicadores de natalidade e de fecundidade ao longo do período de 2000 a 2016.

Além da queda dos níveis de fecundidade, observa-se uma mudança no momento em que as mulheres têm seus filhos. As mulheres têm tido filhos cada vez mais tarde, mostrando um padrão etário dilatado e extremamente tardio das taxas específicas de fecundidade por idade, com o máximo reprodutivo entre as idades de 20 a 34 anos.

A análise de algumas características sociodemográficas das mães evidencia um aumento da escolaridade e uma maior concentração de nascimentos entre mães negras. O padrão etário ao ter filhos apresenta diferenças quando se consideram essas características: quanto mais escolarizadas, mais tarde as mulheres terão seus filhos; mães não negras têm filhos mais tarde que mães negras. A fecundidade adolescente se caracteriza pela baixa escolaridade (quatro a sete anos de estudos) e por ser mais frequente entre negras.

Com relação às características da gravidez e do parto, tem-se um aumento da proporção de mães que declaram ter tido sete ou mais consultas no pré-natal, mas ainda entre as adolescentes e de menor escolaridade, essa proporção é menor do que entre mães mais velhas e com maior escolaridade.

A proporção de partos cirúrgicos é muito elevada no Distrito Federal, nível semelhante ao do país como um todo. Mas observa-se que na rede privada a taxa de cesárea é mais que o dobro do que na rede pública (90% contra 40%, como média a partir de 2010). Essa taxa varia também segundo a escolaridade da mãe. Quanto mais escolarizadas, maior será a taxa de cesárea entre mães residentes no Distrito Federal.

As proporções de nascidos vivos prematuros ou com baixo peso têm-se mantido constantes ao longo do período, cerca de 10% para as duas características. Esse dado é fundamental para o planejamento de ações na atenção à saúde do neonato que visem a reduzir os riscos de morte em casos de ocorrência dessas características quando do nascimento.

Quanto à presença de anomalias congênitas, destaca-se o aumento na notificação de casos ao longo do período, mas é necessário avaliar a qualidade dessa informação e promover a melhoria da notificação na Declaração de Nascido Vivo.

Esses resultados são importantes subsídios para ações públicas visando à melhoria da atenção à saúde de mulheres e de recém-nascidos no Distrito Federal, tendo como meta o cumprimento do terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável, no qual se pretende reduzir as mortes evitáveis em recém-nascidos até 2030.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico, Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de preenchimento da Declaração de Nascimento Vivo**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2012**: uma análise de situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis à pobreza**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017, 2018**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>. Acesso em: 07 jan. 2019.
- CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Perfil das mães segundo o tipo de parto** - Área Metropolitana de Brasília - 2000, 2007 e 2013. Brasília, 2012.
- CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Projeções e cenários para o Distrito Federal**: Análises e perspectivas populacionais, habitacionais, mobilidades e econômicas. Brasília, 2018.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico, 2000**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 30 jan. 2019.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 30 jan. 2019.
- MATTHES, Ângelo do Carmo Silva. Gravidez prolongada: subsídios da literatura médica para uma defesa. **Femina**, vol. 38, nº 8, ago. 2010.
- OLIVEIRA, Maria Aurelina Machado, et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais, e bem-estar subjetivo. **Psicologia Teoria e Prática**, vol. 16, nº 3. São Paulo, dez 2014.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: 1996.
- SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. **Manual de Aperfeiçoamento no Diagnóstico de Anomalias Congênitas**. São Paulo, out. 2012.
- SÁRAM, Lopes LM; CHAVES, Netto H. Conduta na Gestação Pós-termo. **Femina**, 8(28), páginas 451-5, 2000.

APÊNDICE

Tabela 1 - População total do Distrito Federal, 2000-2016

Ano	População total
2000	2.127.412
2001	2.169.666
2002	2.213.663
2003	2.259.485
2004	2.307.346
2005	2.357.073
2006	2.408.892
2007	2.462.888
2008	2.519.331
2009	2.578.020
2010	2.639.212
2011	2.681.052
2012	2.722.198
2013	2.763.488
2014	2.805.774
2015	2.848.633
2016	2.890.224

Fonte: IBGE- Projeções revisadas para as UFs - 2018

Tabela 2 - População Feminina por Grupo Etário, Distrito Federal, 2000-2016

Ano	Grupo etário							População Feminina	População geral
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
2000	117.763	123.114	109.767	96.854	84.114	68.204	55.777	1.093.865	2.127.412
2001	117.320	123.502	112.688	100.199	86.720	70.882	58.221	1.116.768	2.169.666
2002	116.879	123.891	115.686	103.659	89.406	73.664	60.773	1.140.674	2.213.663
2003	116.440	124.281	118.765	107.239	92.175	76.556	63.436	1.165.632	2.259.485
2004	116.001	124.674	121.934	110.953	95.038	79.570	66.224	1.191.761	2.307.346
2005	115.565	125.067	125.178	114.785	97.982	82.693	69.126	1.218.974	2.357.073
2006	115.131	125.461	128.509	118.749	101.017	85.940	72.155	1.247.397	2.408.892
2007	114.698	125.856	131.929	122.850	104.146	89.313	75.317	1.277.084	2.462.888
2008	114.265	126.253	135.449	127.105	107.381	92.829	78.627	1.308.186	2.519.331
2009	113.836	126.651	139.053	131.495	110.708	96.474	82.072	1.340.600	2.578.020
2010	113.408	127.050	142.753	136.036	114.137	100.261	85.669	1.374.472	2.639.212
2011	113.989	125.568	141.997	139.543	118.453	102.845	88.778	1.395.899	2.681.052
2012	114.835	124.378	140.285	142.448	123.376	105.287	91.736	1.416.979	2.722.198
2013	115.804	123.563	137.992	144.590	128.542	107.831	94.557	1.438.120	2.763.488
2014	116.661	123.178	135.701	145.786	133.378	110.854	97.276	1.459.735	2.805.774
2015	117.243	123.253	133.803	145.956	137.504	114.549	99.930	1.481.618	2.848.633
2016	118.197	123.683	132.224	145.164	140.982	118.845	102.507	1.502.870	2.890.224

Fonte: IBGE- Projeções revisadas para as UFs - 2018

Tabela 3 - Volume de nascimentos no Distrito Federal, por faixa etária da mãe, 1999-2017

Ano	Grupo etário							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1999	9.975	15.962	12.358	7.440	2.981	601	33	49.349
2000	9.525	15.106	12.034	7.475	3.147	652	52	47.991
2001	8.838	14.925	11.750	7.463	3.190	676	50	46.891
2002	8.088	14.357	11.692	7.598	3.366	659	39	45.799
2003	7.780	14.280	11.937	7.752	3.533	762	54	46.097
2004	7.410	13.409	12.023	8.121	3.735	841	54	45.593
2005	7.265	13.182	12.410	8.293	3.775	942	50	45.917
2006	6.983	12.555	12.249	8.378	3.967	960	59	45.152
2007	6.530	11.688	12.135	8.548	4.150	989	57	44.098
2008	6.293	11.395	12.193	8.900	4.302	1.016	73	44.173
2009	5.986	10.932	11.954	9.275	4.563	1.149	73	43.932
2010	5.964	10.492	11.872	9.795	4.879	1.175	74	44.251
2011	5.866	9.921	11.375	9.957	5.038	1.236	72	43.465
2012	5.923	9.630	10.846	10.430	5.288	1.283	97	43.497
2013	5.952	9.843	10.795	10.768	5.694	1.366	111	44.530
2014	5.906	9.697	10.750	10.751	6.108	1.430	79	44.721
2015	5.679	9.748	10.932	11.502	6.654	1.502	105	46.122
2016	5.159	9.346	10.074	10.653	6.394	1.599	115	43.340
2017	4.910	9.311	10.321	10.575	7.034	1.720	136	44.007

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Tabela 4 - Taxa Bruta de Natalidade (TBN), Taxa de Fecundidade Geral (TFG) e Taxa de Fecundidade Total (TFT), no Distrito Federal, 2000-2016

Ano	TBN	TFG	TFT
2000	22,6	73,3	2,19
2001	21,6	70,0	2,11
2002	20,9	67,6	2,05
2003	20,3	65,6	2,01
2004	19,9	64,2	1,98
2005	19,3	62,4	1,94
2006	18,7	60,3	1,89
2007	18,1	58,2	1,83
2008	17,5	56,4	1,78
2009	17,1	55,1	1,75
2010	16,6	53,6	1,71
2011	16,6	52,6	1,70
2012	16,3	52,0	1,69
2013	16,3	51,9	1,70
2014	16,3	52,3	1,72
2015	15,9	51,3	1,70
2016	15,6	50,5	1,69

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017

Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Tabela 5 - Taxas Específicas de Fecundidade (TEFs), por grupo etário das mães, Distrito Federal, 2000-2016

Ano	Grupo etário						
	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
2000	0,080	0,125	0,110	0,077	0,037	0,009	0,001
2001	0,075	0,120	0,105	0,075	0,037	0,009	0,001
2002	0,070	0,117	0,102	0,073	0,038	0,009	0,001
2003	0,067	0,113	0,100	0,073	0,038	0,010	0,001
2004	0,065	0,109	0,099	0,073	0,039	0,011	0,001
2005	0,062	0,104	0,098	0,072	0,039	0,011	0,001
2006	0,060	0,099	0,095	0,071	0,039	0,011	0,001
2007	0,058	0,094	0,092	0,070	0,040	0,011	0,001
2008	0,055	0,090	0,089	0,070	0,040	0,011	0,001
2009	0,053	0,086	0,086	0,071	0,041	0,012	0,001
2010	0,052	0,082	0,082	0,071	0,042	0,012	0,001
2011	0,052	0,080	0,080	0,072	0,043	0,012	0,001
2012	0,051	0,079	0,078	0,073	0,043	0,012	0,001
2013	0,051	0,079	0,078	0,074	0,044	0,013	0,001
2014	0,050	0,079	0,080	0,076	0,046	0,013	0,001
2015	0,048	0,078	0,079	0,075	0,046	0,013	0,001
2016	0,044	0,077	0,079	0,075	0,047	0,014	0,001

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) 1999-2017
 Elaboração: NEP/DIPOS/Codeplan - 2018.

Comitê Editorial

JEANSLEY LIMA
Presidente

**JULIANA DIAS GUERRA NELSON
FERREIRA CRUZ**
Diretora Administrativa e Financeira

BRUNO DE OLIVEIRA CRUZ
Diretor de Estudos e Pesquisas
Socioeconômicas

DAIENNE AMARAL MACHADO
Diretora de Estudos e Políticas Sociais

ERIKA WINGE
Diretora de Estudos Urbanos e Ambientais

Alexandre Silva dos Santos
Gerente de Demografia, Estatística
e Geoinformação

Clarissa Jahns Schlabit
Gerente de Contas e Estudos Setoriais

Cláudia Marina Pires
Gerente de Gestão e Desenvolvimento
de Pessoas

Elisete Rodrigues de Souza
Gerente de Estudos e Análises
de Promoção Social

Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira
Gerente de Estudos e Análises
de Proteção Social

Juliana Machado Coelho
Gerência de Estudos Urbanos

Jusçanio Umbelino de Souza
Gerente de Pesquisas Socioeconômicas

Kássia Batista de Castro
Gerente de Estudos Ambientais

Larissa Maria Nocko
Gerente de Estudos Regional e Metropolitano

Marcelo Borges de Andrade
Gerente de Tecnologia da Informação

Martinho Bezerra de Paiva
Gerente de Administração Financeira

Sesai Barbosa de Moraes
Gerente de Apoio Administrativo

Tatiana Sandim
Gerente de Estudos e Análises Transversais

Angélica Cristiani Pereira Nunes Pinheiro
Chefe da Assessoria de Comunicação Social

Revisão e copidesque

Heloisa Faria Herdy
Nilva Rios

Editoração Eletrônica

Maurício Suda

**Companhia de Planejamento
do Distrito Federal - Codeplan**

Setor de Administração Municipal
SAM, Bloco H, Setores Complementares
Ed. Sede Codeplan
CEP: 70620-080 - Brasília-DF
Fone: (0xx61) 3342-2222
www.codeplan.df.gov.br
codeplan@codeplan.df.gov.br



Secretaria de Fazenda,
Planejamento,
Orçamento e Gestão



Governo do Distrito Federal