**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E DESIGUALDADE SOCIAL

ROBERTO TEIXEIRA LIMA

**ORIENTADORA:
Prof.^a Dr.^a AUGUSTA THEREZA DE ALVARENGA**

SÃO PAULO, 2001

FICHA CATALOGRÁFICA

M289v **TEIXEIRA-LIMA R.** Condições de nascimento e desigualdade social/Roberto Teixeira Lima. São Paulo/SP, 2001; p.200.

Orientadora: Prof^a Dr^a Augusta Thereza de Alvarenga
Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da USP.

1. Baixo peso ao nascer. 2. Mortalidade neonatal precoce.
3. Assistência pré-natal. 4. Assistência ao parto. 5. Classe Social.
I. Augusta Thereza de Alvarenga. II. Faculdade de Saúde Pública da USP. III. Título.

Autorizo, exclusivamente para fins de pesquisa acadêmica, a reprodução parcial ou total desta tese, por processos fotocopiadores:

Assinatura do autor: _____

Data: _____

05/09/04

"Até que ponto devem ser reconhecidos como determinantes os fatores "simples" à qualidade de vida urbana contemporânea? Existiria um conjunto de fatores responsáveis pela generalização, particularmente desigual, de certos fenômenos que se manifestam, com especial intensidade, nos contextos urbano-metropolitano, tal como as condições de nascimento e de morte?"

DEDICATÓRIA:

A um casal de trabalhadores que vendeu sua gleba de terra para que seus filhos pudessem freqüentar a escola - meus pais: José Teixeira Chaves Filho e Maria Espírito Teixeira.

In Memoriam:

Ao "Sr. Teixeira", meu pai, a quem agradeço todo o esforço e dedicação para a minha formação.

Agradecimentos:

Em nome das realizações, sonhos e sofrimentos das parturientes e dos seus neonatos, ao possibilitarem a realização deste estudo.

"Foi minha primeira gestação; planejei, fiquei um pouco perturbada pelo excesso de trabalho, além de ter apresentado crise renal, precisando de repouso, mas trabalhei até dez dias antes do parto. Fiz pré-natal nesta maternidade e assisti a palestras sobre aleitamento materno. Já tinha marcado a cesárea. A criança está em boas condições de vida."

"Estou na minha segunda gravidez; não foi planejada. Engravidei quando fiz as pazes com meu marido e ele foi embora novamente. Não foi uma gravidez tranquila, houve muitos problemas emocionais devido à separação. Só comecei a fazer o pré-natal no sexto mês de gestação. Estou muito triste pois minha filha nasceu com problema na boca."

"Eu desejava um outro filho, um homem, mas não agora. Pois meu último filho vai fazer um ano; e também tinha mês que tive muito choro, raiva, brigas, até tapas. Acesso ao serviço não foi fácil, pois não havia vagas. No momento me sinto bem, mas não muito feliz, porque o menino tem problema de cansaço."

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS:

À Profª Dra. Augusta Thereza de Alvarenga, orientadora, exemplar dedicação ao trabalho de minha orientação em todo o período do curso e imprescindível contribuição para o êxito deste trabalho e para minha aprendizagem.

Aos componentes da banca, Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira; Prof. Dr. José da Rocha Carneiro, Profª Drª Elisabeth Meloni Vieira e Profª. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros que, com responsabilidade e empenho, contribuíram para o aperfeiçoamento científico deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, pelas valiosas sugestões que, ao longo do trabalho, permitiu-me apreender com melhor clareza as concepções da perinatologia.

À Profª Dra. Ana Cristina D'Andretta Tanaka, especiais agradecimentos, pelas contribuições que tem dado na melhoria e aprofundamento na análise dos dados.

À Profª Ana Maria Elias, Profª Assistente do Departamento de Ciências da Educação da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Araraquara/SP, por sua contribuição no delineamento e análise estatística dos dados, com uma dedicação primorosa.

À Profª Rebeca de Sousa e Silva, do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, por sua contribuição no aperfeiçoamento do banco de dados para a definição de variáveis epidemiológicas.

Ao corpo técnico-administrativo do Departamento de Saúde Materno-Infantil/FSP-USP, em particular, a Elba Barreto Carvalho e Nilson Silva Soares, pelo agradável clima de amizade e companheirismo do desenrolar durante minha estadia na Faculdade de Saúde Pública.

À amiga Anna Rita Pederneiras, Médica Sanitarista, pelo apoio e incentivo para seguir "sempre em frente".

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS:

Ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba, por minha liberação para dedicação exclusiva ao desenvolvimento deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e, do mesmo modo, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de Bolsa de Estudos, que possibilitou a dedicação integral ao trabalho de pesquisa.

Às instituições que permitiram o acesso aos seus pacientes que, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito deste trabalho.

RESUMO

TEIXEIRA-LIMA R. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública - USP].

O presente trabalho toma como objeto de estudo as relações existentes entre condições de nascimento de crianças de baixo peso e não baixo peso ao nascer, condições de assistência e condições de classe. Busca reter as possibilidades e os limites para o emprego do conceito de classes sociais em pesquisas empíricas no campo da Saúde Pública e Coletiva tendo em vista as mudanças operadas no capitalismo atual pelo processo de globalização. A população estudada constitui-se de 137 recém-nascidos de baixo peso e 372 recém-nascidos de não baixo peso, pertencentes ao município de João Pessoa/PB. Os dados foram obtidos através de entrevista individual com parturientes que deram à luz nos hospitais públicos e privados da cidade, no período de abril a setembro de 2000. Foram observadas elevadas taxas de cesáreas, com predominância nos serviços privados, o que poderia estar determinando uma maior mortalidade neonatal precoce justamente para os neonatos de não baixo peso pertencentes à "burguesia". Em relação ao pré-natal pode-se observar que o maior risco materno-fetal coube aos neonatos de baixo peso e não baixo peso pertencentes ao "proletariado", cujas taxas estimadas de ausência de pré-natal foram de 33,4% e 27,1%, respectivamente, acima da média nacional. Quanto aos óbitos neonatais precoces uma descrição qualitativa dos mesmos permitiu identificar as estreitas relações existentes entre as condições de assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e as mediações que as condições de classe oferece. Apesar das limitações observadas no emprego do conceito de classes sociais, dada a redução teórico-metodológica operada para sua aplicação e as mudanças atualmente existentes nos processos de trabalho, pode-se considerar que a interpretação dos eventos perinatais como as condições de peso ao nascer e a mortalidade neonatal precoce são fenômenos complexos, de natureza tanto biológica quanto social, o que exige para sua melhor compreensão não só o conhecimento gerado pela Epidemiologia mas, igualmente, aquele gerado pelas Ciências Sociais.

Descritores: baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal precoce, assistência pré-natal, assistência ao parto, classe social.

SUMMARY

TEIXEIRA-LIMA R. Birth conditions and social inequalities. São Paulo, 2001. [Doctorate thesis – School of Public Health - USP].

The present work focuses on the existing relations between the birth conditions of low birth weight infants and infants weighing 2,500g and more, assistance conditions and class conditions. It attempts to analyse the possibilities and limits of the use of the concept of social classes in empirical research in the field of Public and Collective Health, in the light of the changes in the current form of capitalism brought about by the globalisation process. The studied population is composed of 137 low weight newborns and 372 newborns weighing 2,500g and more from the municipality of João Pessoa, state of Paraíba. The data were obtained by means of an individual interview with women who gave birth in the city's public and private hospitals, between April and September 2000. The study observed that there were high rates of cesarean sections, predominantly in the private health services, which could be determining a higher rate of early neonatal mortality for the neonates weighing 2,500g and more belonging to the 'bourgeoisie'. With regard to prenatal care, the study observed that the low weight neonates and the neonates weighing 2,500g and more belonging to the "working class" had the highest mother and fetus risk, and the estimated rates of absence of prenatal care were 33.4% and 27.1%, respectively, higher than the national average. With regard to early neonatal deaths, a qualitative description allowed the identification of close relationships between the conditions of assistance given to prenatal care, to delivery and to the newborn and the mediations offered by class conditions. Despite the limitations of the use of the concept of social classes, due to the theoretical-methodological reduction that was operated in order to proceed to its application and the changes existing today in the labour processes, it is possible to consider that the interpretation of perinatal events such as birth weight conditions and early neonatal mortality are complex phenomena, that nature is both biological and social. Therefore, their understanding requires not only the knowledge generated by Epidemiology, but also that generated by the Social Sciences.

Descriptors: low birth weight, early neonatal mortality, prenatal care, assistance to delivery, social class.

Relação das tabelas, quadros e figuras descritas no estudo:

Nº da Tabela	Descrição das tabelas	Nº da página
1	Distribuição da ocorrência de partos na cidade de João Pessoa/PB. 1996.	36
2	Distribuição de nascidos vivos segundo os serviços investigados e as estimativas para as amostras.	37
3	Distribuição das estimativas de casos e controles de neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo os serviços investigados.	39
4	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo o tipo de família.	54
5	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo o estado civil e tipo de união conjugal das parturientes.	55
6	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo os responsáveis pelas famílias.	56
7	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo a idade das parturientes no momento do parto.	57
8	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo a idade das parturientes na ocasião da primeira relação sexual.	58
9	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo a paridade das mulheres.	59
10	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo o pré-natal e o número de consultas.	61
11	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo o início do pré-natal em relação ao trimestre da gravidez.	62
12	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo o sexo.	65
13	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo sua condição de sobrevivência pós-nascimento.	66
14	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo o tipo de parto e de serviço utilizado no parto.	67
15	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as indicações de cesáreas.	68
16	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as morbidades referidas pelas parturientes e as registradas nos prontuários.	69
17	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo a adequação peso/idade gestacional.	71
18	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo a situação de internação.	72
19	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais dos responsáveis pelas famílias.	74
20	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o tipo de mercado de trabalho.	75
21	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo a renda per capita das famílias.	77
22	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo a escolaridade materna no momento do parto.	78
23	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e a idade das parturientes.	80
24	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e a paridade das mulheres.	82
25	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o tipo de união conjugal das parturientes.	83
26	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o hábito de fumar das parturientes.	85
27	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o consumo de álcool das parturientes.	87
28	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o tipo de serviço utilizado no parto.	89
29	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o tipo de parto.	91
30	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e a adequação peso/idade gestacional.	93
31	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e sua sobrevivência pós-nascimento.	94
32	Distribuição dos neonatos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais, consultas de pré-natal e número de óbitos.	96
Descrição dos quadros e figuras		
F-1	Classificação de mortalidade fetal, perinatal e infantil.	42
F-2	Classificação de recém-nascido segundo o peso ao nascer e idade gestacional.	43
Q-1	Demonstrativo do cálculo da amostra dos casos de recém-nascido de não baixo peso ao nascer.	38
Q-2	Parâmetros para definição de linha de pobreza e de indigência segundo regiões brasileiras.	107

S U M Á R I O

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A relevância da perinatologia como objeto de investigação no campo da saúde pública.....	7
1.2 Um balanço da literatura: a especificidade do baixo peso ao nascer nas condições de nascimento.....	11
1.3 A explicação do baixo peso ao nascer: uma abordagem epidemiológica clássica.....	16
1.4 Revisitando o peso ao nascer	25
2. HIPÓTESE E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	30
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	32
3.1 Área do estudo.....	33
3.2 População do estudo	36
3.3 Coleta e processamento dos dados	40
3.4 Referencial teórico-metodológico.....	42
3.4.1 Aspectos conceituais e operacionais da perinatologia	42
3.4.2 Aspectos teórico-metodológicos sobre o conceito de classe social	45
3.4.3 Aspectos operacionais do conceito de classe social	48
3.5 Definição de termos utilizados no estudo	51
4. APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	53
4.1 Caracterização sócio-demográfica familiar	54
4.2 Caracterização da assistência pré-natal	61
4.3 Caracterização da assistência ao parto e ao recém-nascido	65
4.4 Caracterização das relações existentes entre condições de nascimento e desigualdade social	74
5. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	104
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
7. REFERÊNCIAS	147
8. ANEXOS.....	156

1. INTRODUÇÃO

Temos muito a comemorar neste século passado, particularmente no Brasil, em função dos 500 anos de sua história. No entanto, paradoxalmente, esta comemoração não é uma festa em seu sentido pleno. Existem múltiplas formas de interpretar este marco do quinto centenário brasileiro. Um aspecto parece-nos pertinente ser mencionado. Fomos construídos como uma sociedade excludente desde o seu início. Do negligenciamento dos nativos *in loco* até mesmo à destituição à distância dos negros africanos, foi gerida uma sociedade assimétrica hierárquica, discriminatória, social, étnica e culturalmente. A miscegenação, se nos fez multiculturais, não nos permitiu desenvolver um processo de uma cultura peculiar, tendo por base um país democrático. Uma marca evidente é a forma de colonização de nosso nascimento como nação brasileira, o monopólio da terra, a concepção e a prática patrimonialista de poder, configurando o Estado metropolitano. As elites dirigentes da colônia determinaram uma estruturação de poder marcada, desde seu cerne, pelo empreguismo, a troca de favores e a corrupção, instaurando uma dada cultura política que até hoje não foi alterada. Essa leitura é claramente verificada quando se analisa a conformação das capitanias hereditárias.

Seguindo esta conformação política, o poder público também se estabeleceu nesta mesma linha. Assumiu-se um vasto leque de transações entre burguesia portuguesa e sua esmagadora administração, caracterizada pelo mandonismo,

deixando uma herança de burocratismo excessivo, normatização exagerada e um pacto de dominação da massa de índios, negros escravos e mestiços das camadas destituídas, cujos projetos alternativos de sociedade foram drasticamente destituídos, a exemplo da Confederação dos Cariris e os Quilombos. Lutou-se bravamente pela autonomia política ao preço de dois milhões de libras de ouro. No entanto, a essência da estruturação social não foi alterada: a ausência de junção entre as elites e o povo, articulado através de um projeto de sociedade democrática. Segundo ADORNO (*Apud* SILVEIRA, 2000), foi neste momento que liberalismo e democracia se desquitaram, seguindo trilhas bem distintas. É certo que houve movimentos de iniciativas no sentido de autonomia, a exemplo dos projetos populares dos cabanos, balaaios, malês, sabinos, e até mesmo por parte da própria elite como o movimento dos farroupilhas.

Houve uma resistência duramente definida pela não autonomia da tradição libertadora do norte, atualmente Nordeste brasileiro, particularmente Paraíba, Pernambuco, Ceará, caracterizando a revolução de 1817 na Confederação do Equador, a chamada Revolução Praieira. O resultado desses eventos gerou um projeto de sociedade unitarista, centralizadora, regionalmente desigual, viabilizando e consolidando a hegemonia das elites centradas em outras regiões. Sob a égide de uma nação indivisa, reiterou-se a estruturação colonial. O liberalismo e a democracia à brasileira, baseados em modelos ingleses e franceses no que lhes convinha e depurando as iniciativas emancipatórias que não lhes convinham, conformaram uma estrutura social hierarquizada, evidenciando a discriminação político-eleitoral através da defesa de cidadãos ativos; estes com

direitos políticos e cidadãos simplesmente, com direitos civis simplesmente, se bem que de maneira discutíveis, pois que está contextualizado por uma massa de analfabetos e de trabalhadores escravos.

A construção do Estado nacional foi uma das maiores engenharias políticas de exclusão de cidadania. Como diz MATOS (*apud* SILVEIRA, 2000), em seu processo de conformação definiu uma centralização política, organizando e estratificando o controle dos chamados "três mundos: o mundo da casa, representado pelo privatismo da elite agrária, podando-lhe a autonomia; o mundo da rua ou da plebe, cerceando as expressões populares; e o mundo do trabalho, caracterizado pela repressão normativa pura e simples".

A abolição dos escravos renovou o abismo entre liberalismo e democracia, pois que não permitiu, em sua essência, uma iniciativa de integração dos libertos à sociedade econômica, social e politicamente falando. Definindo uma situação de preconceitos e discriminação que até hoje ainda não se evaporou na sociedade. Mais uma vez o receio das elites recriminava uma alternativa de democracia forjada pela união de esforços na luta escrava com as aspirações das camadas médias urbanas por direitos políticos e acesso a condições de trabalho.

O que mudou dali até os dias de hoje? O que há de novo? A sedução pelo mercado globalizado da elite e de uma classe média alta afluyente aos fluxos cibernéticos e internéticos internacionais permite não transparecer uma sociedade com movimentos perversos de expropriação de direitos da cidadania, a despeito

de tudo de bom que se propaga sobre esta questão, particularmente pelos poucos beneficiados. Continuamos ainda hoje com enormes massas de analfabetos; pessoas morrem, cotidianamente, por causas preveníveis; milhões estão na miséria e outros morrem de epidemias tecnicamente resolvidas há décadas e até mesmo há séculos. O desemprego e o sub-emprego se exacerbaram; embora o poder de compra venha aumentando, vem aumentando, também, em maior grau as diferenças sociais.

A despeito das mudanças que vem ocorrendo no país, uma realidade crucial não é alterada: o país continua sendo conformado por uma distribuição desigual de seus produtos e serviços e mais acentuadamente de sua renda (SINGER, 2000). É conhecido que os dez por cento mais ricos da população absorvem uma renda quarenta e três vezes maior que os dez por cento de renda mais baixa. É certo que o impacto do rápido crescimento econômico tem propiciado uma regressão da população pobre; ainda assim persiste um grande contingente em condições de pobreza. Este aspecto permite levantar um questionamento: que implicações a desigualdade tem gerado numa época de crescimento na perspectiva de análises das condições de vida das pessoas?

Diversos estudos internacionais apontam para o aspecto de que o grau de desigualdade em grupos sociais está diretamente relacionado às taxas de mortalidade e de morbidade, independente do nível de renda. O Banco Mundial afirma que o Brasil com um produto interno bruto ultrapassando os cinco mil dólares *per capita*, está passando por uma fase difícil, mas que se esta fase não

for acompanhada de outras transformações, esse aumento de renda dificilmente, por si só, conduzirá a grandes melhorias. Nota-se que nestas duas últimas décadas tem-se produzido inúmeros estudos de vanguarda sobre a interface pobreza-saúde. Contudo a atual "transição epidemiológica" também evidenciada por vários outros estudos (LAURENTI, 1990; MONTEIRO, 1995) sugere a adoção de novas abordagens teórico-metodológicas para melhor explicar esta realidade. As discussões apontam para uma direção de se investigar as interfaces que condicionam os processos sociais e de que maneira os distintos grupos se expõem a diferentes fatores de morbidade e mortalidade, definidores do processo saúde-doença.

É sob esta última perspectiva que desenvolvemos esta investigação de modo a configurar a realidade social de uma população e de como os aspectos definidores, característicos dessa sociedade, interferem nas condições de vida dos indivíduos, até mesmo antes de nascerem, evidenciando a importância do estudo do peso ao nascer como fator determinante dessa condição de nascimento.

1.1 A relevância da perinatologia como objeto de investigação no campo da saúde pública

Em diferentes países, têm-se verificado grande número de investigações em torno da morbidade e mortalidade materno-infantil e sua relação com as condições de nascimento das crianças, em função do nível sócio-econômico. Nesses estudos, autores buscam caracterizar as condições de nascimento através de variáveis que, utilizando o conceito de risco, tentam identificar os fatores causais que definem as condições favoráveis ou desfavoráveis para o nascimento. (LIRA, 1994; HIRVE, 1994; WALLACE, 1994; MONTEIRO, 1995; RODRIGUEZ, 1995; SPINILLO, 1995; WILCOX, 1995; HEMMINK, 1996). Nesse sentido, é que ALVARENGA, já em 1984, identificava nos fenômenos da prematuridade e da insuficiência ponderal, definidos na primeira metade do século de maneira indiferenciada como baixo peso ao nascer, os elementos básicos que articularão as condições maternas às condições de nascimento, de maneira específica.

O conceito de baixo peso ao nascer, a exemplo dos estudos de BARROS e VICTORA (1996), aparece nas investigações sobre o tema como elemento estreitamente relacionado e articulador das condições de morbidade, que implicará em sérios danos ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança, bem como da mortalidade perinatal, expressando desse modo grande relevância em termos de saúde pública (BARTLEY, 1994).

A demonstração dessa relevância está presente não somente nos livros e periódicos da literatura especializada mas, inclusive, nas propostas de organismos internacionais preocupados com o problema. Exemplo típico foi o Encontro Mundial de Cúpula Pela Criança, promovido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1991), caracterizando-se como a maior reunião de Presidentes e Primeiros Ministros de Estado que culminou numa promessa pública de reduzir de maneira expressiva, até o ano 2000, as mortes de crianças e a desnutrição infantil, através de intervenções voltadas para melhoria das condições de saúde da mãe e da criança. Também a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1988, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), têm realizado amplos estudos sobre esse problema, inclusive apontando medidas para sua solução (CLAP, 1988).

Diante disso, considera-se relevante a temática do baixo peso ao nascer, na sua expressão de prematuridade e insuficiência ponderal, que progressivamente assume lugar de destaque nos estudos da perinatologia não somente pela elevada participação na mortalidade infantil, mas por encerrar questões teórico-metodológicas importantes nos processos de investigações (BARROS e VICTORA, 1996; BELLIZI, 1997). Este fato se dá pela diferenciação interna na evolução do conceito do baixo peso ao nascer evidenciado nos estudos quando se faz a distinção entre o baixo peso decorrente da prematuridade e o baixo peso decorrente do retardo de crescimento intra-uterino, conhecido como insuficiência ponderal.

Esses conceitos apresentam grande importância por expressarem o risco gravídico tanto da mãe, quanto para o conceito. Essa preocupação está presente nos documentos das organizações médicas, a exemplo da OMS, CLAP, e Academia Americana de Pediatria, nos quais estes encontram-se descritos como indicadores de risco para mortalidade perinatal. Nesse contexto é que o peso ao nascer destaca-se como um dos mais importantes indicadores das condições de nascimento e de sobrevivência de menores de um ano de idade, assim como do crescimento e desenvolvimento infantil. (WALLACE, 1994; DELGADO, 1995; NCHS, 1995).

O tratamento do tema permite melhor exemplificar tal relevância quando abordado em termos da própria assistência à saúde. Estudiosos como BARROS e VICTORA (1996), dentre outros, elegem o peso ao nascer como indicador importante da condição de saúde de uma população porque, por meio deste, consideram ser possível avaliar os programas assistenciais visto refletir, o resultado do processo gravídico e as condições sociais da gestante/puérpera e da assistência à saúde recebida. Já em estudos bem anteriores, BERTAGNON (1991) e BARVAZIAN e BEHAR (1978), ampliavam a consideração do tema ao relacionarem o peso ao nascer com o desenvolvimento social dos países e a questão da qualidade de assistência à saúde. Estes autores afirmam ainda que as condições de vida determinam o nível de saúde da população. Por conseguinte, o processo saúde-doença-morte ganha várias dimensões não se constituindo a carga biológica, portanto, no único determinante do desenvolvimento do feto. O meio

ambiente, caracterizado pelos processos sociais, responde por boa parte de seu desenvolvimento.

Nesse particular, o número de crianças com baixo peso ao nascer é proporcional à prevalência de desnutrição materna, indicando que o retardo de crescimento fetal é uma constante nesta condição do baixo peso ao nascer, notadamente nos países e regiões menos desenvolvidas, onde responde por 70,0%, dentre os nascidos nessa condição. Esta tendência diminui na medida em que os países alcançam maior nível de desenvolvimento. Diante do exposto, pode-se observar não somente o lugar de destaque ocupado pelo baixo peso ao nascer no interior da área de saúde materno-infantil, mas igualmente apontar para a relevância que assume como objeto de investigação no campo da saúde pública, dadas as várias possibilidades de abordagens que seu estudo encerra.

1.2. Um balanço da literatura: a especificidade do baixo peso ao nascer nas condições de nascimento

A literatura internacional e nacional apresentam diversos estudos sobre condições de nascimento da população infantil em que se evidenciam o lugar de destaque assumido pelo peso ao nascer, dada a sua contribuição sobretudo nas taxas de mortalidade perinatal. Assim, uma revisão da literatura a respeito de tal contribuição permite melhor delinear o âmbito no qual os problemas relativos ao objeto desse estudo se apresentam. (ALMEIDA, 1994; SUNG, 1994; ARNTZEN, 1995; STRACHAN, 1996; WIDSCHUT, 1997).

A Organização Mundial de Saúde, já em 1980, investigava as condições de nascimento no mundo, quando constatou que de 125 milhões de recém-nascidos, 20 milhões (16,0%) apresentam BPN e que desses mais de 90,0% são provenientes dos países considerados como subdesenvolvidos. Em países como o Brasil, Indonésia e Ilhas do Caribe, considerados de nível intermediário de desenvolvimento, foram identificadas prevalências de baixo peso em torno de 10,7% a 15,0%. Noutros países, de condições sócio-econômicas mais baixas, a exemplo de Birmânia e Índia, foi encontrada uma prevalência de 22,0% e 30,0% respectivamente, em crianças de baixo peso (HIRVE, 1994). Em contrapartida, países como Estados Unidos, Nova Zelândia e Suécia, altamente desenvolvidos, apresentaram uma incidência média de 4,7% (HILLE, 1994; KLIEGMAN, 1995;

COHEN, 1995; FAWER, 1995). Essa diversidade de resultados é explicada pelos diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico desses países o que representa uma das formas tradicionais dos estudos epidemiológicos apontarem para a questão da desigualdade social presente na determinação do problema.

Nesta linha de preocupação, tomando como referência o peso ao nascer e a mortalidade perinatal, outras pesquisas foram realizadas em países com níveis diferenciados de desenvolvimento econômico e social, verificando igualmente uma distribuição distinta desse indicador (BRUGHA, 1994; PECK, 1994; PARKER, 1994). Condições específicas foram encontradas em países como Costa Rica, México, Uruguai, Chile e Cuba. O que se ressalta nesses países é que, a despeito de não se caracterizarem como desenvolvidos do ponto de vista econômico, mas em vias de desenvolvimento, foram implementadas políticas públicas e programas sociais que, de uma maneira geral, modificaram as condições de sobrevivência da população, resultando em taxas de baixo peso ao nascer inferiores a 10,0% (SCHLAEPFER, 1995). Tais resultados permitem indicar que nem sempre existe uma relação estreita entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, o que aponta para a relevância das políticas sociais e de saúde no interior das quais a questão da qualidade de assistência à saúde perinatal adquire significado especial (LAURELL, 1993).

O significado social, no âmbito da saúde pública, determinado pelas diferentes taxas de baixo peso ao nascer recebe destaque nos estudos epidemiológicos por evidenciarem relações estreitas entre condições sócio-econômicas e condições de

nascimento que, entre outros aspectos, são permeadas pela questão da qualidade de assistência à saúde (MONTEIRO, 1995).

No Brasil, em 1988 uma ampla investigação, desenvolvida pelo CLAP, envolvendo áreas urbanas das capitais brasileiras, identificou uma incidência média do baixo peso ao nascer para o país de 14,8%. Mais tarde, NÓBREGA em 1995, utilizando a mesma metodologia observou uma taxa de 8,3%, o que, a despeito do tempo que passou, sugere dificuldades para o conhecimento da real magnitude do problema no país como um todo, dada a deficiência, ou mesmo ausência de registros de dados vitais (TEIXEIRA-LIMA, 1995).

Sustentando o pressuposto de que a questão das condições de nascimento, sobretudo o peso ao nascer, encontra-se estreitamente vinculada a diferentes ordens de determinantes sociais, alguns estudos no país apresentam evidências típicas quando trabalham com dados regionais. Nesse particular, a colaboração de MONTEIRO (1995) é relevante quando analisa os dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN/1989, por contrapor realidades regionais bastante distintas, indicando que o baixo peso ao nascer da Região Nordeste do país, que é de 12,0%, se assemelha a da região rural do país como um todo. Reafirma, igualmente, tal diferenciação regional ao traçar a evolução da desnutrição infantil. Embora observe um recrudescimento da mesma no Brasil como um todo, nas regiões Norte e Nordeste esse fenômeno não ocorre. Para o mesmo, tal fato deve-se a que nestas regiões a desnutrição infantil “assume proporções endêmicas, a exemplo das sociedades mais pobres do mundo” (MONTEIRO, 1995, p. 110). Tal

constatação indica a relevância de seus estudos para a consideração das relações existentes entre condição de vida, desigualdade social e condição de saúde. Esta diferenciação é explicada pela melhoria das condições sócio-econômicas que analisa a partir de indicadores como a renda familiar, a cobertura de serviços de saneamento, a saúde e educação para as regiões do país, com exceção das Regiões Norte e Nordeste.

Este aspecto foi também evidenciado no Estado do Maranhão em investigação realizada por VICTORA e colaboradores em 1991, nas cidades de Timbiras e São Luís, onde verificaram que as taxas do baixo peso ao nascer se apresentam diferenciadas em função da existência de serviços assistenciais de saúde. Colocam em destaque o caso da assistência da Pastoral da Criança evidenciando que em Timbiras, onde esta entidade atuava, o baixo peso ao nascer era de 10,1%. Já em São Luís, onde a população não conta com tal tipo de assistência, o baixo peso ao nascer é de 14,8%. Tal fato sugere, segundo os autores, a existência de uma desigualdade das condições de nascimento entre as duas populações estudadas, caracterizada pelo acesso diferenciado a serviços de saúde.

Estudos bem anteriores desenvolvidos por LAURENTI, em 1985, corroboraram tal pressuposto. Na Região Sudeste, de melhores condições sócio-econômicas, envolvendo nove maternidades das cidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina, identificaram uma incidência de 11,1% de BPN, valor inferior à média do país (14,8%). O Rio Grande do Sul, representando um dos Estados mais desenvolvidos do país, sobretudo do ponto de vista do

desenvolvimento social, apresentou taxas ainda menores, como evidenciam os estudos empíricos de BARROS e VICTORA (1996) na cidade de Pelotas/RS que identificaram uma taxa de 9,0%.

Segundo dados do Ministério da Saúde, obtidos pelo Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC, o Estado do Rio Grande do Sul apresentou uma média de 8,0% de crianças com baixo peso ao nascer (MS, 1995). Vale registrar ainda, que OLINTO dois anos antes, investigando nascidos vivos da periferia urbana da cidade e Pelotas/RS, caracterizada como área de população de baixa renda, encontrou uma taxa de 12,9%, demonstrando assim a existência da desigualdade social nas condições de nascimento numa mesma região. Em outros estudos, os resultados encontrados reforçam a relevância de se diferenciar, em investigações sobre o tema, as condições sociais sob as quais as famílias de recém-nascidos de baixo peso ao nascer estão submetidas (VALÉRIO e cols. 1997).

1.3 A explicação do baixo peso ao nascer: uma abordagem epidemiológica clássica

Mesmo excluindo dos estudos os casos de baixo peso ao nascer provenientes exclusivamente dos fatores biológicos (genéticos, gemelaridade), tem-se verificado que o déficit do peso continua presente na população com grandes implicações para a morbidade e mortalidade infantil (SCHAEPFER, 1995; HEMMINKI, 1996; WILCOX, 1995; TEIXEIRA-LIMA, 1998).

Buscando explicações acerca do fenômeno, diversos autores, através de investigações epidemiológicas clássicas, tomam isoladamente diversas variáveis, notadamente a idade, a paridade, o intervalo interpartal, o hábito de fumar, a ingestão de álcool, entre outras. Do ponto de vista clínico-epidemiológico enfatizam os antecedentes maternos, como também as intercorrências da própria gestação, além da questão nutricional, visando a identificar a determinação do baixo peso ao nascer presente na relação materno-perinatal.

Neste contexto, a busca da “relação causal” entre ganho ponderal na gestação e desenvolvimento fetal, a exemplo dos trabalhos de CONTER (1995) que ganha destaque na literatura por representar uma das modalidades de baixo peso ao nascer, caracterizada pelo retardo de crescimento intra-uterino. A idéia básica

defendida é a de que a gestante com desnutrição crônica, ou mesmo déficit nutricional durante a gravidez, apresenta, do ponto de vista clínico-epidemiológico, condições desfavoráveis para o desenvolvimento fetal. Sustentam, igualmente, tal assertiva trabalhos como os de MENEZES (1995) e AERTS (1995). Vale ressaltar, no entanto, que tal relação nem sempre é observada, como indicam estudos de NARAYAN (1992) e SEIDMAN (1991), onde referem a necessidade de cautela para análise de variáveis isoladas neste tipo de investigação.

Tal fato aponta para questões metodológicas relevantes por permitir observar que a análise de variáveis isoladas pode sugerir tanto sua condição de fator causal, como de variável de confusão, ou ainda que outros fatores possam ser determinantes ou mediadores de tal "relação causal". Dessa forma, do ponto de vista teórico coloca-se em questão a relação entre o fenômeno e as prováveis causas associadas quando tomadas isoladamente sem um contexto histórico e social na qual estejam inscritas, do ponto de vista teórico.

Exemplificando esta discussão, a variável *idade da mulher* é exemplar. Esta apresenta-se, em geral, nos estudos, como importante fator de risco fetal. O critério básico é o de que a ocorrência de gestação nos dois extremos da idade fértil da mulher (< 20 e > 35 anos de idade) é associada ao baixo peso ao nascer do concepto. Exemplos de tais associações são demonstradas em estudo realizado por PUFFER em 1974, sobre a mortalidade infantil na cidade de Recife/PE. Enfatizando a questão da idade precoce como fator de risco da gravidez na adolescência destacam-se pesquisas de autores como GUIMARÃES (1995), VERAS

(1995) realizadas também na cidade do Recife/PE. Estudo de TEIXEIRA-LIMA (1995), na cidade de João Pessoa/PB, observa igualmente este fenômeno. Contrapondo-se a essa constatação, estudo feito por SPINILLO (1995) afirma, por exemplo, que se as mães adolescentes tiverem suas necessidades nutricionais atendidas no período gestacional, a idade materna repercute pouco no resultado da gravidez. Esse aspecto pode ser observado em estudos recentes a exemplo de CEESAY (1997).

Nessa perspectiva os autores questionam, portanto, o emprego da variável idade materna tomada isoladamente como determinante do baixo peso ao nascer. Defendem a necessidade de se considerar outros níveis de abordagens na medida em que tal associação pode ocorrer em função de patologias prevalentes, sobretudo no grupo etário com mais de 35 anos de idade (RODRIGUEZ, 1995). Acresce-se a isso o fato de a gravidez na adolescência incidir com maior frequência nas camadas populares. Nesse sentido é que se coloca a afirmação de ALVARENGA, que já em 1978, considerava a dupla natureza social e biológica dessa variável por representar uma interseção entre essas duas dimensões, fato esse ignorado nos estudos epidemiológicos.

Ao lado da idade, a *paridade* se apresenta igualmente como variável considerada como fator de risco de morbidade e mortalidade perinatal, conforme EVER (1994) e AERTS (1995). Assim como a idade, a paridade apresenta-se, igualmente, como variável de natureza biológico-social, dada as relações intrínsecas existentes entre as mesmas no processo reprodutivo, o que implicaria cuidados teórico-

metodológicos específicos para a busca investigativa do fenômeno. O *hábito de fumar* da gestante tem sido classicamente descrito na literatura como variável estreitamente relacionada ao baixo peso ao nascer, particularmente nos casos de retardo de crescimento fetal. Diversos estudos ilustram esta afirmação (TERUEL 1995; HIRVE 1994; CONTER 1995; TEIXEIRA-LIMA 1995).

Outra variável considerada estreitamente relacionada ao baixo peso ao nascer é o *tempo da gestação*. Estudiosos, a exemplo de ALMEIDA (1994), GUERRA (1995), AERTS (1995), analisando a relação desta com o fenômeno, descrevem que quanto menor a idade gestacional maior é a probabilidade da criança nascer com baixo peso. A relevância de tal variável, dada a sua natureza biológica, prende-se a fato de que o nascimento precoce (menor de 37 semanas) caracteriza a prematuridade, que se apresenta como uma das modalidades de baixo peso ao nascer. Nesse sentido BARVAZIAN e BEHAR (1978) afirmam que esta associação peso ao nascer/idade gestacional é importante para distinguir os neonatos prematuros, mais freqüentes nas populações de países desenvolvidos, dos neonatos com déficit ponderal ao nascer, condição esta encontrada com maior freqüência nas populações de países menos desenvolvidos, o que aponta para a importância de se diferenciar esses dois grupos quando da análise do problema.

Ao lado desse conjunto de variáveis tradicionalmente consideradas como determinantes do risco de ocorrência do baixo peso ao nascer, outras igualmente se apresentam na literatura especializada ampliando o elenco de fatores passíveis de serem incorporados nessa modalidade de estudo, tais como: intervalo

interpartal, ocorrência de aborto anterior à gravidez, patologias durante a gravidez, além de outras especificamente de natureza social, como o nível de escolaridade, a condição de moradia, a assistência à saúde, dentre outras (BESSA, 1995; CAETANO, 1997).

Na perspectiva adotada pelo paradigma¹ clássico de investigação epidemiológica, aspecto característico é o de que toda "relação causal" é buscada na associação de variáveis isoladas. Assim, cada investigador se utiliza dessas variáveis de maneira individualizada, seja pela tradição no reconhecimento do poder explicativo identificado, seja pelo "interesse" em explorar determinado tipo de causa. No entanto, longe de garantir certezas tal paradigma investigativo tem, na atualidade, sido contestado por não assegurar uma abordagem contextualizada do objeto, do ponto de vista histórico-estrutural. Nesse sentido é que cabe, por exemplo, indagar se será possível interpretar e conhecer o fenômeno do baixo peso ao nascer, e seus nexos causais, através do estudo de fatores considerados de forma isolada, fundado tão somente em cálculos estatísticos de correlações e a eles reduzidos.

Vale considerar que estes estudos têm o seu mérito, como análise descritiva, para identificar variáveis relacionadas com o fenômeno. Mas, conforme já em 1995 (p.11), KOIFMAN afirmava que tal estratégia metodológica têm limites, pois com ela "... estaremos simplesmente observando a aparência do fenômeno, sem investigar na sua essência, o conjunto de condições que permitem que a patologia

¹ Entende-se por Paradigma a concepção de KUHN (1975) que atribui, em dado período da evolução do conhecimento científico, a adoção, por comunidades científicas, de como investigar e explicar, do ponto de vista teórico-metodológico, determinado problema.

se desenvolva de forma diferenciada em determinados grupos populacionais." O que se verifica, portanto, neste paradigma de investigação é que cada pesquisador emprega as variáveis de maneira fragmentada, sem um dado contexto teórico que justifique sua relevância e relações existentes. Nesta linha de interpretação SOLLA (1996, p. 208) enuncia, por exemplo, que "as alternativas clássicas da epidemiologia para o tratamento das variáveis sócio-econômicas nos coletivos humanos, sofrem as limitações referentes ao processo de redução/simplificação impostas pela construção de variáveis a partir dos conceitos estabelecidos na epidemiologia clássica", trazendo a idéia de redução do social ao modelo biológico. Como os processos saúde-doença ocorrem na sociedade, inseridos em processos gerais e particulares, o recurso ao instrumental da sociologia amplia as possibilidades de interpretação do mesmo. (ALVARENGA, 1992; FIGUEIREDO, 1995).

Tendo em vista tais considerações, outra questão que se apresenta é: se as condições de nascimento, tomando como parâmetro o peso ao nascer, refletem o resultado da gravidez de uma mulher e responde por formas diferenciadas de sua inserção social. Por outro lado, em que níveis tais relações sociais que se estabelecem estariam definindo o perfil do recém-nascido em função da inserção diferenciada da mulher parturiente em categorias de classes sociais definidas? Justificando tais indagações, apresentam-se alguns trabalhos que, mesmo tendo sido elaborados dentro da abordagem da epidemiologia clássica, trazem indicações de que a simples descrição dos números não explicam o fenômeno. No entanto,

são particularmente importantes por procurarem introduzir a dimensão social como relevante no estudo das condições de nascimento.

Nesse particular colocam-se as análises que comparam a incidência ou prevalência do baixo peso ao nascer em sociedades desenvolvidas, subdesenvolvidas ou em vias de desenvolvimento, além da busca de identificação das diferenças regionais no interior do mesmo país, conforme análise apresentada no item anterior de diferentes estudos (SILVA e ALVARENGA, 1995).

Outra modalidade de estudos que analisam relações entre baixo peso ao nascer e variáveis sociais como renda, ocupação, escolaridade, acesso a serviços públicos e privados relacionados à condição de “previdenciário” e “não previdenciário”, “favelados” e “não favelados”, apresentam fortes indícios da relevância da consideração da questão da desigualdade social no estudo das condições de nascimento, contexto no qual o baixo peso ao nascer adquire sentido. Nesse particular apresentam-se como exemplos típicos algumas pesquisas.

MONTEIRO, já em 1980, realizando estudos, tomando como critério de diferenciação os setores público e privado observou em maternidades de São Paulo/SP, diferentes incidências de BPN, respectivamente, 12,2% e 8,9%. ZISMAN em estudos de 1987 em Pernambuco, desenvolvendo estudo populacional segundo níveis de poder aquisitivo no uso de serviços de saúde, definidos como “previdenciário” e “não previdenciário”, verificou que o baixo peso ao nascer apresentou uma maior taxa (duas vezes maior) no grupo “previdenciário”.

Resultado semelhante foi observado por SANTANA em estudo realizado em 1990, usando o mesmo critério para investigar a magnitude do BPN na cidade de João Pessoa/Paraíba, demonstrou a acentuada diferença existente entre as duas categorias (público e privado), respectivamente 10,0% e 3,8%. Além de outras investigações (SOUZA 1995; AERTS 1995; ALMEIDA e cols. 1997) que a condição social diferenciada nos distintos grupos foi “determinante” para definir as condições de nascimento das crianças. Nesse sentido o CLAP elaborou, igualmente, análises de risco perinatal considerando os fatores sócio-econômicos como “risco potencial” para morbidade e mortalidade infantil, os quais se apresentaram distintos nos diferentes grupos sociais. Outros trabalhos apontam para esse mesmo aspecto (ALMEIDA, 1992; SLIWANY, 1997).

Estes dados indicam que a questão das condições de nascimento, no interior das quais o baixo peso ao nascer adquire significado especial, se dá pela sua associação com outras variáveis epidemiológicas relacionadas aos determinantes sociais. Tais evidências são descritas por BARROS e VICTORA (1996) quando analisam a população infantil de Pelotas/RS e verificam que o parto cesáreo (cirúrgico) esteve diretamente relacionado com a inserção social da mãe. Nesse particular vale lembrar, igualmente, as estreitas relações entre a incidência de cesáreas e do baixo peso ao nascer que passam a representar importante questão em relação ao risco para a morbidade e mortalidade perinatal (VERAS 1995).

Diante do exposto observa-se, de um lado, a complexidade do fenômeno pelas múltiplas relações biológicas e sociais que encerra e, por outro, indica a relevância

da consideração da questão da desigualdade social a partir do conceito de classe social como estratégia teórica para melhor apontar as possibilidades de identificar a presença de determinações sociais nesse tipo de investigação.

1.4 Revisitando o peso ao nascer

No Brasil e na América Latina são poucos os estudos que procuram investigar a incidência do baixo peso ao nascer considerando as condições estruturais da sociedade e atribuindo aos processos histórico-sociais peso de determinação do processo saúde-doença-morte (FIGUEIREDO 1995).

Dentre as investigações específicas de baixo peso ao nascer, destacam-se as realizadas na cidade de Ribeirão Preto/SP, onde se investigou as condições de nascimento, observando que o baixo peso ao nascer apresentou uma diferença significativa entre as categorias de classes sociais, notadamente na categoria "proletariado". Para FIGUEIREDO (1995), tal diferenciação da condição de nascimento reflete o resultado dos processos de produção a que a sociedade brasileira está sujeita e aponta para a identificação das desigualdades sociais presente nas populações em função de inserções de classe diferenciais características do sistema capitalista vigente.

Buscando aprofundar a análise de dados dessa natureza SILVA e cols. (1992) identificaram as condições das parturientes segundo sua inserção nos estratos de classes sociais, relacionando-as a outras variáveis presentes nos grupos populacionais. Os resultados obtidos demonstraram que o maior percentual de recém-nascidos com baixo peso ao nascer ocorreu entre mães jovens, fumantes, e

pertencentes a "classes trabalhadoras", corroborando o pressuposto da relação existente entre situação de classe social e outras variáveis sociais e biológicas com a condição de nascimento. Nesta mesma linha de preocupação BARBIERI (1985) e SILVA (1997) realizaram análises sobre a morbidade e mortalidade perinatal, investigando os nascidos vivos da população da cidade Ribeirão Preto/SP e relacionando-os às condições de inscrição de classes sociais das respectivas famílias. Constataram, igualmente, que a incidência de morbidade e de mortalidade perinatal esteve mais presente nas classes trabalhadoras.

Em outra investigação, nessa mesma cidade, ALMEIDA (1992) demonstrou a distribuição desigual da mortalidade infantil verificando que às classes sociais mais baixas corresponderam as taxas maiores de mortalidade infantil. SILVA (1991, p. 190) na cidade de São Luís/MA, caracterizando a população estudada segundo a adscrição de classe social da família de parturientes, demonstrou uma maior incidência de baixo peso ao nascer na classe social "subproletariado", concluindo que "o emprego do conceito de classes sociais, no estudo do processo saúde-doença-morte no período perinatal, apresenta-se como importante instrumental teórico-metodológico, na medida em que trata de incorporar a reflexão sociológica na explicação do fenômeno".

O que se depreende desses trabalhos é que a explicação das relações entre condições da mulher parturiente e do peso ao nascer não se restringe a relações causais de natureza estritamente biológica. Pelos trabalhos apresentados pode se observar que a questão da morbimortalidade perpassa outros níveis de

determinação no interior das quais o social adquire significado especial. (SILVA e ALVARENGA, 1995).

As investigações que procuram ampliar a compreensão do objeto, incorporando o conceito de classes sociais, permitem demonstrar que o entendimento do problema implica na consideração de diferentes níveis de determinação e na busca de explicação da forma como atuam (BARBIERI 1989, MONTEIRO 2000). Dessa forma, segundo relata SILVA (1991, p. 143) "...com a incorporação de determinantes de natureza sócio-econômica e cultural poderíamos ampliar, em muito, a compreensão do problema, por permitirem resgatar o grau de participação que a dimensão biológica e social, entendida em seu sentido amplo, teriam na explicação da morbidade e mortalidade perinatal..."

Devido a especificidade e complexidade do objeto de estudo, ALVARENGA (1992, p. 189) afirma que "essa modalidade de investigação é particularmente enriquecedora para o progresso de conhecimento nas áreas de saúde da mulher e da criança, por permitir demonstrar os modos pelos quais condições de saúde e de doença se articulam, de maneira diferenciada, a condições sociais, numa relação recíproca."

No entanto, SOLLA (1996) aponta problemas e limites ao emprego do conceito de classe social em pesquisas específicas, pela necessidade de aprofundamento da análise dos processos de trabalho e de consumo em cada classe social. Na sua abordagem, o autor afirma que se torna necessário realizar adequações na

operacionalização do conceito de classe social que sejam coerentes com as características da formação econômico-social investigada e de sua estrutura social.

Afirma ainda que, nesse particular, o emprego do conceito e classe social estuda fenômenos dinâmicos como se fossem situações definidas e pontuais, contrariando a dinâmica dos processos sociais e suas interfaces intraclasses esperando, dessa forma, ser possível compreender as suas determinações. Participando dessa preocupação BRONFMAN e TUIRÁN já em 1984 (p.53) alertavam que estas investigações não permitem "apreender as classes como totalidades, isto é, em suas mutações internas e em suas inter-relações e com a estrutura social em seu conjunto."

Também considerando algumas dessas limitações, mas mostrando as possibilidades de enriquecimento da análise, BREILH, em 1989, afirmava que "a aproximação marxista da epidemiologia rebaixa o plano dos fenômenos empíricos e amplia o princípio de causalidade porque assume uma aproximação dialética." É, pois, esta concepção dialética que amplia o conhecimento sobre os fenômenos de saúde e de doença dos grupos sociais. E é nesse sentido que, a despeito dos limites, investigações buscando empregar o conceito de classes sociais permitem ampliar o tradicional tratamento de variáveis sociais isoladas, ou sistemas de estratificação ahistóricos, enriquecendo as abordagens do processo saúde-doença-morte em relação a problemas específicos como instrumental importante para o estudo das desigualdades sociais em saúde.

A despeito das críticas quanto as dificuldades e limites teórico-metodológicos presentes na operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos, entende-se que a análise empírica dos processos sociais particulares no interior das quais o objeto desta investigação, o baixo peso ao nascer se inscreve, permite enriquecer a explicação do fenômeno, sendo relevante para o investigador do campo da saúde trazer à tona discussões sobre processos estruturais característicos de uma dada realidade social.

Pressupondo esse contexto de possibilidades é que se busca considerar as relações existentes entre condições de nascimento e desigualdade social, tendo em vista reter as especificidades do baixo peso ao nascer num contexto em que condições clínico-epidemiológicas e sociais articuladas sejam passíveis de desvelarem a dupla natureza, biológica e social, do objeto sob investigação.

2. HIPÓTESE E OBJETIVOS DO ESTUDO

Partindo da hipótese básica de que as condições de nascimento das crianças encontram-se relacionadas a dadas condições de classe, no interior das quais se inscrevem as famílias dos recém-nascidos, o presente trabalho objetiva:

- Caracterizar as condições de nascimento dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso pesquisados, do ponto de vista clínico-epidemiológico, buscando reter peculiaridades do processo saúde-doença-morte neonatal precoce;
- Caracterizar a inserção dos grupos de mulheres parturientes investigadas num dado conjunto de categorias sociais;
- Identificar e analisar as especificidades assumidas pelo baixo peso e não baixo peso ao nascer no contexto das relações observadas entre condições clínico-epidemiológicas de nascimento das crianças, condições assistenciais e inserção de classe das parturientes investigadas;
- Identificar e analisar as especificidades assumidas pelo baixo peso e não baixo peso em relação à morte neonatal precoce.

3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1 Área do Estudo

Dada a importância das investigações na área da saúde materno-infantil com vista a diagnósticos e planejamento da assistência para esse grupo; e considerando a necessidade de estudos mais abrangentes nesta área, de grande interesse em saúde pública para a região Nordeste, em especial para o Estado da Paraíba, o presente estudo coloca-se como uma oportunidade para aprofundar, dentro de uma perspectiva interdisciplinar, o conhecimento sobre as condições de nascimento, saúde e assistência da população materno-infantil.

Para tanto, foi desenvolvida uma investigação na cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil na qual, segundo dados censitários e sócio-econômicos, reside uma população de 576.116 habitantes, sendo 46,2 % homens e 53,8 % mulheres. Conta com uma população favelada de 138.477 habitantes que representa 24,0% da população geral residente em 31.285 domicílios. Desse total 65.908 (11,4%) são menores de 6 anos de idade e, destes, 11.877 (18,0%) menores de 1 ano de idade. Segundo o IBGE, a cidade apresenta 100,0% da área urbanizada, com 109.956 domicílios particulares apresentado uma média de 4,49 pessoas por domicílio. A população economicamente ativa é de 73,0% com uma média de renda individual em torno de dois salários mínimos, sendo que dos chefes de famílias 34,3% tem renda de

até um salário mínimo. No extremo superior, conta 2,10% da população com renda familiar acima de 10 salários mínimos. A taxa de analfabetismo é de 16,4% na população jovem e de 18,4% nos adultos. Em relação aos aspectos econômicos, o setor industrial e de comércio apresenta um modesto parque industrial com 863 indústrias, gerando 27.000 empregos diretos e indiretos, com destaque na área de construção civil (25,0%) e de alimentos (22,1%), além de 12.000 microempresas, responsáveis por 60.000 empregos, numa proporção de 1 microempresa para cinco famílias empregadas.

Quanto ao saneamento básico, existem 123.135 (85,0%) ligações de canalizações residenciais d'água, sendo 15,0% dos domicílios com tratamento d'água inadequado. O lixo é coletado em 84,0% dos domicílios, com deposição a céu aberto e o Sistema de Esgoto Sanitário atende apenas a 40,0% da população (43.316 ligações prediais). Em termos de assistência médica, a população materno-infantil conta com 39 unidades básicas de saúde, 22 hospitais, sendo destes 11 maternidades distribuídas em setor público (5) e privado/conveniado (6), as quais oferecem uma cobertura de 96,0% de partos hospitalares. Quanto à taxa de mortalidade infantil, segundo o dados da PNADS o IBGE estima para o município de João Pessoa, para o ano 2000, uma taxa de mortalidade infantil de 63,85 por 1.000 nascidos vivos, e destas 169 casos foram de mortalidade neonatal precoce referente ao total de 17.027 nascidos vivos. Sobre o peso ao nascer, os dados indicam uma média de 9,0% de crianças nascendo com baixo peso ao nascer.(IDEME, 1995; SMS/JP, 1997; MS, 2001).

A esta situação sócio-econômica caracterizadora da cidade, fruto do modelo de desenvolvimento econômico do país, soma-se as condições climáticas da região, imprimindo um elevado custo social para a população, o que faz da Paraíba um dos Estados mais pobres do país.

3.2 População do estudo

Foram selecionadas duas amostras, uma de neonatos de baixo peso ao nascer e outra de neonatos de não baixo peso. Para a definição das amostras tomou-se como referência o universo de partos ocorridos na cidade de João Pessoa/PB, previamente conhecido, que corresponde a 18.773 partos, conforme indicado na tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Distribuição da ocorrência conhecida de partos na cidade de João Pessoa/PB, segundo as maternidades públicas e privadas.

Ano 1998	Candida Vargas	Santa Isabel	Edson Ramalho	Frei Damião	Hosp. Univer.	São Vicente	H.Guaranição	H.Valentina	Santa Maria	Lady Center	Total
Janeiro	472	244	242	130	133	106	97	24	35	26	1509
Fevereiro	432	223	193	48	151	106	88	36	38	35	1350
Março	514	232	215	139	148	129	104	38	30	27	1576
Abril	500	244	209	184	85	111	112	36	28	38	1547
Maio	458	259	254	184	199	132	137	50	47	21	1741
Junho	481	249	228	159	172	106	90	59	23	25	1592
Julho	573	240	220	183	178	139	36	45	31	28	1673
Agosto	530	241	211	212	174	106	31	41	22	30	1598
Setembro	582	244	241	185	186	68	32	39	34	37	1648
Outubro	585	241	211	175	154	87	35	53	47	26	1614
Novembro	503	193	189	167	120	74	31	40	22	45	1384
Dezembro	538	193	224	186	163	84	39	55	30	29	1541
T o t a l	6168	2803	2637	1952	1863	1248	832	516	387	367	18773
Distribuição (%)	33	15	14	10	10	7	4	3	2	2	100

Para o cálculo do tamanho das amostras dos neonatos de baixo peso ao nascer, considera-se que o evento baixo não apresenta sazonalidade em sua ocorrência sendo estimada as frequências do fenômeno para o setor público em 9,0% e 5,0% para o setor privado/conveniado. A partir da média mensal de nascimentos

ocorridos em cada maternidade, obteve-se os valores esperados de baixo peso, conforme demonstrado na tabela 2, a seguir.

Baseado na natureza do evento, escolheu-se, a princípio, um período de sessenta dias, especificamente para a coleta dos dados, em que seriam observados todos os casos de baixo peso (aproximadamente 235 casos) e uma amostra de não baixo peso, constituída de 363 casos, conforme cálculo apresentado no quadro 1, a seguir.

Entretanto, em função de dificuldades operacionais surgidas no momento de coleta dos dados, não acesso a prontuários, não autorização de entrevistas junto a algumas parturientes, ausência da mãe, foi necessário a redução da amostra de baixo peso para cerca da metade do número inicialmente previsto. Foi selecionada uma em cada duas ocorrências de baixo peso ao nascer, perfazendo um total de 137 casos.

Tabela 2 - Distribuição estimada dos recém-nascidos segundo as maternidades.
João Pessoa/PB, 1998.

Identificação das maternidades	Média Mensal de nascidos vivos/96	Fator de Multiplicação	Baixo peso estimado/mês	Amostra de baixo peso estimada	Amostra de baixo peso obtida
1. Cand. Vargas	514	9%	46	92	55
2. H. Valentina	43	9%	4	8	6
3. Ed. Ramalho	220	5%	11	22	14
4. Frei Damião	163	9%	15	30	21
5. H.Universitário	155	9%	14	28	19
6. São Vicente	104	5%	6	12	18
7. H.Guarnição	70	5%	4	8	5
8. Sta. Isabel	234	5%	12	24	-
9. Santa Maria	33	9%	3	6	5
10. Lady Center	31	5%	2	4	4
T o t a l	1567		117	234	137

Para a determinação do tamanho da amostra admitiu-se como pressuposto que as categorias de sociais das mães com maior ocorrência não ultrapassam a 50,0% das mesmas, admitindo um erro amostral de 5,0%. Isto por se tratar de uma das "variáveis" mais importantes do trabalho.

Quadro 1 - Demonstrativo do cálculo para definição do tamanho da amostra de não baixo peso.

Cálculo da variância:	Cálculo da amostra da população infinita:
$S^2 = \frac{d^2}{Z^2} = \frac{0,050^2}{1,96^2} = 0,065$ <p>sendo "d" o nível de significância, e "z" o erro amostral</p>	$no = \frac{p \times q}{S^2} = \frac{0,50 \times 0,50}{0,065} = 384$ <p>sendo "p" e "q", respectivamente o pressuposto máximo para os eventos favoráveis.</p>
<p>Com isso teremos: Cálculo da amostra da população finita:</p> $n = \frac{no}{1 + \frac{no - 1}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{1432}} = 303 + 20,0\% = 363$ <p>Onde "N" = somatório da média mensal aproximada de nascimentos de não baixo peso.</p> <p>Obtêm-se, assim, a amostra da investigação: $n = 363$.</p>	

Quanto à amostra dos neonatos de não baixo peso ao nascer selecionou-se sistematicamente uma a cada quatro neonatos em cada hospital. A primeira a ser selecionada em cada hospital foi uma das oito primeiras sendo que a ordem desta foi determinada por:

Número de ordem do neonato = maior inteiro (número aleatório multiplicado por quatro). As visitas aos serviços não se deram em dias consecutivos, preservando a proporcionalidade prevista para a cada serviço. No mesmo período de sessenta dias foi coletada a amostra de neonatos de não baixo peso ao nascer.

A tabela 3, a seguir, apresenta o tamanho total previsto da amostra de não baixo peso distribuídos pelas maternidades investigadas.

Tabela 3 - Estimativas dos casos de neonatos de baixo peso e de não baixo peso e tamanho da amostra por serviços investigados. João Pessoa/PB.

Nº/Maternidades	Média mensal de nascidos vivos/96	Não baixo peso estimado	Amostra de não baixo peso
1. Cand. Vargas	514	468	118
2. H. Valentina	43	41	10
3. Ed. Ramalho	220	200	51
4. Frei Damião	163	148	38
5. H. Universitário	155	141	36
6. São Vicente	104	94	24
7. H. Guarnição	70	66	16
8. Sta. Isabel	234	213	54
9. Santa Maria	33	31	8
10. Lady Center	31	30	8
11. Santa Lúcia(*)	-	-	-
Total	1567	1432	363

(*) Dados não fornecidos pela Direção da Maternidade.

Com base nessas amostras, foram investigadas, como eixo básico, as relações existentes entre o peso ao nascer, como condição de nascimento do neonato, e a categoria de classe social da mulher parturiente.

3.3 Coleta e processamento dos dados

Conforme especificado, a estratégia da coleta dos dados seguiu um cronograma proposto, indo de abril a setembro de 2000, incluindo as atividades de coleta dos casos e controles, entrevistas com as mulheres e consultas aos prontuários, com vistas a atingir a cobertura da amostra definida em função do número de serviços envolvidos. Para tanto, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário, previamente testado, contendo variáveis de diferentes naturezas, tais como: sócio-econômicas e demográficas, clínico-epidemiológicas e assistenciais, que foi aplicado junto às mulheres no momento imediato do pós-parto (Anexo 1).

Norteados pela hipótese básica e pelos objetivos propostos, foi elaborado um banco de dados através de software Epi-Info 6.4 (CDC,1997), Editor de texto Word e planilha eletrônica Excel, de modo a descrever as informações de interesses do estudo, representadas através de quadros, figuras e tabelas. Com vistas à análise estatística dos dados, o estudo foi constituído de 137 casos, definidos pela condição dos recém-nascidos de baixo peso (menos de 2500g ao nascer) e de 372 controles, definidos pela condição dos recém-nascidos de não baixo peso (mais de 2499g de peso ao nascer).

De forma a orientar a leitura para o procedimento de aplicação de testes estatísticos, as tabelas apresentam faixa(s) sombreada(s) indicativa da categoria tomada como referência em relação às demais. Também para orientação do processo de descrição e análise dos dados.

O exame da existência de possível associação entre as condições de peso ao nascer e possíveis fatores de risco foi feita empregando-se a *odds ratio* (OR) em função do delineamento da amostra. O nível máximo de significância para os testes de hipóteses foi fixado em 5% e para as estimativas da *odds ratio* por intervalos fixou-se um confiança de 95,5%.

Para cada uma das variáveis tomadas isoladamente foi examinada estatisticamente, através do *odds ratio*, a existência de associação entre as mesmas e a condição de peso ao nascer.

3.4 Referencial teórico-metodológico

3.4.1 Aspectos conceituais e operacionais da perinatologia

Em termos epidemiológicos, o período perinatal é representado pelo esquema classificatório do CLAP (1988, p. 17) que se constitui no esquema operacional básico para análise do problema da morbimortalidade infantil e das condições de nascimento, conforme indica a Figura 1.

Figura 1 - Classificação de mortalidades fetal, perinatal e infantil.

Fonte: CLAP (1988, p.17).

Com base neste esquema o Ministério da Saúde, seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde, define peso ao nascer como sendo a primeira mensuração do peso do recém-nascido, obtido preferencialmente à primeira hora do nascimento e expresso em gramas. Este é classificado em três categorias distintas: peso adequado, para as crianças que nascem com peso maior ou igual a 3.000g; peso insuficiente, para as crianças que nascem com peso na faixa de 2.500g a 2.999g; e baixo peso ao nascer (BPN), para as crianças que nascem com peso menor que 2.500g .

A Academia Americana de Pediatria recomenda que a classificação do neonato obedeça a dois critérios: idade gestacional e peso ao nascer, fazendo interpretações de forma relacionada entre esses dois aspectos. Pela idade gestacional, os recém-nascidos são classificados em pré-termo e pós-termo; e segundo o peso ao nascer são classificados como recém-nascidos pequenos, apropriados e grandes para a idade gestacional representados, esquematicamente, na figura 2, pelas siglas PIG, AIG e GIG.

Figura 2 - Classificação de recém-nascidos segundo peso ao nascer e idade gestacional.

Esta diferenciação merece destaque visto que neonatos com pesos iguais ao nascer podem desenvolver riscos diferenciados de adoecer e morrer, na dependência da idade gestacional ou dos fatores que levaram a uma desnutrição intra-uterina, caracterizada pelo retardo de crescimento. Aspectos estes que trazem uma relação estreita com as condições sócio-econômicas das famílias dos recém-nascidos e diferenciam internamente o fenômeno do baixo peso.

3.4.2 Aspectos teórico-metodológicos sobre o conceito de classe social

Não se pretende aqui retratar a ampla e complexa discussão existente, na literatura especializada, em torno da questão da conceituação do que seja classe social tendo em vista, sobretudo, que atualmente, com o processo de globalização, as relações de trabalho se redefinem em processos cada vez mais complexos. De uma maneira sucinta apresenta-se, aqui, alguns aspectos que merecem destaque tendo em vista questões relativas à sua aplicação em pesquisas empíricas no campo de saúde.

O conceito de classe social consiste em um dos grandes desafios aos pesquisadores das ciências humanas devido, em grande parte, à sua própria natureza e dificuldades de apreensão, na medida em que, em seu pressuposto ontológico, trata-se de uma totalidade social. Duas situações se apresentam como limitantes. A primeira é que cada classe social só pode ser apreendida nos diversos confrontos com as demais porque é desta forma dialética que elas se manifestam concretamente. A segunda é identificar como se estruturam as classes sociais na realidade notadamente hoje quando a globalização impõe mudanças profundas no processo de trabalho das sociedades capitalistas. Diante dessa dificuldade, estudiosos têm buscado indicadores simples, com menor grau de abstração, para

definir operacionalmente o conceito de classe social. Neste processo há, segundo OLIVEIRA (1987), um reducionismo à dimensão econômica do conceito.

A despeito desta redução teórica que operam para a aplicação do conceito em pesquisas empíricas, o pressuposto básico do conceito não se perde como referência. Fundamentado pelo pensamento marxista, as propostas de apreender as classes sociais tem origem no texto "O manifesto do Partido Comunista" produzido por MARX e ENGELS. Esses autores analisaram os aspectos históricos das principais classes sociais das formações capitalistas com destaque para duas delas: a burguesia, como detentora dos meios de produção; e ao proletariado, como possuidora apenas da força de trabalho (CALDEIRA 1989).

Outro referencial é o último capítulo de "O Capital", escrito por MARX em 1860. Neste trabalho o autor faz uma análise da estrutura da sociedade capitalista. Em sua análise a sociedade está constituída em três classes fundamentais: dos trabalhadores assalariados, dos capitalistas e dos latifundiários. Segundo o autor, cada uma dessas classes caracteriza-se pela exploração de determinados fatores intrínsecos: força de trabalho, para os assalariados; meios de produção, para os capitalistas; e propriedades territoriais, para os latifundiários.

Contemplados esses dois marcos teóricos, os determinantes econômicos tem sido empregados como elementos-chave para a explicação empírica das classes sociais. Embora hajam fortes referenciais, não foi suficiente para a definição de uma concepção teórica de classe social inquestionável. Já no século passado,

POULANTZAS, também citado por CALDEIRA (1989), apontou que as classes sociais constituem um resultado dos movimentos das estruturas sociais. Nesse contexto, as classes são derivações, produto do confronto das relações sociais gerais de produção; são destituídas de ações substantivas, ou seja, ao invés de determinarem a dinâmica social, as classes são por esta, determinadas. São, no entanto, as relações mais importantes no interior das relações de produção.

De um modo esquemático, as classes também podem ser apreendidas enquanto grupos caracterizáveis através da exploração dos tipos de capitais a eles relacionados. As classes podem ser apresentadas como condição específica através da apropriação e controle de fatores distintos delas, por estarem os mesmos inseridos no circuito da valorização econômica.

É certo que esta dinâmica social não se apresenta de uma forma homogênea, seja no meio rural e muito menos no meio urbano. Devido a seus diferentes graus de relações, estas aparecem expressas em diferentes frações, conforme o capital por elas explorado, ainda que estas frações não sejam encontradas em estado puro nas sociedades. Neste sentido, apresentam-se como aproximação da realidade social, tendo em vista sobretudo as mudanças atualmente operadas no processo de trabalho do mundo capitalista globalizado.

3.4.3 Aspectos operacionais do conceito de classe social

Para efeito de operacionalização do conceito de classes sociais será adotada, no presente trabalho, a proposta de classificação de LOMBARDI e cols. (1988), visando a identificar as relações existentes entre as condições de nascimento dos neonatos e as condições de classe social das famílias das parturientes na cidade de João Pessoa/PB.

A concepção teórica que norteia o modelo elaborado por LOMBARDI, baseado no trabalho mexicano de BRONFMAN e TUIRAN (1984), ao lado de outras propostas de operacionalização (FIGUEIREDO 1995, SOLLA 1996), é a de que a determinação básica da estrutura de classes sociais se dá em nível das relações sociais de produção. Com base na proposta mexicana de BRONFMAN e TUIRÁN (1984), o modelo elaborado por LOMBARDI e cols. (1988) busca reter três elementos teóricos básicos do conceito de classes sociais, em sua dimensão econômica:

- A posição que o indivíduo ocupa no sistema de produção;
- Sua relação com os meios de produção;
- Seu papel na organização social do trabalho.

Para reter tais elementos os autores privilegiam os seguintes indicadores:

- Empregador, conta própria e empregado;
- Setores econômicos;
- Renda;
- Propriedade dos meios de produção;
- Número de empregados;
- Conhecimento de ofício;
- Relação com a produção (direta/indireta); e
- Setores produtivos.

O modelo de operacionalização proposto por LOMBARDI e cols. (1988) define seis categorias de classes: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não típico, proletariado típico, e subproletariado. Os anexos 2, 3 e 4, relacionam os referidos critérios empregados por LOMBARDI e cols. (1988) para a classificação das seis referidas categorias de classe social, a serem empregadas no presente estudo.

De maneira mais específica, os autores LOMBARDI e cols.(1988) definiram a condição de inserção de classe de acordo com as "tipologias" descritas, a seguir:

Burguesia: classe ou fração de classe social que detém meios de produção e emprega cinco ou mais pessoas apresentando renda individual superior a quinze (15) salários mínimos;

Nova pequena burguesia: engloba assalariados com funções próprias do capital – cargos de chefia, direção e vigilância do processo de trabalho – e/ou com funções que – não sendo em direção – exigem formação superior; compreende, também, assalariados que exercem funções de direção dentro do setor público; por último, é composta também, por indivíduos que, portadores de práticas especializadas, não precisam vender sua “força de trabalho” (autônomos, como médicos, professores e demais que trabalham por conta própria);

Pequena burguesia tradicional: composta por indivíduos sem formação universitária mas que dispõem de meios de produção próprios, empregando até quatro pessoas e com renda individual inferior a quinze (15) salários mínimos;

Proletariado: dividido em “**típico**” e “**não típico**”, ambos com a característica de não possuírem meios de produção e de trabalho nem tampouco formação de nível superior ou outra qualificação, sendo obrigados a vender a força de trabalho cujo produto tem uma proporção apropriada pelo empregador; diferencia-se pelo fato de o primeiro exercer atividade diretamente vinculada à produção e transporte de mercadorias, enquanto que o segundo exerce atividades relacionadas indiretamente à produção (bancários, funcionários de escritório, funcionários públicos, etc.);

Subproletariado: formado pelos agentes sociais que desempenham atividade predominantemente não assalariada, geralmente instável, com remuneração normalmente inferior ao custo mínimo de reprodução da força de trabalho.

3.5 Definição de termos utilizados no estudo

A definição de outras variáveis empregadas são abaixo descritas, tendo em vista a ambigüidade dos termos que nomeiam seus conceitos como a estrutura familiar, o estado civil, tempo e tipo de união conjugal, a renda familiar, a escolaridade.

A **estrutura familiar**, recebeu, quanto ao tipo a seguinte categorização:

Família nuclear típica: formada somente pelo núcleo familiar composto por pai, mãe e filhos, independentemente do número da prole;

Família nuclear atípica: semelhante a anterior mas apresentando ausência do pai e/ou mãe;

Família extensa típica: composta pela família nuclear, mais parentes, não nucleares, de gerações diferentes;

Família extensa atípica: composta por dois grupos nucleares aparentados, mas sem diferença de gerações;

Família nuclear composta típica: formada pelo núcleo familiar e parentes do chefe;

Família nuclear composta atípica: semelhante à nuclear atípica mas incluindo pessoas não aparentadas ao chefe;

Família extensa composta típica: semelhante a família extensa típica abrigando pessoas de outras gerações não aparentadas ao chefe;

Família extensa composta atípica: abrigando grupos familiares da mesma geração mas incluindo pessoas não aparentadas aos respectivos chefes.

A **renda**, foi definida em termos de salários mínimos por pessoa da família a partir da distribuição empírica dos dados amostrais.

A variável **escolaridade** foi classificada em anos completos de escolaridade formal com base no sistema educacional vigente no país, tais como: ensino básico, fundamental, médio e superior.

Outras variáveis de natureza assistenciais que mereceram categorizações:

Pré-natal: considerou-se como pré-natal realizado, conforme o que preconiza a recomendação do Ministério da Saúde, a realização de pelo menos cinco consultas ao profissional médico durante o período gravídico.

Hábito de fumar. A condição de fumante foi definida para as situações: **fumante ativa**, ou seja, a parturiente que inala diretamente o cigarro, por iniciativa própria; **fumante passiva**, situam-se as parturientes que mantiveram contato direto e permanente com outras pessoas fumantes ativas durante o período da gravidez.

Hábito de beber, considerado a situação referida pelas parturientes que confirmaram terem ingerido alguma bebida alcoólica durante o período da gravidez, independente do tipo e da quantidade.

Múltipara, considerado as situações em que as parturientes apresentam mais de três partos em sua história obstétrica. Para os casos de número inferior a três, receberam a tipologia de **primípara**, **secundípara** e **tercípara**, respectivamente para um, dois e três partos.

Internação, considerado a situação em que o neonato permaneceu no hospital após as 24 horas de observação pós-parto de rotina, da mãe, independente do motivo de sua permanência.

Sobrevida, considerado a situação em que o neonato permaneceu vivo além das 24 horas pós-nascimento independente de ter sido internado ou não.

Óbito imediato, situação considerada para os óbitos que ocorreram no período inferior às seis primeiras horas pós-nascimento.

4. APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização sócio-demográfica familiar

A tabela 4 apresenta a distribuição das amostras dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso ao nascer em relação ao tipo de família.

Tabela 4 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o tipo de família. João Pessoa/PB, 2000.

Tipo de família	Baixo Peso		Não Baixo Peso	
	Nº	%	Nº	%
Vive só	1	0,7	2	0,5
Nuclear típica	91	66,4	260	69,9
Nuclear atípica	12	8,8	24	6,5
Extensa típica	22	16,1	55	14,8
Extensa atípica	1	0,7	3	0,8
Extensa atípica composta	1	0,7	1	0,3
Nuclear típica composta	1	0,7	3	0,8
Nuclear atípica composta	8	5,8	24	6,5
Total	137		372	

Conforme pode-se observar pela tabela 4, a predominância da família nuclear típica é semelhante para os dois grupos estudados, sendo 66,4% e 69,9%, respectivamente. A segunda maior proporção cabe à família "extensa típica", respectivamente, com 16,1% e 14,8%. Vale destacar que 8,8% dos casos de

"nuclear atípica" que, pela definição adotada refere-se a uma família onde um dos pais do neonato está ausente. Outra modalidade de família, denominada "nuclear atípica composta", também se fez presente na realidade da cidade de João Pessoa, com 5,8% para o grupo de baixo peso e 6,5% para os de não baixo peso. Como a anterior, é definida, também, pela ausência de um dos pais do recém-nascido, mas envolve a convivência de outra família do mesmo tipo. A família do tipo "extensa atípica" apresentou pequena proporção nos dois grupos estudados.

Buscando aprofundar a descrição das condições familiares nos dois grupos estudados procurou-se caracterizar a situação conjugal das parturientes. Pela tabela 5, verifica-se um predomínio de união legal (43,8%), no grupo dos recém-nascidos de baixo peso enquanto, em relação ao grupo de não baixo peso, a maior ocorrência ficou no tipo de "união livre" (38,2%), esta definida pela situação de união conjugal não oficial.

Tabela 5 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o tipo de união conjugal das parturientes. João Pessoa/PB, 2000.

Situação conjugal	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Solteira/separada/viúva/ desquitada s/ união conjugal	35	25,5	93	25,0
União Livre	42	30,7	142	38,2
União legal	60	43,8	136	36,8
Total	137		372	

A seguir são apresentadas, na tabela 6, as categorias de responsáveis pelas famílias nas duas amostras estudadas.

Tabela 6 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo os responsáveis pelas famílias. João Pessoa/PB, 2000.

Responsável pela família	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Parturiente ou parentes assemelhados do sexo feminino	12	8,7	32	8,6
Pai da parturiente ou parentes assemelhados do sexo masculino	20	14,5	55	14,8
Marido ou companheiro da parturiente	102	74,4	278	74,7
Outros familiares da parturiente	3	2,2	7	1,9
Total	137		372	

A tabela 6 apresenta tanto para os casos de baixo peso, como para os de não baixo peso uma predominância de famílias "chefiadas" pelo marido/companheiro, 74,4% e 74,7%, respectivamente. Em segundo lugar de ocorrência aparece, para ambos os grupos estudados, o pai da parturiente e assemelhados com 14,5% e 14,8%, respectivamente. Com proporção semelhante (8,7% e 8,6%, respectivamente) aparecem, em terceiro lugar, as famílias "chefiadas" por mulheres.

A tabela 7 apresenta, a seguir, a distribuição da idade das mulheres no parto atual, nos dois grupos investigados.

Tabela 7 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo a idade das mulheres no momento do parto. João Pessoa/PB, 2000.

Idade materna (Em anos completos)	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
< 15	1	0,7	2	0,5
15 a 19	42	30,7	93	25,0
20 a 24	45	32,8	125	33,6
25 a 29	36	26,3	97	26,1
30 a 34	8	5,8	38	10,2
35 a 39	4	2,9	14	3,8
40 e +	1	0,7	3	0,8
Total	137		372	

Como se pode observar, é bastante elevada a proporção de gravidez na adolescência para os dois grupos analisados, mas com destaque para os recém-nascidos de baixo peso, ou seja, 31,4% e 25,5%, respectivamente.

Em relação às mulheres com trinta anos e mais observa-se uma maior proporção no grupo de não baixo peso, com 14,8% em comparação com 9,4% do grupo de baixo peso.

A tabela 8 apresenta a distribuição da idade de início da atividade sexual das parturientes referentes aos dois grupos estudados, segundo informações das mesmas.

Tabela 8 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo a idade das mulheres por ocasião da primeira relação sexual. João Pessoa/PB, 2000.

Faixa Etária (Em anos completos)	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
< 15	14	10,2	54	14,6
15 a 19	95	69,3	235	63,2
20 a 24	19	13,9	61	6,4
25 e +	9	6,5	22	5,9
Total	137		372	

Conforme dados da tabela 8, 79,5% das parturientes com neonatos de baixo peso e 77,8% das com neonatos de não baixo peso tiveram sua iniciação sexual antes dos vinte anos de idade. Estes dados não estão em desacordo com os dados da menarca considerando, por um lado, que pelos dados empíricos disponíveis a partir da informação das parturientes pesquisadas, 88,2% e 92,2% para os grupos de recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, respectivamente, tiveram sua menarca na faixa de dez a quatorze anos de idade.

A tabela 9 apresenta, a seguir, a distribuição da paridade das parturientes nos dois grupos de peso dos recém-nascidos estudados.

Tabela 9 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo a a paridade da mulher. João Pessoa/PB, 2000.

Faixa Etária (Em anos completos)	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Primípara	74	54,0	161	43,3
Secundípara	56	41,0	187	50,3
Tercípara	4	3,0	22	6,0
Grande múltipara	3	2,0	2	0,4
Total	137		372	

Como se pode observar, a grande proporção dos neonatos referem-se ao primeiro e ao segundo filho(a), com 94,9% para os recém-nascidos de baixo peso e 93,6% para os de não baixo peso.

Uma análise comparativa aponta, no entanto, para uma diferenciação entre os dois grupos estudados na medida em que, no caso da primeira gravidez, a maior proporção (54,0%) refere-se às mulheres com recém-nascidos de baixo peso contra 43,3%, para as de neonato de não baixo peso. Em contrapartida, tendência inversa observa-se no caso das secundíparas que apresentou menor proporção para os recém-nascidos de baixo peso (40,9%) contra 50,3% para os recém-nascidos de não baixo peso. Destaque cabe à pequena proporção de grande múltipara, com 2,2% e 0,5%, respectivamente. Dentre as famílias estudadas, o predomínio do tipo nuclear, composto pelo casal e dois filhos, ao lado de uma tendência das mulheres com neonatos de baixo peso serem mais jovens do que as

do grupo de não baixo peso, era de se esperar a proporção maior de gravidez na adolescência.

Tendo em vista a análise estatística dos dados relativos às tabelas descritas no presente item sobre "caracterização sócio-demográfica familiar" (anexo 5), vale observar que, com exceção da tabela 9, em todas as demais não houve evidências estatísticas para rejeitar as hipóteses, previstas pelo teste, de que o risco de uma criança de baixo peso em determinada categoria das diferentes variáveis estudadas é igual ao de uma criança de não baixo peso ao nascer, para cada uma das variáveis estudadas.

Em relação à tabela 9, que apresenta a distribuição da paridade das mulheres nos dois grupos de peso dos recém-nascidos estudados, observou-se, para o caso da primípara, uma *odds ratio* de 1,53 com intervalo de confiança de 1,00 a 2,35, o que poderia estar sugerindo a presença de um risco estatisticamente significativo ($p < 0,005$) de baixo peso, quando tomada como categoria de referência a secundípara.

4.2 Caracterização da assistência pré-natal

A tabela 10 apresenta a distribuição do número de consultas de pré-natal para os dois grupos investigados, tendo em vista a relevância deste tipo de assistência para as condições favoráveis de nascimento.

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o número de consultas de pré-natal. João Pessoa/PB, 2000.

Número de consultas de pré-natal	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
1 a 4	21	15,3	51	13,7
5 a 8	76	55,5	198	53,2
9 e +	18	13,1	78	21,0
Não fez Pré-natal	22	16,1	45	12,1
Total	137		372	

Pela tabela 10, pode-se observar uma predominância de parturientes que não fizeram o pré-natal, no grupo dos recém-nascidos de baixo peso, com 16,1%, em relação aos neonatos de não baixo peso, com 12,1%. A mesma tendência se observa em relação ao número de consultas considerada insuficiente para a proteção à mãe e ao recém-nascido, que apresentou 15,3% e 13,7%, respectivamente. Essa diferença aumenta quando se considera as duas categorias em conjunto, ou seja, 31,4% das parturientes que tiveram filhos com baixo peso

não fizeram pré-natal ou somente de 1 a 4 consultas contra 25,8% das parturientes com neonatos de não baixo peso. O mesmo acontece com o número de consultas de 5 a 8, considerada padrão na assistência pré-natal oferecida no país. Tendência inversa acontece somente na categoria 9 e + consultas, quando se observa para o grupo de baixo peso um percentual de 13,1% e de 21,0% para o grupo de não baixo peso. Este fato poderia estar sugerindo a presença de uma gravidez de maior risco e/ou o acesso a uma maior proteção necessária para o recém-nascido.

Considerando a importância não só do número de consultas de pré-natal, mas também sua distribuição ao longo da gravidez, a tabela 11 apresenta, a seguir, a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo o número de consultas em relação à idade gestacional por trimestre da gestação.

Tabela 11 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o número de consultas em relação ao trimestre de início do pré-natal. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos estudados	Número de consultas	Trimestre da gravidez						Total
		Primeiro		Segundo		Terceiro		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo Peso		9	42,5	5	23,8	7	33,4	21
	1 - 4	13,0		25,0		27,0		18,3
	5 - 8	46	60,6	13	17,1	17	22,3	76
		66,7		65,0		65,2		66,0
	9 e +	14	77,8	2	11,1	2	11,1	18
		20,3		10,0		7,8		15,7
Sub-Total		69	60,0	20	17,4	26	22,6	115*
Não baixo peso		9	17,6	20	39,2	22	43,2	51
	1 - 4	4,3		36,4		34,3		15,6
	5 - 8	123	62,1	35	17,7	40	20,2	198
		59,1		63,6		62,6		60,5
	9 e +	76	97,4	-	-	2	2,6	78
		36,6		-		3,1		23,9
Sub-total		208	63,6	55	16,8	64	19,6	327*

(*) Foram excluídos 22 casos e 45 controles, respectivamente.

Pela tabela 11, pode-se observar um padrão de comportamento semelhante para os dois grupos estudados em relação às mulheres que tiveram um número de consultas de pré-natal considerado adequado (5 a 8 consultas) para a proteção materno-infantil; ou seja, embora a maioria das mulheres tenham iniciado, nos dois grupos, o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez (60,6% e 62,1%, respectivamente), 17,1% e 22,3% das mulheres, com recém-nascidos de baixo peso iniciaram o pré-natal nos segundo e terceiro trimestres da gravidez, respectivamente, assim como as mulheres com neonatos de não baixo peso apresentam 17,7% para o segundo trimestre, e 20,2% para o terceiro trimestre.

Se considerarmos o total de mulheres que tiveram acesso ao pré-natal e fizeram pelo menos uma consulta relacionando, por outro, com o total de mulheres cujo início do pré-natal foi no primeiro e no segundo trimestre de gravidez e que tiveram mais de quatro consultas ter-se-á o cálculo da proporção do que aqui denominar-se-á de "cobertura distribuída".

Isso significa, para o grupo de recém-nascidos de baixo peso, uma "cobertura distribuída" do pré-natal, já no primeiro trimestre para o grupo de 5 a 8 consultas, na ordem de 40,0%, isto considerando o total de parturientes estudadas que tiveram acesso ao serviço de pré-natal pelo menos a uma consulta. Se considerarmos, também, as mulheres que fizeram 9 e + consultas (60 mulheres), a referida "cobertura distribuída" sobe para 52,2%, o que ainda pode ser considerada uma cobertura inadequada tendo em vista, sobretudo, que se tratam de mulheres que tiveram crianças de baixo peso ao nascer. No caso dos recém-

nascidos de não baixo peso, a "cobertura distribuída" para a categoria de 5 a 8 consultas foi de 37,6%, um pouco menor que a encontrada para os recém-nascidos de baixo peso (40,0%). Se a ela acrescentarmos as parturientes que fizeram 9 e mais consultas (199 mulheres) teremos uma "cobertura distribuída" de 60,8% contra 52,2% dos casos de baixo peso.

Mesmo supondo que as mulheres com neonatos de baixo peso que iniciaram, no segundo trimestre da gravidez, a exemplo das que iniciaram no primeiro, também recebem uma proteção adequada para o binômio mãe-filho, quando consideradas em relação às categorias de 5 a 8 e 9 e mais consultas, em quanto, a "cobertura distribuída" seria de 65,1%, não alcançando, portanto, o parâmetro esperado de cobertura, que segundo o pacto de atenção básica foi estipulado, para o município de João Pessoa, em 85,0% (SMS/JP, 1997). O mesmo acontece para as parturientes com recém-nascidos de não baixo peso na medida em que, neste caso, a proporção de "cobertura distribuída" é de 71,5%.

Em relação à análise estatística efetuada para os dados de cada uma das tabelas apresentadas neste item sobre a "caracterização da assistência pré-natal" (anexo 6), vale observar que em todos os testes efetuados não houve evidências estatísticas para rejeitar as hipóteses, pressupostas pelo teste, de que o risco de uma criança de baixo peso em determinada categoria, das diferentes variáveis estudadas, é igual ao de uma criança de não baixo peso ao nascer.

4.3 Caracterização da assistência ao parto e ao recém-nascido

A tabela 12 apresenta a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo o sexo.

Tabela 12 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o sexo. João Pessoa/PB, 2000.

Sexo do Recém-nascido	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	67	48,9	213	57,3
Feminino	70	51,1	159	42,7
Total	137		372	

Conforme pode-se observar na tabela 12, a proporção de nascidos vivos de não baixo peso seguiu o comportamento esperado para este evento, ou seja, uma maior proporção de neonatos do sexo masculino (57,3%) comparados com 42,7% do sexo feminino. Tendência inversa observa-se, no entanto, no caso dos recém-nascidos de baixo peso onde 48,9% foram do sexo masculino e 51,1% do sexo feminino.

Vale observar que este resultado tem a ver com o fato de meninas nascerem menores que os meninos o que, para uma amostra de recém-nascidos de baixo peso, pode representar um predomínio de meninas, como o observado na tabela 12. Também, entre os neonatos de não baixo peso pode ter havido predomínio dos meninos, pela mesma razão. Além disso deve-se considerar que os grupos de baixo peso e não baixo peso representam proporções diferentes do conjunto de nascimentos.

A condição de nascimento para os dois grupos estudados pode ser observada na tabela 13, a seguir.

Tabela 13 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo a condição de sobrevivência. João Pessoa/PB, 2000.

Condição de sobrevivência nas 1^{as} seis horas	Baixo peso		Não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Óbito	3	2,2	11	3,0
Sobrevivência	134	97,8	361	97,0
Total	137		372	

Os dados da tabela 13 apresentam proporções aproximadas quanto ao comportamento da mortalidade nas primeiras seis horas de nascimento.

A tabela 14, a seguir, apresenta o tipo de parto para os dois grupos de recém-nascidos estudados, em relação aos dois tipos de serviços utilizados, público e privado.

Tabela 14 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o tipo de serviço utilizado e o tipo de parto. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Tipo de serviços utilizados	Tipo de parto				Total	
		Vaginal		Cesariana			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	Público	70 93,4	54,7	58 93,5	45,8	128	93,4
	Privado*	5 6,6	55,6	4 6,5	44,4	9	6,6
Sub-total		75	54,7	62	45,3	137	
Não baixo peso	Público	183 96,8	54,4	153 83,6	45,6	336	90,3
	Privado*	6 3,2	16,6	30 16,4	83,4	36	9,7
Sub-total		189	50,8	183	49,2	372	

(*) Nesta categoria "privado" encontram-se inscritos um hospital privado e, também, os casos de hospitais privados/conveniados.

Os dados da tabela 14 revelam a elevada taxa de cesarianas para os dois grupos investigados, inclusive com predominância para o grupo de recém-nascidos de não baixo peso, ou seja, 45,3% e 49,2%, respectivamente.

Vale destacar que quando relacionado ao tipo de serviço ganha expressão a proporção de 83,4% de cesarianas nos serviços privados, no grupo de recém-nascidos de não baixo peso.

A tabela 15 a seguir, apresenta as indicações para cesáreas, segundo o registro no prontuário hospitalar.

Tabela 15 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as indicações de parto cesáreo. João Pessoa/PB, 2000.

Indicações de cesáreas	Grupo de baixo peso		Grupo de não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Iteratividade	7	11,3	38	20,8
Desproporção Feto-pélvica	4	6,4	21	11,5
D.H.E.G	4	6,4	3	1,6
Placenta Prévia	1	1,6	4	2,2
Sofrimento fetal	2	3,2	7	3,9
Distrofia de colo	1	1,6	3	1,6
Outras indicações	12	19,5	25	13,6
Sem registro	31	50,0	82	44,8
Total	62		183	

Das mulheres submetidas à cesárea, a grande maioria não teve a indicação registrada nos prontuários, nos dois grupos estudados, sendo 50,0% para o grupo de baixo peso e 44,8% para o de não baixo peso.

Dentre as indicações registradas a primeira foi a iteratividade, com 11,3% para o grupo de baixo peso e 20,8% para o de não baixo peso. Para o primeiro grupo, a desproporção feto-pélvica e o DHEG apresentaram-se em segundo lugar, com a proporção de 6,4%. O mesmo não acontece para o segundo grupo, cuja predominância e o segundo lugar coube somente à desproporção feto-pélvica com 11,5%. A maior proporção de indicação de cesárea por DHEG, no grupo de baixo peso, era de se esperar dada a relação existente entre ambos.

Vale destacar que, na categoria "outras indicações", observou-se o registro de quatro casos onde a indicação para a cesárea seria a histerectomia, fato este estranho na medida em que este tipo de procedimento não se justifica como indicação para a cesárea.

Procurando reter a relação entre morbidade referida pela parturiente e morbidade registrada no prontuário hospitalar apresenta-se, a seguir, a tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as morbidades referidas pelas parturientes e as registradas no prontuário hospitalar. João Pessoa/PB, 2000.

Tipos de morbidades	Distribuição das morbidades segundo a fonte de informação			
	Referidas pelas parturientes		Registradas nos prontuários	
	BPN (%)	ÑBPN(%)	BPN (%)	ÑBPN (%)
Infecção urinária	3 (2,6)	11 (3,3)	2 (8,7)	3 (5,4)
Hemorragia	4 (3,4)	7 (2,1)	5 (21,7)	3 (5,4)
Hemorragia + Febre	9 (7,8)	12 (3,6)	-	-
Ameaça de aborto	2 (1,7)	2 (0,6)	-	2 (3,6)
Anemia	4 (3,4)	4 (1,2)	1 (4,3)	3 (5,4)
Cardiopatia	-	-	2 (8,7)	2 (3,6)
Diabetes	-	-	-	3 (5,4)
D.H.E.G	-	-	-	5 (8,9)
Pré-Eclâmpsia	-	-	1 (4,3)	5 (8,9)
Eclâmpsia	-	-	3 (13,0)	2 (3,6)
Hipertensão Arterial	2 (1,7)	4 (1,2)	4 (17,4)	9 (16,1)
Malária	-	-	-	3 (5,4)
Sífilis	-	1 (0,3)	-	4 (7,1)
Parasitose	-	-	-	5 (8,9)
Contrações intensas	-	2 (0,6)	-	-
Rotura de membrana	-	-	4 (17,4)	1 (1,8)
Dor lombar	-	3 (0,9)	-	-
Infecção respiratória	80 (69,0)	268 (80,2)	-	-
Febre	1 (0,9)	2 (0,6)	8 (5,8)	1 (1,8)
Tontura	7 (6,0)	8 (2,4)	-	-
Outras	-	6 (1,8)	1 (4,3)	6 (10,8)
Não teve morbidade	21 (15,3)	38 (10,2)	-	-
Sem registro	-	-	114 (83,2)	316 (85,0)
Total	137	372	137	372

Dentre as morbidades referidas pelas parturientes destacam-se, primeiramente, as infecções urinárias porque associadas diretamente à prematuridade. Se analisadas as referidas nos dois grupos investigados, observa-se 7 (6,0%) para o grupo de

baixo peso e 11 (4,5%) para o de não baixo peso. A presença desta patologia registrada no prontuário aponta para a possibilidade da mesma ter se apresentada já no período do pré-natal e não ter sido diagnosticada e tratada adequadamente.

A importância da existência de interação entre os serviços de pré-natal e de assistência ao parto apresenta-se, de maneira típica, no caso de patologias como a hipertensão arterial. Isto porque, identificadas em mais proporção nos registros dos prontuários, para os dois grupos de recém-nascidos, apresenta-se pouco referida pelas mulheres e mesmo ignorada pela maioria, o que poderia significar o não diagnóstico no pré-natal ou a ausência de informação à parturiente. O mesmo acontece com outras patologias como cardiopatia, diabetes, malária, sífilis, DHEG, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, cujas ocorrências estão estreitamente relacionadas com as condições da qualidade da assistência pré-natal.

Chama a atenção a discrepância observada em relação às elevadas proporções de infecção respiratória referidas pelas parturientes dois grupos 69,0% e 80,2%, respectivamente, e a total ausência de registros nos prontuários hospitalares. Embora este tipo de morbidade referida possa representar uma informações acumulada, porque relativa a todo o processo da gravidez, pelos elevados percentuais apresentados era de se esperar algum tipo de registro.

A tabela 17, a seguir, permite observar a adequação do peso ao nascer para a idade gestacional dos neonatos, segundo CAPURRO (CLAP, 1988).

Tabela 17 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo a adequação peso/idade gestacional. João Pessoa/PB, 2000.

Adequação Peso/idade	Grupo de baixo peso		Grupo de não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
P I G	41	50,6	11	3,9
A I G	38	46,9	220	77,7
G I G	2	2,5	52	18,4
Total	81 *		283 *	

(*) Foram excluídos 56 casos e 89 controles sem registros.

A distribuição apresentada na tabela 17 descreve a coerência dos dados relativos ao dois grupos estudados na medida em que os neonatos adequados para a idade gestacional (AIG) se encontram, em maior proporção, no grupo dos não baixo peso, com 77,7%. Em relação ao grupo de baixo peso, as proporções para as condições de pequeno para a idade gestacional (PIG) e adequado para a idade gestacional (AIG) apresentam-se próximas, sendo 50,6% para o PIG e 46,9% para o AIG. No entanto, quando comparados os dois grupos estudados observa-se, como era de se esperar dados os critérios constitutivos da medida de avaliação, uma maior proporção (50,6%) de pequenos para a idade gestacional no grupo de baixo peso em relação a de 3,9% para o grupo de não baixo peso.

Chama a atenção a proporção de não registro deste tipo de dado, ou seja, 40,9% para os 137 casos de baixo peso e 23,9% para os 372 controles de não baixo peso.

A tabela 18 apresenta a distribuição da internação hospitalar para os recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso.

Tabela 18 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo a internação hospitalar. João Pessoa/PB, 2000.

Internação	Grupo de baixo peso		Grupo de não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Sim	18	13,1	16	4,3
Não	119	86,9	356	95,7
Total	137		372	

Como se pode observar, houve uma maior proporção, 13,1%, de internação no grupo de baixo peso, quando comparado com 4,3% no grupo de não baixo peso.

Do ponto de vista da análise estatística, com exceção das tabelas 14, 17 e 18, não houve evidências, em nenhuma das demais, para rejeitar as hipóteses de que o risco de uma criança de baixo peso, em determinada categoria das diferentes variáveis estudadas, é igual ao de uma criança de não baixo peso (anexo 7).

Em relação à tabela 14, que representa a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o tipo de serviço utilizado e o tipo de parto das mulheres, foi observada evidência estatística da diferença existente entre a proporção de cesáreas no setor privado quando relacionados os dois grupos estudados. A *odds ratio* foi de 8,75 (1,27 - 68,93), estatisticamente significativa ($p < 0,005$).

Quanto à tabela 17, que apresenta a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo a adequação peso/idade gestacional, a *odds ratio* mostrou um risco maior da criança ser pequena para a idade gestacional (PIG), quando de baixo peso (OR=25,35 (11,43 - 57,35)); ou seja, a proporção de crianças de baixo peso - PIG (50,6%) é estatisticamente diferente da proporção de não baixo peso - PIG (3,9%); ($\chi^2 = 108,0$; gl=1; $p < 0,001$).

Quanto à tabela 18, que apresenta a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo a internação hospitalar, a *odds ratio* revela um risco maior da criança ser internada, quando de baixo (OR=3,37 (1,57 - 7,25)); ou seja, a proporção de crianças de baixo peso com necessidade de internação (13,1%) é estatisticamente diferente desta proporção entre os de não baixo peso (4,3%); ($\chi^2 = 12,52$; gl=1; $p < 0,001$).

4.4 Caracterização das relações existentes entre condições de nascimento e desigualdade social

A tabela 19 apresenta, a seguir, a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais dos responsáveis pela família.

Tabela 19 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais dos responsáveis pelas famílias. João Pessoa/PB, 2000.

Categorias de classes sociais	Grupo de baixo peso		Grupo de não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Subproletariado	29	21,2	85	22,8
Proletariado típico	14	10,2	23	6,2
Proletariado não típico	74	54,0	198	53,2
Peq. Burg. Tradicional	15	10,9	42	11,3
Nova peq. Burguesia	5	3,7	21	5,7
Burguesia	-	-	3	0,8
Total	137		372	

Conforme pode-se observar, tratam-se, no geral, de dois grupos relativamente homogêneos quanto à condição de classe, com predominância no "proletariado não típico". Consideradas como categorias polares, a maior proporção cabe, nos dois grupos estudados, para o proletariado, com 85,4% no grupo de baixo peso, e 82,2% no grupo de não baixo peso, com pequena predominância do primeiro em relação ao segundo.

As diferenças observadas encontram-se no interior da ampla categoria burguesia quando se constata, por um lado, as menores proporções de recém-nascidos de baixo peso nas classes "pequena burguesia tradicional" (10,9%) e "nova pequena burguesia" (3,7%) e, por outro, a ausência de neonatos de baixo peso na classe "burguesia", quando comparadas às distribuições presentes no grupo de não baixo peso.

A tabela 20, a seguir, apresenta as relações entre categorias de classes sociais e tipo de trabalho do responsável pela família, formal e não formal, para os dois grupos pesquisados.

Tabela 20 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o tipo de trabalho do responsável pela família. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Tipo de mercado de trabalho				Total	
		Formal		Informal		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Baixo peso	Subproletariado	14	47,0	15	51,7	29	
		18,2		25,0			21,2
	Proletariado típico	7	50,0	7	50,0	14	
		9,1		11,7			10,2
	Proletariado não típico	51	69,0	23	31,0	74	
		66,2		38,3			54,0
	Peq. Burg. Tradicional	1	7,0	14	93,0	15	
Não baixo peso		1,3		21,7			10,9
	Nova peq. Burguesia	4	80,0	1	20,0	5	
		5,2		1,7			3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-
	Sub-total	77	56,2	60	43,8	137	
	Subproletariado	31	35,5	54	64,5	85	
		15,0		32,7			22,8
Baixo peso	Proletariado típico	11	48,0	12	52,0	23	
		5,3		7,3			6,2
	Proletariado não típico	140	71,0	58	29,0	198	
		67,6		35,2			53,2
	Peq. Burg. Trad.	7	17,0	35	83,0	42	
		3,4		21,2			11,3
	Nova peq. Burguesia	17	81,0	4	19,0	21	
Não baixo peso		8,2		2,4			5,7
	Burguesia	1	34,0	2	66,0	3	
		0,5		1,2			0,8
	Sub-total	207	55,6	165	44,4	372	

O comportamento dos dados, para os dois grupos observados, apresentou proporções semelhantes quando se constata que 56,2% e 55,6% dos responsáveis pelas famílias de crianças dos grupos de baixo peso e não baixo peso inscrevem-se, respectivamente, no mercado de trabalho formal. Diante destes dados, cabe destaque a elevada proporção de responsáveis pelas famílias dos recém-nascidos exercendo atividades no setor informal, ou seja, 43,8% e 44,4%, respectivamente.

A predominância, em relação ao trabalho formal, cabe, em primeiro lugar, à classe "nova pequena burguesia" para os dois grupos estudados, com 80,0% e 81,0%, respectivamente. Em segundo lugar destaca-se, com 69,0% e 71,0%, respectivamente, o "proletariado não típico".

Em relação ao trabalho informal a predominância cabe, como era de se esperar pelas características definidoras das duas categorias de classes, em primeiro lugar, à "pequena burguesia tradicional", com 93,0% para o grupo de baixo peso e 83,0% para o de não baixo peso; em segundo, ao "subproletariado", com 51,7% e 64,7%.

Tendo em vista observar a especificidade do emprego de indicadores simples em relação ao baixo peso e não baixo peso, como renda e escolaridade, em relação à estrutura de classes sociais, são apresentadas, a seguir, respectivamente, as tabelas 21 e 22.

A tabela 21 refere-se à distribuição de recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso em relação à renda *per capita* das famílias.

Tabela 21 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo a *per capita* das famílias investigadas. João Pessoa/PB, 2000.

Faixas de renda <i>per capita</i> (em salários mínimos)	Grupo de baixo peso		Grupo de não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
≤ 0,19	1	1,0	6	2,1
0,20 - 0,49	25	25,8	66	22,6
0,50 - 0,73	30	30,9	82	28,1
0,74 - 0,99	12	12,4	34	11,6
1,00 - 1,49	14	14,4	60	20,5
1,50 - 1,99	5	5,2	12	4,1
2,00 - 2,99	6	6,2	12	4,1
3,00 - 6,60	4	4,1	20	6,8
Total	97 *		292*	

(*) Foram excluídos 40 casos e 80 controles, sem informação.

Conforme se observa na tabela 21, os dados referentes aos dois grupos estudados possuem comportamento semelhante, ou seja, possuem uma tendência ascendente de renda *per capita* até a faixa de 0,50 a 0,73 salário mínimo vigente à época da investigação, e depois decrescente. Apresenta como limite superior para os dois grupos estudados a faixa de 3,0 a 6,60 salários mínimos.

Tomando como parâmetro, para a descrição dos dados, as condições de pobreza, (menor que 0,5 salário mínimo), e de indigência (menor que 0,2 salário mínimo), segundo critério de SINGER (2000) pode-se observar, na tabela 21, que 26,8%

das famílias dos neonatos de baixo peso estariam na condição de pobreza, proporção esta um pouco maior que a verificada para o grupo de não baixo peso, com 24,7%. Parcela mínima das famílias estão inscritas na situação de indigência, ou seja, 1,0% e 2,1%, respectivamente, para os dois grupos estudados.

Se considerarmos a faixa de renda imediatamente superior, de 0,50 a 0,73 salário mínimo por pessoa da família como ponte de corte para a condição de pobreza, podemos constatar que as proporções para os dois grupos estudados mais que duplicam, ou seja, apresentam 57,7% e 52,8%, respectivamente. Isto dada a predominância da mesma em relação às primeiras, assim como às demais.

A tabela 22, a seguir, apresenta a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e de não baixo peso segundo os níveis de escolaridade das mulheres no momento do parto.

Tabela 22 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo a escolaridade das mulheres no momento do parto. João Pessoa/PB, 2000.

Níveis de escolaridade (em anos completos)	Grupo de baixo peso		Grupo de não baixo peso	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto + básico incompleto	23	16,8	72	19,3
Básico completo + fund. incompleto	64	46,7	164	44,0
Fund. Completo + médio incompleto	25	18,2	75	20,3
Médio completo + superior incompleto	21	15,3	49	13,2
Superior completo	4	3,0	12	3,2
Total	137		372	

À semelhança das categorias de classe e de renda *per capita*, anteriormente descritas, a escolaridade das parturientes apresenta o mesmo tipo de comportamento dos dados, com proporções próximas em todos os níveis de escolaridade para os dois grupos estudados. Cabe a predominância de proporção aos níveis "básico completo" somado ao "fundamental incompleto", com 46,7% para o grupo de baixo peso contra 44,0% para o de não baixo peso.

Somadas as duas primeiras categorias de escolaridade, que compreendem desde o "analfabeto" até o nível "fundamental incompleto", constata-se que abarcam bem mais da metade das famílias dos recém-nascidos investigados, ou seja, 63,5% para o grupo de baixo peso e 63,3% para o de não baixo peso.

Para este primeiro conjunto de tabelas descritas no presente item, de números 19, 21 e 22, as análises estatísticas (anexo 8) não apresentaram evidências para rejeitar as hipóteses propostas pelo tipo de teste de que o risco de uma criança de baixo peso em determinada categoria, de qualquer das "variáveis" descritas como classe social, tipo de mercado de trabalho, renda *per capita* e escolaridade da parturiente, é igual ao de uma criança de não baixo peso.

* * *

Um outro conjunto de tabelas busca relacionar, no presente item, as categorias de classe às variáveis idade e paridade da parturiente tendo em vista as naturezas

sócio-demográficas e biológicas destas últimas e seu tradicional emprego na investigação dos problemas em foco.

A tabela 23, a seguir, apresenta a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e as de idade da mulher no momento do parto.

Tabela 23 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e a faixa etária da mulher no momento do parto. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Faixa de idade das mulheres no momento do parto						
		(<20 anos)		(20 a 34 anos)		(35 e +)		Total
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	11	38,0	16	55,2	2	6,8	29
		25,6		18,0		40,0		21,2
	Proletariado típico	3	21,4	9	64,3	2	14,3	14
		7,0		10,1		40,0		10,2
	Proletariado não típico	23	31,0	51	69,0	-	-	74
		53,5		57,3		-		54,0
	Peq. Burg. Tradicional	6	40,0	8	53,3	1	6,7	15
	14,0		9,0		20,0		10,9	
	Nova peq. Burguesia	-	-	5	100,0	-	-	5
				5,6				3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-	-
Sub-total		43	31,4	89	65,0	5	3,6	137
Não baixo peso	Subproletariado	23	27,0	57	67,0	5	6,0	85
		24,2		21,9		29,4		22,8
	Proletariado típico	7	30,4	15	65,2	1	4,4	23
		7,4		5,8		5,9		6,2
	Proletariado não típico	49	24,8	141	71,2	8	4,0	198
		51,6		54,2		47,1		53,2
	Peq. Burg. Tradicional	12	28,6	27	64,3	3	7,1	42
	12,6		10,4		17,6		11,3	
	Nova peq. Burguesia	4	19,0	17	81,0	-	-	21
		4,2		6,5				5,7
	Burguesia	-	-	3	100,0	-	-	3
				1,2				0,8
Sub-total		95	25,5	260	70,0	17	4,5	372

Conforme o observado na tabela 7, já descrita no item 4.1, "caracterização sócio-demográfica familiar", a proporção de mulheres com gravidez na adolescência é maior no grupo de baixo peso, com 31,4% em relação a 25,5% no grupo de não baixo peso.

Na presente tabela, de número 23, pode-se observar que as maiores proporções de gravidez ocorrem na faixa considerada ideal, do ponto de vista clínico-obstétrico, ou seja, de 20 a 34 anos de idade, porque considerada de baixo risco. São expressas, no total, nas seguintes proporções: 65,0% para os recém-nascidos de baixo peso e 70,0% para os de não baixo peso.

Considerando a diferença de 5,9% existente na categoria das parturientes adolescentes entre os dois grupos estudados observa-se uma predominância, no caso dos recém-nascidos de baixo peso, primeiro na "pequena burguesia tradicional" com 40,0%, seguido do "subproletariado", com 38,0%. Em relação ao grupo de não baixo peso a predominância cabe ao "proletariado típico", com 30,4%, seguida da "pequena burguesia tradicional", com 28,6%.

Em relação às parturientes com trinta e cinco anos e mais de idade observa-se, com exceção do "proletariado típico", uma semelhança de comportamento dos dados nos dois grupos estudados.

A tabela 24 apresenta, a seguir, a distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e a paridade das mulheres.

Tabela 24 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e a paridade das mulheres. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Paridade das mulheres								Total
		Primípara		Secundípara		Tercípara		Grande múltipara		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	15	51,7	11	38,0	2	6,9	1	3,4	29
		21,6		19,6		50,0		33,3		21,2
	Proletariado típico	7	50,0	7	50,0	-	-	-	-	14
		9,5		12,5						10,2
	Proletariado não típico	41	55,4	30	40,5	2	2,7	1	1,4	74
		55,4		53,6		50,0		33,3		54,0
	Peq. Burg. Tradicional	10	66,7	5	34,3	-	-	-	-	15
		13,5		8,9						10,9
	Nova peq. Burguesia	1	20,0	3	60,0	-	-	1	20,0	5
		1,4		5,4				33,4		3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sub-total		74	54,0	56	41,0	4	3,0	3	2,0	137
Não baixo peso	Subproletariado	43	50,5	34	40,0	8	9,5	-	-	85
		26,7		18,2		36,4				22,8
	Proletariado típico	8	35,0	14	61,0	1	4,0	-	-	23
		5,0		7,5		4,5				6,2
	Proletariado não típico	77	39,0	109	55,0	11	5,6	1	0,4	198
		47,8		58,3		50,0		50,0		53,2
	Peq. Burg. Trad.	19	45,2	21	50,0	1	2,4	1	2,4	42
		11,8		11,2		4,5		50,0		11,3
	Nova peq. Burguesia	11	52,4	9	42,8	1	4,8	-	-	21
		6,8		4,8		4,5				5,7
	Burguesia	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3
		1,9								0,8
Sub-total		161	43,2	187	50,2	22	6,0	2	0,6	372

Conforme já observada na tabela 9, anteriormente descrita, a diferença de proporção de primíparas entre os dois grupos analisados é de 10,8%. Quando se observa a diferenciação interna nos dois grupos polares de classe, proletariado e burguesia, fato a destacar é a predominância, no grupo de baixo peso, da inserção das mulheres no proletariado, ou seja, numa proporção de 86,5% contra 79,5% no grupo do não baixo peso.

Tendo em vista o comportamento empírico dos dados, já descrito na tabela 5, que apresenta a maior proporção de recém-nascidos de baixo peso, 43,8%, contra 36,8%, entre as mulheres com união legal e uma tendência inversa, no caso da união livre, com 30,7% e 38,2%, respectivamente, buscou-se relacionar a situação de união, com a inserção de classe das mulheres, nos dois grupos investigados (tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o tipo de união conjugal das parturientes. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Tipo de união conjugal								Total
		Solteira sem união conjugal		Casada/ separada/ viuva/desquit. s/união conj.		Casada com união livre		Casada com união legal		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	8	27,4	2	6,9	9	31,0	10	34,5	29
		28,6		28,7		21,4		16,6		21,2
	Proletariado típico	1	7,1	1	7,1	7	50,0	5	35,8	14
		3,6		14,2		16,7		8,4		10,2
	Proletariado não típico	16	21,6	2	2,8	20	27,0	36	48,6	74
		57,1		28,7		47,6		60,0		54,0
	Peq. Burg. Tradicional	3	20,0	1	6,6	6	40,0	5	33,4	15
	10,7		14,2		14,3		8,4		10,9	
	Nova peq. Burguesia	-	-	1	20,0	-	-	4	80,0	5
				14,2				6,6		3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sub-total		28	20,4	7	5,1	42	30,7	60	43,8	137
Não baixo peso	Subproletariado	23	27,1	12	14,1	29	34,1	21	24,7	85
		38,3		37,5		20,1		15,4		22,8
	Proletariado típico	3	13,0	-	-	12	52,1	8	34,7	23
		5,0				8,3		5,9		6,2
	Proletariado não típico	29	14,6	15	7,5	79	39,8	75	37,8	198
		48,3		46,8		54,8		55,1		53,2
	Peq. Burg. Trad.	3	7,1	3	7,1	21	50,0	15	35,7	42
	5,0		9,3		14,1		11,0		11,3	
	Nova peq. Burguesia	2	9,5	2	9,5	3	14,2	14	66,7	21
		3,3		6,2		2,0		10,3		5,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-	3	100,0	3
								2,2		0,8
Sub-total		60	16,1	32	8,6	144	38,6	136	36,7	372

O que se pode acrescentar, em relação aos resultados já descritos anteriormente (tabela 5), é o fato de que embora a condição de solteira com filho recém-nascido, assim como casadas separadas, viúvas e desquitadas, se constituam num padrão social de relações vigentes na cidade de João Pessoa, tal padrão não se aplica à classe "burguesia" na medida em que ausente desta categoria que apresenta, para o grupo de não baixo peso, somente o padrão de "mulheres com união legal".

Pelos dados da tabela 25 pode-se observar, ainda, que, no caso das mulheres estudadas, as mulheres solteiras sem união conjugal se constituem como padrão predominante, para a ampla categoria do "proletariado", nos dois grupos; ou seja, a proporção é de 89,3% para o grupo de recém-nascido de baixo peso e 91,6% para os de não baixo peso. Para os demais tipos de união observou-se, comparativamente, no caso dos recém-nascidos de baixo peso, 85,7% de mulheres com união livre no proletariado e 85,0% com união legal; vale destacar, pela semelhança de padrão com o das mulheres solteiras, e das "casadas separadas, viúvas e desquitadas" com recém-nascidos, que apresentam uma proporção de 71,6% para este grupo de baixo peso.

Para o grupo de mulheres com recém-nascidos de não baixo peso a proporção observada, para esta última situação, no proletariado como um todo, foi comparativamente maior, ou seja, de 84,3%. Com proporções menores apresentam-se o padrão de mulheres com união livre, com 83,2%, seguida do

padrão de mulheres com união legal, o menor apresentado no grupo de neonatos de não baixo peso, com uma proporção para o proletariado de 76,4%.

* * *

O hábito de fumar, assim como o consumo de álcool, constituem-se em duas práticas sociais generalizadas nos diversos grupos sociais da moderna sociedade brasileira e tradicionalmente consideradas como importantes indicadores, do ponto de vista clínico-obstétrico e da saúde pública, para a determinação das condições do peso ao nascer. A tabela 26, a seguir, apresenta as relações entre condições de classe e hábito de fumar das mulheres investigadas

Tabela 26 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o hábito de fumar das parturientes.
João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Hábito de fumar da parturiente						Total
		Não fuma		Fumante passiva		Fumante ativa		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	16	55,1	7	24,2	6	20,7	29
		23,5		15,2		26,1		21,2
	Proletariado típico	2	14,3	11	78,6	1	7,1	14
		2,9		23,9		4,3		10,2
	Proletariado não típico	39	52,7	22	29,7	13	17,6	74
		57,4		47,8		56,5		54,0
	Peq. Burg. Tradicional	9	60,0	5	33,3	1	6,7	15
	13,2		10,9		4,3		10,9	
	Nova peq. Burguesia	2	40,0	1	20,0	2	40,0	5
		2,9		2,2		8,7		3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-	-
Sub-total		68	49,6	46	33,6	23	16,8	137
Não baixo peso	Subproletariado	46	54,1	30	35,3	9	10,6	85
		23,1		25,6		16,1		22,8
	Proletariado típico	17	73,9	4	17,4	2	8,7	23
		8,5		3,4		3,6		6,2
	Proletariado não típico	99	50,0	64	32,3	35	17,7	198
		49,7		54,7		62,5		53,2
	Peq. Burg. Trad.	22	52,4	13	31,0	7	16,7	42
	11,1		11,1		12,5		11,3	
	Nova peq. Burguesia	12	57,1	6	28,6	3	14,3	21
		6,0		5,1		5,4		5,7
	Burguesia	3	100,0	-	-	-	-	3
		1,5						0,8
Sub-total		199	53,5	117	31,5	56	15,1	372

Pelos dados da tabela 26 pode-se observar a predominância das mulheres que não fumam, ou são "fumantes passivas", tanto no grupo de recém-nascidos de baixo peso, quanto no de não baixo peso, com 53,5% e 31,5%, respectivamente. No caso das fumantes, a proporção observada foi de 16,8% para os neonatos de baixo peso, valor este um pouco superior quando comparado ao de 15,1%, do grupo de não baixo peso. Este fato aponta para um comportamento mais "tradicional" das mulheres investigadas.

Em termos da inserção de classe das mulheres fumantes pode se observar que embora em proporção diferentes elas se encontram distribuídas por todas as categorias de classe dos grupos estudados, com exceção da categoria "burguesia" no grupo de recém-nascidos de não baixo peso que apresenta somente três parturientes, que não fumam.

No entanto, quando comparadas as proporções para cada uma das classes, nos dois grupos estudados, o que se pode destacar é a maior proporção de fumantes na classe proletariado, com 20,7% para o grupo de baixo peso em relação às não fumantes do mesmo, contra 10,6% das fumantes para o grupo de não baixo peso. A mesma diferença de proporção se observa para a "nova pequena burguesia" que, no primeiro grupo, apresenta uma proporção de 40,0% e, no segundo, de 14,3%.

A tabela 27, a seguir, apresenta as relações entre condições de classe e consumo de álcool, das mulheres investigadas.

Tabela 27 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o consumo de álcool durante a gravidez.
João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Consumo de álcool na gravidez								Total
		Não bebeu		Bebeu diariamente		Bebeu frequentemente		Bebeu Ocasionalmente		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	25	86,2	1	3,4	1	3,4	2	6,8	29
		21,3		50,0		25,0		14,3		21,2
	Proletariado típico	11	78,6	-	-	1	7,1	2	14,3	14
		9,4				25,0		14,3		10,2
	Proletariado não típico	65	87,8	1	1,4	1	1,4	7	9,5	74
		55,6		50,0		25,0		50,0		54,0
	Peq. Burg. Tradicional	13	86,7	-	-	-	-	2	13,3	15
		11,1						14,3		10,9
	Nova peq. Burguesia	3	60,0	-	-	-	-	1	20,0	5
		2,6						7,1		3,7
Burguesia	-	-	-	-	1	20,0	-	-	-	
					25,0					
Sub-total		117	85,4	2	1,5	4	2,9	14	10,2	137
Não baixo peso	Subproletariado	72	84,7	3	3,5	2	2,4	8	9,4	85
		21,9		50,0		22,2		28,6		22,8
	Proletariado típico	21	91,3	-	-	1	4,3	1	4,3	23
		6,4				11,1		3,6		6,2
	Proletariado não típico	177	89,4	1	0,5	6	3,0	14	7,1	198
		53,8		16,7		66,7		50,0		53,2
	Peq. Burg. Trad.	39	92,9	-	-	-	-	3	7,1	42
		11,9						10,7		11,3
	Nova peq. Burguesia	17	81,0	2	9,5	-	-	2	9,5	21
		5,2		33,3				7,1		5,7
Burguesia	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3	
	0,9								0,8	
Sub-total		329	88,4	6	1,6	9	2,4	28	7,5	372

A exemplo do fumo, a bebida não se apresenta, nas amostras de mulheres com recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso estudadas, como uma prática social vigente.

Conforme pode-se observar sua ingestão, quando mencionada, caracteriza-se predominantemente como prática social tradicional, ou seja, "bebe ocasionalmente", embora com proporção maior para o grupo de baixo peso (10,2%) em relação ao de não baixo peso (7,5%). Beber diariamente ou

freqüentemente são práticas com proporção próximas para os dois grupos investigados, ou seja, 4,4% e 4,0%, respectivamente. Vale destacar que a despeito dos pequenos números a quase totalidade dos casos refere-se à ampla classe do proletariado.

A análise estatística dos dados das tabelas 26 e 27 foram realizados tomando somente as variáveis "hábito de fumar" e "consumo de álcool" em relação aos grupos de baixo peso e não baixo peso sem considerar, portanto, as categorias de classe. Encontram-se no anexo 8 e não apresentaram evidências estatísticas para rejeitar as hipóteses, previstas pelos testes, de que o risco de uma criança de baixo peso em determinada categoria das duas variáveis estudadas é igual ao de uma criança de não baixo peso.

* * *

Do ponto de vista da saúde materno-infantil, a questão da assistência ao parto tem assumido papel cada vez mais importante na atualidade, dado que o avanço tecnológico, aliado à qualidade dos serviços são considerados, do ponto de vista clínico-obstétrico e de saúde pública, como definidores das condições de nascimento e da sobrevivência dos recém-nascidos, sobretudo nas primeiras horas de vida.

A tabela 28, a seguir, apresenta o local de ocorrência do parto segundo a natureza do tipo de hospital, público e privado.

Tabela 28 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e o tipo de hospital utilizado pela parturientes. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias De classes sociais	Tipo de serviço utilizado no parto				Total Nº %
		Público		Privado/conv.		
		Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	29 22,6	100,0	-	-	29 21,2
	Proletariado típico	14 11,1	100,0	-	-	14 10,2
	Proletariado não típico	68 54,0	92,0	6 66,7	8,0	74 54,0
	Peq. Burg. Tradicional	14 11,1	93,4	1 11,1	6,6	15 10,9
	Nova peq. Burguesia	3 2,4	60,0	2 22,2	40,0	5 3,7
	Burguesia	-	-	-	-	- -
Sub-total		128	93,4	9	6,6	137
Não baixo peso	Subproletariado	78 23,2	91,7	7 19,3	8,3	85 22,8
	Proletariado típico	21 6,2	91,3	2 5,6	8,7	23 6,2
	Proletariado não típico	183 54,5	92,4	15 41,6	7,6	198 53,2
	Peq. Burg. Trad.	38 11,3	90,4	4 11,1	9,6	42 11,3
	Nova peq. Burguesia	15 4,5	71,4	6 16,7	28,6	21 5,7
	Burguesia	1 0,3	33,4	2 5,6	66,6	3 0,8
Sub-total		336	90,3	36	9,7	372

A presente tabela permite observar que a grande maioria dos partos para todas as classes, com exceção da categoria burguesia, foram realizados, em sua maioria, nos hospitais públicos tanto para o grupo de baixo peso, quando para o de não baixo peso. Vale destacar que o percentual do proletariado em hospitais privados, deve-se ao fato de estarem utilizando leitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em termos de tendência pode-se observar que, em relação ao dos serviços públicos as menores proporções cabem às categorias da classe "nova pequena

burguesia", com 60,0%, para os neonatos de baixo peso e 71,4% para os de não baixo peso; a "nova pequena burguesia" apresentou uma proporção de 71,4% e a "burguesia", com 33,4% foi a menor para os neonatos de não baixo peso.

Vale destacar como a "pequena burguesia tradicional" se aproxima, em relação ao uso que as mulheres fazem do serviço público no momento do parto, do padrão das demais categorias de classe pertencentes ao proletariado.

Dada a existência de convênios de muitos dos hospitais privados, inclusive com o sistema único de saúde (SUS), pode-se observar a presença de parturientes de todas as categorias de classe dando à luz neste tipo de hospital, principalmente quando se observa a distribuição dos dados do grupo de neonatos de não baixo peso.

A tabela 29 apresenta, a seguir, a distribuição das parturientes segundo o tipo de parto, vaginal ou cesáreo, e categorias de classe social.

Tabela 29 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo as categorias de classes sociais e tipo de parto das mulheres. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Tipo de parto				Total	
		Vaginal		Cesariana			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	Subproletariado	19	65,5	10	34,5	29	
		25,3		17,7			21,2
	Proletariado típico	8	57,1	6	42,9	14	
		10,7		9,7			10,2
	Proletariado não típico	36	48,6	38	51,4	74	
		48,0		61,3			54,0
	Peq. Burg. Tradicional	11	73,3	4	26,7	15	
		14,7		4,8			10,9
Nova peq. Burguesia	1	20,0	4	80,0	5		
	1,3		6,5			3,7	
Burguesia	-	-	-	-	-	-	
Sub-total		75	54,7	62	45,3	137	
Não baixo peso	Subproletariado	39	45,8	46	54,2	85	
		20,6		25,1			22,8
	Proletariado típico	14	60,8	9	39,2	23	
		7,4		4,9			6,2
	Proletariado não típico	105	53,0	93	47,0	198	
		55,6		50,8			53,2
	Peq. Burg. Trad.	21	50,0	21	50,0	42	
		11,1		11,5			13,3
Nova peq. Burguesia	9	42,8	12	57,2	21		
	4,8		6,6			5,7	
Burguesia	1	33,4	2	66,6	3		
	0,5		1,1			0,8	
Sub-total		189	50,8	183	49,2	372	

Conforme o descrito na tabela 14, anteriormente apresentada, para os dois grupos de neonatos estudados observou-se uma elevada proporção de cesarianas, com 45,3% para o grupo de baixo peso e 49,2% para o de não baixo peso. Na referida tabela, que associa tipo de parto ao tipo de hospital, público ou privado, é possível observar que a maior proporção de cesáreas coube aos serviços privados e refere-se ao grupo das parturientes com recém-nascidos de não baixo peso. A proporção apresentada é de 83,4% em relação a 44,4%, para o grupo de baixo peso.

Tendo em vista as novas relações presentes na tabela 30, é possível observar que a predominância de proporção de cesáreas encontra-se, nos dois grupos estudados, nas classes pertencentes à burguesia. No caso do grupo de baixo peso, a proporção é maior, 80,0%, e refere-se à parturiente inscritas na "nova pequena burguesia". No caso do grupo de não baixo peso, a proporção é de 66,7% e refere-se a mulheres pertencentes à classe "burguesia", propriamente dita.

Em termos polares, vale observar que a menor proporção de cesarianas observada para os neonatos de baixo peso refere-se às parturientes da "pequena burguesia tradicional", com 26,7%, seguida do "subproletariado", com 34,5%. No caso dos recém-nascidos de não baixo peso a menor proporção coube às parturientes pertencentes ao "proletariado típico", com 39,2%, seguida do "proletariado não típico", com 47,0%.

A tabela 30 apresenta a distribuição dos neonatos segundo a adequação peso/idade e inserção de classe.

Tabela 30 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais e a adequação peso/idade dos neonatos. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Adequação peso/idade gestacional						Total
		PIG		AIG		GIG		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	10 24,4	59,0	6 15,8	35,1	1 50,0	5,9	17 21,0
	Proletariado típico	4 9,8	44,4	5 13,2	55,6	-	-	9 11,0
	Proletariado não típico	25 61,0	57,0	18 47,3	41,0	1 50,0	2,0	44 54,4
	Peq. Burg. Tradicional	1 2,4	12,5	7 18,4	87,5	-	-	8 9,9
	Nova peq. Burguesia	1 2,4	33,3	2 5,3	66,4	-	-	3 3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-	-
	Sub-total	41	50,6	38	46,9	2	2,5	81*
Não baixo peso	Subproletariado	5 45,5	6,8	54 24,5	74,0	14 26,9	19,2	73 25,5
	Proletariado típico	2 18,1	12,5	11 5,0	68,7	3 5,8	18,8	16 5,6
	Proletariado não típico	4 36,4	2,8	110 50,0	77,5	28 53,8	19,7	142 50,0
	Peq. Burg. Trad.	-	-	26 11,8	86,7	4 7,7	13,3	30 10,6
	Nova peq. Burguesia	-	-	17 7,7	89,5	2 3,8	10,5	19 6,7
	Burguesia	-	-	2 0,9	66,7	1 1,9	33,3	3 1,6
	Sub-total	11	3,9	220	77,7	52	18,4	283*

(*) Foram excluídos 56 casos e 89 controles, sem registros nos prontuários hospitalares.

Pelos dados de tabela 30 pode-se observar, no grupo de neonatos de baixo peso, que as maiores proporções de pequenos para a idade gestacional (PIG) referem-se às classes do proletariado como um todo, com predominância no "subproletariado", com 59,0%. Em contrapartida, as maiores proporções observadas para os adequados para a idade gestacional (AIG) encontram-se em duas categorias da burguesia, com 87,5% para a "pequena burguesia tradicional" e 66,4% para a "nova pequena burguesia".

No caso dos recém-nascidos de não baixo peso, a totalidade dos casos de pequenos para a idade gestacional observados (PIG) inscrevem-se nas três categorias de classe do proletariado. Em relação aos adequados para a idade gestacional (AIG) as maiores proporções observadas referem-se a duas categorias de classes da burguesia, com 86,7% para a "pequena burguesia tradicional" e 89,5% na "nova pequena burguesia".

A tabela 31, a seguir, apresenta as relações observadas entre condições de classe e sobrevida dos neonatos, nas primeiras horas de vida, nos dois grupos estudados.

Tabela 31 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, segundo as categorias de classes sociais e condição de sobrevida dos neonatos. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Sobrevida dos neonatos nas 1's seis horas				Total	
		Óbito		Sobrevida			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	Subproletariado	-	-	29	100,0	29	
				21,6			21,2
	Proletariado típico	-	-	14	100,0	14	
				10,4			10,2
	Proletariado não típico	2	2,7	72	97,3	74	
		66,7		53,7			54,0
	Peq. Burg. Tradicional	1	6,7	14	85,9	15	
	33,3		10,4			10,9	
	Nova peq. Burguesia	-	-	5	93,3	5	
				3,7			3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	
							-
Sub-total		3	2,2	134	97,8	137	
Não baixo peso	Subproletariado	4	4,7	81	95,3	85	
		36,4		22,4			22,8
	Proletariado típico	1	4,3	22	95,7	23	
		9,1		6,1			6,2
	Prolet. não típico	2	1,0	196	99,0	198	
		18,2		54,3			53,2
	Peq. Burg. Trad.	1	2,4	41	97,6	42	
		9,1		11,4			11,3
	Nova peq. Burguesia	3	14,3	18	85,7	21	
	27,3		5,0			5,7	
	Burguesia	-	-	3	100,0	3	
				0,8			0,8
Sub-total		11	3,0	361	97,0	372	

Pelo comportamento dos dados, a tabela 31 apresenta uma proporção aproximada de óbitos nos dois grupos estudados, 2,2% para o grupo de baixo peso e 3,0%, para o de não baixo peso, conforme já observado na descrição da tabela 14. Vale destacar, a despeito da pequena diferença, a predominância da referida mortalidade no grupo de não baixo peso. Quando relacionada às condições de classe, as maiores proporções, 66,7% e 63,7%, respectivamente, se localizam na ampla categoria de classe do proletariado, com predominância, embora pequena, para o grupo de baixo peso.

* * *

Tendo em vista a pequena casuística dos óbitos nas primeiras horas de vida (tabela 31) e o pressuposto básico da importância da questão da assistência pré-natal, ao lado da assistência ao parto, neste tipo de evento pretende-se, a partir da busca de relações mais estreitas entre condições de nascimento e desigualdade social, realizar uma descrição mais detalhada, de natureza qualitativa, portanto, da distribuição dos óbitos nos dois grupos estudados.

Diante disto, a tabela 32, a seguir, apresenta tanto as diferenças empíricas observadas na cobertura do pré-natal, quanto as relacionadas às condições de classe da parturiente, além da distribuição dos óbitos dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso ocorridos nas primeiras seis horas pós-nascimento.

Tabela 32 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo as categorias de classes sociais, assistência de pré-natal e número de óbitos perinatais imediatos . João Pessoa/PB, 2000.

Grupos do estudo	Categorias de classes sociais	Número de consultas de pré-natal								Total
		Não fez		1 a 4		5 a 8		9 e +		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Baixo peso	Subproletariado	5	17,2	4	13,8	16	55,2	4	13,8	29
		22,7		19,0		21,1		27,8		21,2
	Proletariado típico	2	14,2	3	21,4	5	35,8	4	28,6	14
		9,1		14,0		6,6		22,2		10,2
	Prolet. não típico	12	16,2	13	17,6	43	58,1	6	8,1	74
		54,5	*	61,9		56,6	*	33,3		54,0
	Peq. Burg. Tradicional	2	13,3	1	6,7	9	60,0	3	20,0	15
	9,1		4,8		11,8		11,1	*	10,9	
	Nova peq. Burguesia	1	20,0	-	-	3	60,0	1	20,0	5
		4,5				3,9		5,6		3,7
	Burguesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
										-
Sub-total		22	16,0	21	15,3	76	55,6	18	13,1	137
Não baixo peso	Subproletariado	10	11,7	15	17,7	45	52,9	15	17,7	85
		22,2	*	29,4	*	22,7	*	19,2	*	22,8
	Proletariado típico	4	17,4	3	13,0	12	52,2	4	17,4	23
		8,9		5,9		6,1	*	5,1		6,2
	Prolet. não típico	25	12,6	26	13,1	108	54,6	39	19,7	198
		55,6		51,0		54,5	*	50,0	*	53,2
	Peq. Burg. Trad.	4	9,5	4	9,5	21	50,0	13	31,0	42
	8,9		7,8		10,6		16,7	*	11,3	
	Nova peq. Burguesia	2	9,5	2	9,5	10	47,6	7	33,4	21
		4,4		3,9		5,1		9,0	***	5,7
	Burguesia	-	-	1	33,4	2	66,6	-	-	3
				2,0		1,0				0,8
Sub-total		45	12,0	51	13,7	198	53,3	78	21,0	372

(*) Os asteriscos correspondem ao número de óbitos de "casos" e "controles" ocorridos nas primeiras horas pós-nascimento.

Pela tabela 32, pode-se observar que dentre os 20 casos de recém-nascidos de baixo peso pertencentes à ampla classe da burguesia, em 16 deles, ou seja, 80,0%, as parturientes fizeram pré-natal (mais de 4 consultas). Quanto à ampla categoria de classe do proletariado (117 casos) observa-se uma proporção menor de pré-natal, ou seja, na ordem de 66,7%, com uma diferença de 13,3%.

Em relação ao grupo de não baixo peso a mesma diferença de proporção inter classes se observa, embora em menor grau, ou seja, da ordem de 7,5%. Isto porque, enquanto para a ampla classe da burguesia, a realização do pré-natal foi de 80,3%, próxima, portanto, à do grupo de baixo peso, no caso do proletariado a proporção foi de 72,8%, acima portanto dos 66,7% observados para o grupo de baixo peso.

A busca de aprofundamento das relações existentes entre condições de classe, de assistência e de nascimento melhor se evidencia quando se considera a distribuição dos óbitos na referida tabela 32. Na medida em que os óbitos perinatais imediatos, ocorridos nas primeiras seis horas após o nascimento, relacionam-se estreitamente com condições de qualidade de assistência ao parto e igualmente, ou, especialmente, com a assistência pré-natal procurou-se identificar, numa análise de natureza qualitativa, situações específicas relacionadas às condições de nascimento, nos dois grupos estudados, capazes de apontar para o lugar ocupado pelo conceito de classe social em estudos deste tipo de evento, em relação ao da qualidade da assistência.

Para tanto, a partir da identificação de cada óbito, assim como da inscrição de classe da parturiente e da realização ou não de pré-natal, tabela 32, outros dados empíricos observados no processo de investigação foram articulados a estes três primeiros. Isto tendo em vista melhor contextualizar e caracterizar as condições de nascimento e de morte de cada recém-nascido, em cada um dos grupos estudados. Destacou-se, portanto, como outras variáveis importantes para este

processo de descrição dos óbitos, o tipo da assistência ao parto, ao pré-natal, a adequação peso/idade gestacional, o Apgar no primeiro e no quinto minutos, além da idade e da paridade da mulher, quando considerados de risco clínico-obstétrico e perinatal.

Em relação aos **neonatos de baixo peso**, a tabela 32 permite observar que, dos três óbitos ocorridos, dois pertenciam à ampla categoria do proletariado, correspondendo a uma proporção de 66,7%, e um pertencia à ampla categoria da burguesia, com 33,3%.

Dos dois óbitos ocorridos no proletariado, embora ambos pertencessem à classe do "proletariado não típico", diferiam em relação à assistência pré-natal; isto na medida em que em um deles a parturiente não fez pré-natal e foi, de acordo com os demais dados empíricos disponíveis, submetida a uma intervenção cesariana, possível indicadora do risco materno-fetal. Não foram registrados, no prontuário hospitalar, nem a adequação peso/idade, nem o Apgar do mesmo, o que pode ser indicativo da gravidade das condições do neonato que não permitiu a realização de tais procedimentos.

Com relação ao segundo caso, observou-se uma assistência pré-natal de cinco a oito consultas acompanhada, no parto, de uma indicação de cesárea, embora se tratasse de um neonato adequado para a idade gestacional com um Apgar de 7 no primeiro minuto e de 8 no quinto minuto. Neste caso há uma evidente

incongruência entre as condições favoráveis de nascimento da criança e a mortalidade nas primeiras seis horas de vida.

Em relação ao terceiro óbito ocorrido neste grupo de baixo peso pode-se observar que o mesmo se referia a um recém-nascido pertencente à "pequena burguesia tradicional" que, do ponto de vista da assistência pré-natal, poderia ser considerado uma gravidez de maior risco tendo em vista que a parturiente realizou mais de nove consultas. Quanto à assistência ao parto pode-se observar, quando da articulação de outros dados empíricos disponíveis, que a indicação de cesárea permite corroborar o pressuposto da existência de uma gravidez de risco, na medida em que o recém-nascido foi de baixo peso. No entanto, destaque cabe ao fato de se tratar de um neonato adequado para a idade gestacional (AIG) e com Apgar de 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto. Tais características apontam para uma dupla condição desfavorável, ou seja, tanto das condições clínico-obstétricas quanto também, ao que parece, da assistencial, na medida em que o recém-nascido apresentou boas condições de nascimento o que, em tese, contradiz a existência de um risco maior de mortalidade nas primeiras seis horas de vida. Sobretudo quando se considera que a parturiente pertencia à "pequena burguesia tradicional".

O que se pode constatar desta descrição qualitativa dos casos de óbitos perinatais nas primeiras seis horas de nascimento é que tanto as condições da qualidade da assistência, quanto as condições sociais apresentam-se como relevantes para definirem as condições de nascimento e sobrevida do neonato, na medida em que

se observa que a maioria dos casos de óbitos, neste grupo de baixo peso, pertenciam à ampla categoria do proletariado. Vale considerar que somente uma das parturientes, a pertencente à "pequena burguesia tradicional", era uma adolescente, primigesta, de 18 anos.

A relevância dessas mesmas condições sociais e de assistência aparece de maneira explícita quando da observação empírica das relações existentes entre ambas e as condições de sobrevivência no grupo de **recém-nascidos de não baixo peso**. Conforme tabela 32, dos onze óbitos ocorridos nas primeiras seis horas após o nascimento sete deles, ou seja, 63,6% pertenciam à ampla categoria do proletariado, em relação a 36,4% pertencentes à ampla categoria da burguesia, que no presente caso incluíam somente as classes da "pequena burguesia tradicional", com um óbito, e da "nova pequena burguesia", com três óbitos.

Dentre os sete óbitos referidos, quatro deles (57,1%) pertenciam ao "subproletariado" e dentre estes, duas das parturientes não fizeram o pré-natal; em relação aos outros dois, em um deles a parturiente realizou de cinco a oito consultas e em outro a mulher teve, além das suas precárias condições de vida, dada a sua inserção de classe no "subproletariado", uma suposta gravidez de risco na medida em que fez mais de nove consultas de pré-natal, fez cesariana dando à luz a um recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG), embora com um Apgar de 9 no primeiro e no quinto minutos. Todos os demais partos das mulheres pertencentes a esta classe do "subproletariado" foram vaginais e destaque cabe ao fato de que, em relação a uma das parturientes que não fez o

pré-natal seu neonato se apresentou pequeno para a idade gestacional (PIG), com um Apgar de 7 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto, enquanto o outro recém-nascido não teve registro em relação a este evento. Vale também registrar que, este último caso, tratava-se de um recém-nascido com "peso insuficiente" (de 2500 a 2999g), cuja parturiente era uma adolescente secundípara, de 17 anos, que embora não tenha feito o pré-natal teve acesso ao serviço de saúde realizando o mínimo de consultas, ou seja, de "uma a quatro consultas".

Em relação aos outros três neonatos que foram a óbito e também pertencentes à ampla categoria do proletariado, um deles pertencia ao "proletariado típico" e os outros dois ao "proletariado não típico". Todas as parturientes que deram à luz a estes três neonatos fizeram pré-natal, mas, uma delas, pertencente ao "proletariado não típico", teve seu neonato supostamente com risco perinatal, dada a ocorrência de nove consultas e mais e a indicação de cesárea, muito embora o Apgar de 9 no primeiro e no quinto minutos assinalasse boas condições de nascimento. Com exceção deste, cuja adequação peso/idade gestacional não foi registrada, todos os dois outros trataram-se de recém-nascidos adequados para a idade gestacional (AIG) sendo que um deles, pertencente ao "proletariado não típico", nasceu de cesárea, com Apgar de 8 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto; o outro, pertencente ao "proletariado típico", nasceu de parto vaginal, com Apgar de 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto.

Desta descrição, o que podemos inferir é a relevância que a consideração da condição de inserção de classe adquire quando se pretende avançar na

interpretação deste tipo de evento. Isto na medida em que pode-se constatar que ao pertencerem, estas sete parturientes, à ampla categoria de classe do proletariado e receberem, em sua maioria, 71,4%, assistência pré-natal e, na totalidade, assistência ao parto (100,0%) seus neonatos tiveram, a despeito das condições favoráveis de nascimento em relação ao peso, assim como em relação ao Apgar, morte nas primeiras seis horas de vida. Vale lembrar que dentre estes óbitos de recém-nascidos descritos, somente um deles, pertencente ao "subproletariado" e cuja mãe apresentava apenas de "uma a quatro consultas" de pré-natal, teve peso insuficiente ao nascer, ou seja, de 2500 a 2999g.

Em relação aos outros quatro óbitos, pertencentes à ampla categoria da burguesia, a suposição básica presente é a de que as causas de morte do recém-nascido nas seis primeiras horas estejam mais relacionadas às condições de risco gravídico e perinatal tendo em vista que todas as parturientes receberam mais de nove consultas de pré-natal e acesso a um mesmo hospital particular, considerado, em tese, prestador de bom nível de assistência. Todas as crianças nasceram de cesárea.

Dentre estes quatro neonatos, somente dois, um deles pertencente à "pequena burguesia tradicional" e outro pertencente à "nova pequena burguesia", tiveram os registros da adequação peso/idade gestacional; o primeiro referido foi pequeno para a idade gestacional (PIG), embora com um Apgar de 10 tanto no primeiro, quanto no quinto minuto; o segundo recém-nascido foi adequado para a idade gestacional (AIG), com Apgar de 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto.

Em relação aos outros dois recém-nascidos que não tiveram os registros da adequação peso/idade gestacional, ambos pertenciam à "nova pequena burguesia". O primeiro deles nasceu com "peso insuficiente", ou seja, inscreveu-se na faixa de 2500 a 2999g gramas, sua mãe era uma adolescente primigesta, de 18 anos. Apresentou um Apgar de 9 tanto no primeiro, quanto no quinto minutos. Em relação ao segundo deles, vale mencionar que a parturiente, de 30 anos, era uma grande multipara, inscrita na categoria de "mais de quatro filhos", portanto. Quanto ao neonato, o Apgar foi de 8 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto.

Desta descrição qualitativa dos óbitos dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, nas primeiras seis horas de vida, pode-se depreender a complexidade presente quando da busca de aprofundamento para a interpretação do processo saúde-doença-morte, dentro de uma visão interdisciplinar, no campo da perinatologia.

5. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise das condições de vida e de sobrevivência familiar tem sido tradicionalmente realizada utilizando indicadores sociais como a renda e a escolaridade porque estreitamente relacionados às possibilidades de aquisição de bens e serviços.

No presente estudo, que compara dois grupos de recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso tendo em vista relacionar condições de nascimento e desigualdade social, estes indicadores permitem uma primeira caracterização social das duas amostras.

Segundo a investigação sobre as condições de vida do IPEA (1996), o Brasil tem apresentado ao longo dos anos uma forte concentração de renda. Em 1996 os vinte por cento mais ricos da população detinham sessenta e cinco por cento da renda total e os cinquenta por cento mais pobres ficavam com doze por cento. Esta situação econômica, segundo o PNUD, a década de noventa coloca o Brasil com a pior distribuição de renda entre todos os países. A renda *per capita* dos vinte por cento mais ricos é vinte e seis vezes maior do que os vinte por cento mais pobres. O Nordeste brasileiro concentra o maior contingente de pobres e, ao mesmo tempo, a maior concentração de renda do país (YANAKIEW, 2000).

Esta situação crônica de concentração de renda, ou mesmo de baixo poder aquisitivo fica ainda mais agravante, ao se comparar a renda com a composição familiar, quando o poder *per capita* fica bem abaixo do recomendado para uma família padrão brasileira. No Brasil, segundo MENDONÇA (1991) e o IPEA (1996), existem 45,5% de pobres, sendo que mais de 1/3 destes estão situados na Região Nordeste. Os achados do presente estudo refletem esta realidade quando evidencia que 70,1% das famílias dos recém-nascidos de baixo peso e 64,3% dos recém-nascidos de não baixo peso possuem uma renda *per capita* equivalente a menos de um salário mínimo revelando, assim, segundo este critério, uma situação de pobreza existente na região.

É certo que quando se fala de pobreza deve-se ter em mente o contexto social determinante desta condição. A condição de pobreza recebe diferentes parâmetros a depender de sua historicidade. Por exemplo, falar de pobreza nos Estados Unidos é falar de uma família padrão de quatro membros (pai, mãe e dois filhos) com renda mensal mínima equivalente a R\$ 2.658,00 reais. No geral esse padrão de pobreza atinge doze por cento da população; muito embora este índice venha caindo ultimamente a participação das crianças tem se mantido estável. As características das famílias dessas crianças são negras, hispânicas e são chefiadas por mulheres, dependentes quase que exclusivamente da assistência governamental. Isto aponta para a questão de que as desigualdades se apresentam em regiões ditas desenvolvidas com suas próprias peculiaridades.

Devido a este aspecto peculiar de cada região, a Organização das Nações Unidas produziu dois índices distintos para os chamados países industrializados e outro para os subdesenvolvidos. Neste sentido é que atualmente os Estados Unidos, juntamente com o Reino Unido, é o país que tem a maior desigualdade social entre os países industrializados. É evidente que ser pobre no Brasil não é o mesmo que ser pobre nos Estados Unidos e, por consequência, os níveis de desigualdades sociais também são bem distintos.

A condição de pobreza para os estudiosos contemporâneos é definida segundo duas modalidades: situação de pobreza e situação de indigência. A primeira baseia-se numa renda mensal suficiente para suprir as necessidades individuais. A segunda toma por base a renda mínima mensal insuficiente para satisfazer as necessidades alimentares. Considerando os resultados do estudo desenvolvido por SINGER(2000) em sua análise da globalização e desemprego, conforme demonstra o quadro a seguir, cada região do país apresenta um parâmetro específico para mensurar estas duas situações.

Quadro 01 - Parâmetros para as linhas de pobreza e de indigência, segundo as regiões brasileiras. (valores per capita em U\$\$)

Regiões	Áreas Metropolitanas	Linha de Indigência	Linha de Pobreza
Norte e Centro-Oeste	Belém Brasília	22,94	54,37
			60,69
			65,11
Nordeste	Fortaleza Recife Salvador	16,36	35,41
			36,38
			44,26
Sudeste	Belo Horizonte Rio de Janeiro São Paulo	20,41	52,70
			48,37
			46,16
Sul	Curitiba Porto Alegre	19,32	53,31
			63,64
			38,92
			40,15
			52,01

Fonte: Lopes(1993) *Apud* SINGER (2000).

Fazendo uma aproximação da renda mensal das famílias investigadas e o valor estimado para a linha de pobreza, segundo critério de SINGER (2000), considera-se a composição média das famílias e chega-se a uma renda mínima familiar de R\$252,28 [valor definido para a linha de pobreza da cidade de João Pessoa com base no valor estimado para Recife, dada a proximidade sócio-econômica entre ambas cidades (44,26) X valor médio da composição das famílias (3,0) X cotação do dólar vigente (R\$1,9)] como sendo a necessária para garantir a subsistência individual de seus membros. Portanto, seguindo este raciocínio verifica-se que, aproximadamente, 46,7% das famílias com recém-nascidos de baixo peso e 37,7% das com neonatos de não baixo peso estão abaixo ou no limite da linha de pobreza, o que indica uma situação altamente desfavorável do ponto de vista sócio-econômico. É interessante confrontar estes dados com a situação que vem se conformando para o país como um todo. Nas regiões metropolitanas, segundo IPEA (1996), a situação de pobreza está presente em 29,0% da população, determinada em grande parte pelo fluxo acentuado das pessoas para os grandes centros. Na Região Nordeste, o Piauí e o Ceará comportam a maior proporção de pobres, respectivamente 59,0% e 52,0%.

Cabe aqui levantar algumas questões sobre renda e condições de vida. A identificação da pobreza baseada pela renda, tem suas facilidades e dificuldades. É facilitada pelos dados serem obtidos por intervalos de valores em relação a um parâmetro usualmente utilizado - salário mínimo. As dificuldades referem-se à obtenção confiável dessa informação, visto que as rendas mais baixas são normalmente superestimadas e as mais elevadas são também subestimadas.

Apesar das dificuldades na sua manipulação, a renda ainda é o instrumento bastante útil e prático para uma ampla e rápida identificação das condições de vida. Se garantida certa fidedignidade, constitui em um dos indicadores relevantes para uma aproximação às condições materiais de vida.

Se por um lado, o nível de renda é indicador das possibilidades de aquisição de bens de mercado, a exemplo de alimentação, moradia, transporte, assim como acesso a diferentes modalidades de serviços, inclusive saúde, é revelador, por outro, da inserção diferencial das pessoas no mercado de trabalho, formal ou informal.

A condição de trabalho do tipo formal (com carteira assinada) e informal (sem carteira assinada), retrata o contexto sócio-econômico em que vive a população brasileira e que se agudiza em todos os centros urbanos. Segundo DUPAS (1999), trabalhando os dados do IBGE, enquanto em 1989 a proporção do trabalho formal era de mais de 57,5% contra menos de 42,5% no informal, em 1998 a situação se inverte apresentando 54,2% de trabalho informal em relação a 45,8% de trabalho formal. No presente estudo observou uma tendência inversa, à apontada por DUPAS, nos dois grupos de recém-nascidos estudados. Em relação aos neonatos de baixo peso os responsáveis pela família estavam ocupados no setor formal na ordem de 56,2% contra 43,8% no informal, valores bem próximos aos verificado para o grupo de recém-nascidos de não baixo peso, cujos responsáveis trabalhando no setor formal era da ordem de 55,6% em relação a 44,4% no setor

informal. A despeito desta tendência inversa a situação das famílias pesquisadas reflete esta precariedade do mercado de trabalho vigente no país.

Esta situação levanta uma questão bastante atual que é a das condições de trabalho como condicionante das condições de vida. A população brasileira, na década de 90, enfrentou uma recessão econômica que se prolonga até nossos dias, desencadeando uma redução da taxa de atividade do conjunto da população metropolitana, na ordem de 16,4% no período de noventa a noventa e cinco. Outro indicador que revela esta situação é, conforme já mencionado por DUPAS (1999), a proporção de empregados com carteira assinada, que na região metropolitana neste período, caiu de 58,0% para 48,0%, aumentando os empregados sem carteira assinada e aqueles que trabalham por conta própria.

Este quadro aponta para uma questão muito discutida nesta última década que amplia a discussão sobre a desigualdade: a da exclusão social. Como declara SINGER (2000), as principais causas de exclusão social no país, são de natureza institucional. Segundo este autor, as pessoas que se encontram nesta situação são desprovidas do usufruto dos direitos garantidos pelas instituições. Empregados informais não tem acesso aos direitos trabalhistas assegurados pela Previdência Social, entre outros. Isto se dá pelo contingente crescente da população atingida. Portanto, a exclusão do trabalho formal está em função de grandes alterações estruturais das relações de trabalho não só no Brasil, mas em escala mundial, delineada, em última instância, pela terceira revolução industrial. Ainda segundo SINGER (2000, p. 100), "na medida em que o Brasil vem abrindo sua economia ao

comércio e investimento exteriores, tais tendências provavelmente estão se reforçando".

É interessante observar que a população que está no trabalho informal, em sua grande maioria, está aí situada não por opção, visto que busca alternativas para mudar de situação; e mesmo considerando a população do Nordeste, área deste estudo, essa intenção está presente em 39,71% deles. Por outro lado, estudos já realizados no país (SINGER 1996, PINTO 1994), demonstram que a exclusão social se dá também pelo *déficit* de oferta de trabalho na medida em que as empresas, sobretudo as de médio pequeno portes, não estão preparadas para assumirem obrigações definidas pela legislação trabalhista. No Nordeste brasileiro, estar empregado formalmente é considerado um privilégio, visto que são poucos os que alcançam esta condição tão desejada. Apesar de, historicamente, a demanda do mercado formal de trabalho apresentar um crescimento, nesta última década essa tendência se modificou diante de diversas crises econômicas e adoção de medidas fiscais, caracterizando uma época de recessão econômica. Situação exemplar são os casos de diversas empresas, de porte micro e médio, que tornaram-se informais para escapar dos tributos, considerados onerosos para a manutenção da produção.

Um outro aspecto importante é o surgimento de uma modalidade em expansão que é a terceirização, caracterizada pela substituição de trabalhadores formais especializados por fornecedores de serviços. Este processo de abertura do mercado de trabalho e de produção tanto no meio interno, como internacional

resultam em um nível de competição mundial e de revolução das formas e modalidades do trabalho. Esta é uma consequência evidenciada pelo processo denominado de globalização da economia (SINGER 2000, UNICEF 1998).

Fazendo uma síntese sobre pontos de vistas convergentes quanto à análise desta questão, BUSS (1990) resume bem quando afirma que a situação socio-econômica característica da dinâmica social no Brasil, e particularmente na Região Nordeste, está fundamentada em diversos aspectos, tais como: acelerada urbanização nas últimas três décadas, configurando uma concentração da população rural para os centros urbanos industrializados na perspectiva de oferta de emprego, salários mais atrativos; mobilidade espacial com a expansão do capitalismo no meio rural; emergência de megalópolis em regiões de grande atividade econômica; queda acentuada do crescimento populacional, consequência de alterações dos padrões de natalidade e fecundidade; e elevada concentração de renda. Dada a situação histórica da população Nordestina, a realidade observada nesta investigação, descrita por dados como situação de trabalho atual e renda, reforçam estes aspectos.

Neste sentido, cumpre informar que no tratamento dos dados empíricos, não apresentados na descrição do conjunto das tabelas, a participação da mulher no mercado foi de 21,1% para o grupo de parturientes com neonatos de baixo peso e 26,3% para os de não baixo peso. Isto vai de encontro ao fato observado de sua pequena participação como provedora da família nos dois grupos estudados,

ou seja, somente 8,7% e 8,6% das mulheres com neonatos de baixo peso e não baixo peso eram, respectivamente, responsáveis pela família.

Vale observar que esta percentagem de famílias chefiadas por mulheres encontra-se bem abaixo do valor observado para o Brasil, referido no livro 'Mulheres latino-americanas em dados', onde consta que a mesma assume a condição de chefe de 30,0% das cerca de 38 milhões de famílias brasileiras (VALDEZ e GOMARIS, 1993); isto, mesmo considerado que a categoria "outros familiares", presente na tabela 6, possa conter uma percentagem de mulheres que se acrescente ao referido valor. Esta situação pode ser explicada pelas características de valores mais tradicionais que norteiam a composição familiar dos grupos investigados em função do contexto sociocultural onde se inserem.

A propósito do assunto, um dos aspectos que retrata a tradição da família brasileira, presente nos grupos estudados, refere-se à situação do estado civil dos cônjuges. Na maioria dos casos investigados, as parturientes são casadas oficialmente ou possuem "união livre", na ordem de 74,5% para o grupo de baixo peso e 75,0% para o grupo de não baixo peso. Isto pode significar que, em grande parte, no interior dessas famílias, as relações de gênero se caracterizem pela predominância do domínio do homem (marido/companheiro) em relação à mulher, no provimento das necessidades da família. Situação que corresponde aos dados do IBGE(1997), com 73,2% dos homens como chefes das famílias.

Esta predominância do papel masculino nas famílias dos dois grupos estudados manifesta-se, também, quando da análise da estrutura familiar dos mesmos. Nos dados descritos pode-se observar que as famílias, em sua maioria, são do tipo nuclear, com 66,4% para o grupo de baixo peso e 69,9% para o de não baixo peso. Este aspecto reflete a dinâmica sócio-demográfica das famílias brasileiras. Na população geral, a média de pessoas na família é de 3,8, taxa semelhante a do estudo do IBGE (1997), o que aponta para uma acentuada redução da natalidade e da fecundidade, particularmente nas famílias do Nordeste, que tradicionalmente eram compostas por famílias extensas e atualmente apresentam um declínio em sua composição. Este fato é explicado por BUSS (1990) como resultado da intensa migração da população para os grandes centros urbanos, pela necessidade de inserção no mercado de trabalho e pelas sucessivas crises econômicas presentes no cenário brasileiro, fato que possibilita incorporar um novo padrão de família denominada "moderna".

Diante disto vale considerar, a exemplo do que ocorre na sociedade brasileira, que em sua maioria, as mulheres ocupam uma posição considerada secundária, porque caracterizada como "do lar", nos dois grupos estudados, ou seja, 78,9% para o grupo de baixo peso e 73,7% para o de não baixo peso. Esta não inserção de mulheres no mercado de trabalho não apresenta, no entanto, que ela não exerça um papel fundamental no processo produtivo, uma vez que seu trabalho "no lar" oferece as condições básicas necessárias para que os demais membros da família, que trabalham nos setores formal ou informal, tenham garantida a manutenção de seus potenciais de produção. Dizer que a mulher "do lar" não

trabalha é negligenciar a sua rotina de no mínimo oito horas de "trabalho doméstico".

Nesse contexto, o modo como a sociedade está organizada é o que determina o ritmo, orientação e os limites das dinâmicas sociais que possam ocorrer. Particularmente no Nordeste brasileiro esse ritmo de mudanças sempre obedeceu às normas impostas pelo mercado externo, seja de dentro como de fora do país. Essa subordinação nordestina favoreceu a absorção passiva da tecnologia gerada no centro-sul e no exterior, resultando em menor rendimento do investimento em empregos, heterogeneidade do processo produtivo, fortalecendo a precarização do trabalho, ocasionando desocupação tecnológica o que pode explicar também a pequena inserção da mulher no mercado de trabalho dada a pequena oferta e nível de desemprego.

Vale considerar que as migrações para as grandes cidades contribuíram para o aumento significativo da participação relativa da população ocupada em atividades predominantemente urbanas, de baixa renda, de caráter instável e sem acesso a benefícios sociais e trabalhistas, caracterizando uma urbanização e proliferação da estrutura produtiva das chamadas atividades informais, conforme bem aponta DUPAS (1999). Consequentemente esta situação determina as condições de vida desfavoráveis, sob o ponto de vista da problemática da pobreza absoluta, a qual se apresenta como um outro tipo de fragmentação social, caracterizada por uma desigualdade exacerbada no próprio interior da sociedade.

Dentro desta mesma linha de interpretação, uma outra modalidade de análise, particularmente importante de verificar as condições de desigualdades sociais é a caracterizada pelo índice de desenvolvimento humano (IDH). Este índice é operacionalizado através de indicadores de desenvolvimento econômico como a renda, juntamente com outros indicadores de desenvolvimento social como escolaridade, assim como a esperança de vida ao nascer. Através dessa análise o país está classificado num índice de nível médio de desenvolvimento (0,797), quando os países de alto desenvolvimento alcançam uma média de 0,800. É interessante notar que a Região Nordeste é a que apresenta o menor índice (0,548), sendo que a Paraíba apresenta um índice de 0,466 (IPEA, 1996). Nesse contexto, o Estado da Paraíba apresenta uma das piores condições de vida, caracterizada por baixo nível de desenvolvimento humano, baixo PIB *per capita*, baixa esperança de vida ao nascer e baixos níveis de escolaridade. Esta situação define uma característica de desigualdade sócio-econômica evidente, ao que o IPEA classifica como três sub-países definidos pelo sul e sudeste, centro-oeste, e norte-nordeste.

Conforme já observado, a escolaridade assume atualmente, ao lado da renda, papel expressivo na caracterização das condições de vida sobretudo porque aponta, mais do que nunca, para as possibilidades de inserção das pessoas no mercado de trabalho, dado que as exigências que o novo capitalismo globalizado e informatizado impõe é a mão de obra super especializada.

Diante disto educar sua população para a promoção do desenvolvimento econômico e social é o grande desafio que se coloca para o Brasil onde somente 13,0%, da população metropolitana, alcançavam, na década de 90, o ensino médio (IPEA, 1996). Ao considerar-se os dados da PNADS de 1996 pode-se observar que somente 4,0% da população brasileira freqüentavam ou finalizaram o curso universitário, no momento da pesquisa, e cerca de 12,0% da população de 6 anos e mais eram analfabetos.

Comparando com os dados do IPEA (1996), a constatação de subdesenvolvimento da Paraíba pelo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) se confirma na medida em que o Estado conta, no período, com 16,4% de analfabetos jovens e 18,4% de analfabetos adultos, acima, portanto, da média nacional.

Na presente pesquisa, a proporção de analfabetos, incluindo aqueles que referiram ter o nível básico incompleto, foi, segundo dados disponíveis mas não descritos em tabelas, de 10,4% para os responsáveis pelas famílias dos recém-nascidos de baixo peso e 6,3% para os responsáveis pelas famílias dos recém-nascidos de não baixo peso.

Em relação ao ensino médio, acrescidos os responsáveis pela família que informaram terem o superior incompleto, a proporção foi de 24,6% para o grupo de recém-nascido de baixo peso e 23,6% para o grupo de recém-nascido de não baixo peso, enquanto que para o curso superior completo os valores apresentados foram de 5,2% e 6,8% respectivamente.

Se considerarmos as parturientes, as proporções de analfabetismo mais o básico incompleto foram de 16,8% e 19,3% para os grupos de neonatos de baixo peso e não baixo peso, respectivamente. Em relação ao ensino médio, incluindo o superior incompleto, as proporções foram de 15,3% e 13,0% enquanto que, para o superior completo, foram de 3,0% e 3,2%, respectivamente.

Relacionando os dados dos dois grupos pesquisados observa-se, com relação à parturiente, pequenas diferenças de proporções para ambos, em todos os níveis, com exceção do superior completo onde os valores são praticamente idênticos.

Em relação aos responsáveis pelas famílias os valores seguem a mesma tendência de proximidade de proporções, com exceção do analfabetismo que se apresenta maior no grupo de neonato de baixo peso, em relação ao de não baixo peso, com uma diferença de 4,1%.

Comparando os níveis de escolaridade dos responsáveis pela família e das parturientes, e tendo em vista que cerca de 8,0% destas são responsáveis pelas famílias, o que constata é que os mais baixos níveis de escolaridade são os das mulheres parturientes, o que as aproxima, em relação ao analfabetismo, da média do Estado. Em contrapartida, os responsáveis pelas famílias, nos dois grupos de recém-nascidos, superam a média nacional.

Estes dados permitem inferir que a relevância do emprego dos níveis de escolaridade e de renda aumenta quando combinados, a exemplo, do IDH, por

permitir melhor identificar situações de desigualdade por apontarem para aspectos diferenciais da realidade em termos de configuração de contextos.

Nesta perspectiva de analisar a desigualdade social de forma mais abrangente é que se apresentam as tentativas de operacionalização do conceito de classe social, notadamente para investigações empíricas no campo da saúde (BRONFMAN e TUIRÁN 1984, BARBIERI 1985, BARROS 1986, LOMBARDI e cols. 1988, SOLA 1996).

Apesar dos riscos de simplificação do conceito teórico de classe social, que qualquer proposta de operacionalização encerra, a principal vantagem que se coloca no seu emprego encontra-se no pressuposto básico presente de que, em vez de identificar indivíduos específicos, como no caso do emprego de indicadores simples como renda e escolaridade, a busca de análise das desigualdades a partir do conceito de classes permite aproximar-se da identificação de grupos sociais visando às variações inter grupais (LAURELL, 1993; SEN, 2001:185).

No presente trabalho, o emprego do sistema de classificação proposto por LOMBARDI e cols. (1988) permitiu observar que os dois grupos de recém-nascidos pesquisados são relativamente homogêneos quanto à distribuição inter-classes. Analisadas como duas grandes classes polares, a maior proporção coube para a ampla categoria nomeada proletariado (com 85,5% e 82,2%, respectivamente) e, dentro desta, a predominância foi a da classe "proletariado não típico", com 54,0% e 53,2%. Na ampla categoria nomeada como burguesia, houve diferença

de proporção entre os dois grupos estudados, com 14,6% para o grupo de neonatos de baixo peso, em relação a 17,8% para o grupo de neonatos de não baixo peso. Nesta, a predominância coube à "pequena burguesia tradicional", com 10,9% e 11,3%, respectivamente. Vale destacar que na classe "burguesia", propriamente dita, somente se observa a presença de recém-nascidos para o grupo de não baixo peso, com a pequena percentagem de 0,8%.

Em relação à distribuição observada vale algumas considerações de ordem teórico-metodológica tendo em vista que não se assume, no presente trabalho, que a mesma corresponda à realidade local e mesmo regional, uma vez que a identificação do pertencimento de pessoas à categorias de classe é complexa, sobretudo nos tempos atuais quando o capitalismo se redefine no contexto da globalização e da informatização e a questão da definição da nova estrutura de classes existente e da diferenciação inter-classes ganham novas nuances e novos desafios teóricos. Neste sentido, a busca de emprego deste conceito no presente trabalho parte, portanto, do reconhecimento, *a priori*, da sua redução teórico-metodológica a um conjunto de indicadores "simples", conforme explicitado em nível da metodologia. A vantagem presente é a de que os mesmos se apresentam de maneira articulada, como num "índice". Esta articulação, diferentemente dos estudos de estratificação social, não se dá de maneira estatística, mas de maneira teórica, ou seja, levando em conta alguns dos pressupostos básicos que fundamentam o conceito.

Esta articulação teórica permite ampliar a busca de interpretação dos dados na medida em que possibilita, com base na proposta de Boltanski, citado por ALVARENGA (1978) analisar as relações encontradas entre condições e nascimento e condições de classe num duplo aspecto: por um lado, em termos das condições objetivas de existência, que diferenciam grupos de mulheres pelas possibilidades diferenciais de compra de bens e serviços disponíveis no mercado e, por outro, pela cultura ou *hábitos* de classe, que tais condições objetivas propiciam construir.

Esta mesma possibilidade de análise não se observa quando da utilização de indicadores simples, como é o caso da renda ou escolaridade. Isto na medida em que os mesmos, dada a sua condição de indicadores, carecem da dimensão teórica que o processo de interpretação exige.

Esta questão pode ser exemplificada, no caso da renda, a partir da discussão que SEM (2001) apresenta quando de seu emprego para a caracterização do conceito de "pobreza" amplamente utilizado nos estudos de desigualdade social. Para este autor, analisar o pobreza baseada somente na renda é deixar a história pela metade; isto na medida em que o fenômeno da pobreza é complexo e não se reduz, portanto, à privação da renda, sendo a mesma somente um dos parâmetros ligados à pobreza, mas não o único.

Tendo em vista tais considerações vale destacar que o reconhecimento de que o emprego do conceito de classe social apresenta melhores possibilidades de interpretação dos dados não implica deixar de reconhecer igualmente seus limites.

Exemplo típico de que ao se falar de "classe", se está colocando-a entre aspas, dado o pequeno alcance teórico que adquire neste contexto de operacionalização, trata-se da própria diferenciação que LOMBARDI e colaboradores (1988) apresentam quando buscam comparar seu esquema de operacionalização de classe social com o de BARROS (1986).

Assim, longe de se poder avaliar a proximidade maior ou menor à realidade social investigada, na medida em que não se dispõe desses dados em nível nacional, de ambos os esquemas propostos, o problema do "modelo" de BARROS "superestimar", na linguagem de LOMBARDI e cols. (1988), o subproletariado, tendência semelhante de "superestimação" poderia estar ocorrendo, igualmente, com seu esquema, na medida em que o mesmo poderia, por exemplo, estar superestimando a categoria "proletariado não típico" no presente estudo. Isto porque, além do presente trabalho, na aplicação desta proposta de operacionalização em outros estudos, esta categoria de classe sempre apresentou valor marcante (SILVA 1991, SIQUEIRA 1993, ALVARENGA 1994).

Esta problemática teórico-metodológica poderá ser observada, em muitos momentos, quando da análise das condições de classe dos neonatos de baixo peso e não baixo peso em relação às diferentes variáveis empregadas, muitas

delas igualmente complexas, para o estudo do problema sob investigação. No entanto, a despeito desses limites, permite enriquecer a interpretação dos dados, em muitas das relações analisadas.

* * *

A busca das relações existentes entre condições de nascimento e condições de classe das parturientes pertencentes às duas amostras de neonatos implica numa articulação entre diferentes ordens de eventos complexos como a assistência ao parto e ao recém-nascido, a assistência pré-natal, a ocorrência de óbito neonatal precoce, além da consideração implícita de indicadores "simples" de risco materno e perinatal, tradicionalmente empregados pela saúde da mulher e perinatal, tais como, a idade e a paridade da mulher, o hábito de fumar e o consumo de álcool, dentre outros.

Ao se analisar as diferenças existentes entre parto vaginal e cesariana nos dois grupos estudados o que se pode constatar é a elevada taxa de cesáreas para os dois grupos de recém-nascidos, 45,3% e 49,2%, respectivamente, portanto bem acima do valor estimado para a média nacional que é de 36,0% (FIOCRUZ, 1999) e, ainda mais grave, bem superior ao parâmetro internacional proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 10,0% a 13,0% (NOTZON, 1990).

Um estudo recente sobre a análise da assistência perinatal e obstétrica realizado por GUERREIRO e cols. (2000), no Estado da Paraíba, apresenta esta mesma tendência onde se verificou que a maioria das maternidades apresentaram uma taxa de cesariana em torno de 55,0%.

Ao se relacionar tipo de parto ao tipo de serviço, o que se pode observar é que a grande predominância de cesáreas cabe ao setor privado que, estranhamente, apresenta 83,4% para o grupo de recém-nascidos de não baixo peso, contra 44,4% para o de baixo peso. Esta considerável diferença de 39,0% não encontra, ao que parece, justificativa do ponto de vista clínico-obstétrico na medida em que, por hipótese, a cesárea deveria ser mais indicada para o grupo de baixo peso que por si só já apresenta, pelos dados observados, uma proporção elevada.

Dada a elevada ocorrência de cesáreas, cabe um destaque para o registro de sua indicação. Apesar das indicações mais frequentes serem em função da "iteratividade" e "desproporção feto-pélvica" é de chamar a atenção encontrar "distrofia de colo", como indicação de parto cesáreo. Neste aspecto cabe uma confirmação se o que se registrou como "distrofia de colo" não seria, na verdade, uma distorcia causada por uma lesão no colo, de origem hormonal, representada por um tumor disfuncional do colo, o que poderia justificar uma indicação para a cesárea. Muito mais estranho foi encontrar o registro de quatro "histerectomias" como indicação de cesárea, o que parece ser mais um registro de interesse particular do que uma indicação clínica na medida em que isto não se justifica. Outro aspecto não justificável é a falta de registro da indicação para o

procedimento cirúrgico. Neste aspecto parece não haver uma relação direta entre o ato cirúrgico e a necessidade clínico-obstétrica de fazê-lo, fazendo supor que boa parte destas cesáreas foram feitas desnecessariamente.

Corroborando esta análise, estudo sobre as condições de assistência obstétrica e perinatal no Estado (GUERREIRO e cols. 2000) apontou que a maioria das maternidades, inclusive as da capital que foram envolvidas nesta investigação, não fazem uso do partograma - um instrumento útil para avaliações das condições das parturientes nos momentos que antecedem ao parto. Esta observação, somada a outras, como ausência de monitor fetal, estetoscópio de *pinard*, indica o grau de ausência de critérios de avaliação prévia das parturientes, de modo a fazer uma escolha acertada entre o procedimento de cesariana ou do parto normal, levando em consideração as condições biológicas e sociais das parturientes. Esta questão relaciona-se, sobretudo, com a da qualidade da assistência ao parto e pré-parto. Como observa TANAKA em estudos sobre saúde materna e perinatal "... além dos riscos orgânicos e sócio-econômicos a que a população está exposta, acrescenta-se o risco institucional, agravando as condições de sobrevivência do recém-nascido, principalmente no período mais crítico de sua vida que é o parto e a primeira semana de vida pós-natal" (TANAKA 1995, p.135). É neste sentido também que BERQUÓ afirma que a postura dos profissionais obstétricos é a de que "continuam a preferir partos operatórios ou por comodismo ou por despreparo para realizá-los via vaginal" (BERQUÓ 1993, p. 28).

Para evidenciar ainda mais esta questão foram investigadas as intercorrências na gravidez seja do ponto de vista das parturientes, como também do profissional que a atendeu no momento do parto. A maioria das mulheres dos dois grupos estudados referiu ter tido infecção respiratória, enquanto no registro hospitalar ficou mais evidenciado, para o grupo de baixo peso, a hemorragia, a hipertensão arterial, e a rotura de membrana. Para o grupo de não baixo peso foi a hipertensão arterial, o DHEG e a pré-eclâmpsia, respetivamente. Pelo descrito pode-se observar que as morbididades referidas pelas mulheres não correspondem às registradas pelo profissional, no momento do parto. É certo que se tratam de informações referentes ao pré-natal e que no momento do parto não foram valorizados ou não consistiam mais em problemas de saúde para a parturiente; ou que foram valorizados, apenas, os eventos que tinham implicação direta para este momento; no entanto, chama a atenção o número de casos sem registros de intercorrências no prontuário hospitalar dos dois grupos, ou seja, 83,2% e 85,0%, respetivamente.

Ao que parece, esta discrepância parte de pontos de vista distintos, uma vez que as parturientes referem intercorrências privilegiadas durante a gravidez, enquanto que o prontuário reflete a importância clínica-obstétrica, do ponto de vista do profissional. Uma possível explicação, por um lado, é que realmente as informações das parturientes não são valorizadas no momento da atenção ao parto, isto quando se toma como exemplo o fato de que não há nenhum registro de infecção respiratória referida, em grande proporção, pelas mulheres; e por

outro, que elas chegam à maternidade já no período expulsivo da gestação quando não é mais possível fazer uma anamnese adequada.

Um outro aspecto bastante importante e que tem a ver diretamente com os dados empregados na presente pesquisa refere-se, por um lado, ao sub-registro do peso dos recém-nascidos e, por outro, do registro inadequado dos mesmos que podem subestimar ou superestimar as condições de nascimento em relação a esta variável.

Diante disto, investigações levadas a cabo tanto em João Pessoa, quanto na Região Nordeste como um todo, puderam estimar a ocorrência destes fenômenos. Em relação à Região Nordeste estudo da BENFAM (1996) apresenta uma sub-notificação para o registro de peso ao nascer da ordem de 21,2%.

Quanto ao município de João Pessoa, trabalho de TEIXEIRA-LIMA (1995) pôde constatar um erro de registro em relação ao peso ao nascer na proporção de 57,0% tanto nos serviços públicos, quanto nos privados. Desse modo observou que a taxa média de baixo peso ao nascer era, no período, de 12,0% ao invés de 8,6% conforme os dados "oficiais" revelados através de pesquisa anterior desenvolvida por SANTANA (1990).

Diante disto vale observar que no ano de 2000, correspondente à presente pesquisa, levantamento complementar permitiu informar que a taxa média de baixo peso ao nascer registrada, nos hospitais, para o município foi de 8,7%, com

uma variação de 3,0% a 11,6%. Em relação ao "peso insuficiente" e "peso adequado" as taxas médias foram de 22,3% e 69,0%, respectivamente. Estas taxas são correspondentes a um total de 17.990 nascidos vivos no período.

Vale assinalar que o fato do sistema de vigilância epidemiológica local apresentar este valor relativamente próximo à média nacional (10,0%) pode apontar, por um lado, para uma possível melhoria das condições de nascimento após 1995 e, por outro, para a persistência ainda hoje de subestimação no registro deste evento, visto que a qualidade da assistência materno-infantil ainda não demonstra tal tendência de melhoria.

A despeito dos problemas existentes em termos dos registros de dados hospitalares, utilizados neste trabalho, pode se observar que a análise da ocorrência de cesariana em relação às categorias de classes sociais permite aprofundar a interpretação deste fenômeno quando comparadas as duas amostras de recém-nascidos, de baixo peso e não baixo peso.

Pelos dados apresentados, as maiores proporções referem-se tanto no grupo de neonato de baixo peso, quanto no de neonatos de não baixo peso, à ampla categoria denominada burguesia, chegando a 80,0% no grupo de baixo peso.

No entanto, ao se calcular as taxas de cesariana para as duas classes tomadas como polares, proletariado e burguesia, os resultados obtidos revelam que é no grupo de não baixo peso que se encontram os maiores índices de cesariana. E o

que é mais contraditório, do ponto de vista clínico-obstétrico, com predominância para a classe da burguesia, ou seja, 53,0% em relação a 48,3% para a classe do proletariado. Com taxas menores e predominância na classe do proletariado coloca-se o grupo de neonatos de baixo peso, com 46,2% em relação à 40,0% na classe da burguesia.

Estes dados evidenciam que a cesariana, longe de se constituir como indicação de um risco clínico-obstétrico e perinatal apresenta-se muito mais como resultado de uma prática profissional e institucional, sobretudo no setor privado, que apresenta, no Brasil, taxas de 80,0% a 90,0% (HOPKINS, 2000). Neste sentido é que o estudo de Hopkins permite observar que, longe da cesárea se constituir numa adesão "consciente" por parte da mulher, ela é resultado do exercício do poder médico que induz, com base na construção social de uma "cultura de cesárea" no Brasil, a própria legitimação deste ato. O mesmo fato ocorre em relação à construção de uma "cultura da esterilização", bem caracterizada por BERQUÓ (1993).

Mesmo considerando que as parturientes estudadas são na maioria primíparas no grupo de baixo peso (54,0%), inclusive com evidência estatística para o risco de ter recém-nascidos de baixo peso, ainda assim tal proporção de cesárea, no pressuposto de uma gravidez de maior risco para esta categoria de mulheres não se justificaria dado, por um lado, a sua magnitude e, por outro, o fato de a maioria das primíparas pertencerem à ampla classe do proletariado.

A caracterização do nascimento como um evento complexo apresenta-se de maneira mais evidente quando se procura relacionar mais estreitamente às condições de nascimento, as condições de assistência, pré-natal e ao parto, e as condições sociais de classe.

Este fato pode ser evidenciado quando se analisa o comportamento dos dados da tabela 31, de diferentes ângulos. Pela distribuição dos óbitos segundo as categorias de classe, já descritos, pode-se observar que a maioria deles, ou seja, 66,7% e 63,7%, respectivamente, se localizam na ampla categoria de classe do proletariado com predominância, embora pequena, para o grupo de baixo peso.

Pela distribuição dos dados da mesma tabela pode-se estimar os coeficientes de mortalidade neonatal precoce para os dois grupos, de baixo peso e não baixo peso, segundo as duas categorias de classe tomadas como polares, o proletariado e a burguesia, o que permite ampliar a análise.

O que se constata nesta interpretação, contrariamente ao esperado, é que o menor coeficiente de morte neonatal precoce estimado é o do proletariado, no grupo de baixo peso, com 17/1000, em contraposição o maior, de 60/1000, que se refere à burguesia pertencente ao grupo de recém-nascidos de não baixo peso. Como coeficientes intermediários estimados obteve-se 50/1000 para a classe burguesia do grupo de neonatos de baixo peso e 22/1000 para o proletariado do grupo de não baixo peso.

A busca de explicação para a ocorrência desta maior mortalidade neonatal precoce em recém-nascidos pertencentes à burguesia redimensiona a discussão da questão da baixa qualidade de assistência à gravidez e ao parto, tradicionalmente atribuída aos serviços públicos. No presente estudo, o que se evidencia é que, talvez em função da elevada taxa de cesariana nos serviços privados, os recém-nascidos pertencentes à burguesia tenham morrido mais e, sobretudo, no grupo de não baixo peso.

No entanto, este fato não se circunscreve, ao que parece, somente à questão da qualidade de assistência à mulher, mas, igualmente, à assistência ao recém-nascido. Isto tendo em vista que na descrição qualitativa dos óbitos, constante do item 4.4, pode-se observar que no grupo de baixo peso todos, com exceção de um, tiveram Apgar elevado tanto para primeiro, quanto para o quinto minutos e eram adequados para a idade gestacional (AIG). E dentre eles somente uma das parturientes não tinha realizado o pré-natal.

Em relação ao grupo de recém-nascidos de não baixo peso, embora não se dispusesse do registro da avaliação de CAPURRO para alguns dos onze casos de óbitos, dentre os registrados três deles eram pequeno para a idade gestacional (PIG) e quatro adequados para a idade gestacional (AIG). Segundo o Apgar de primeiro e quinto minutos todos, com exceção de um dos recém-nascidos que não possuía registro, nasceram em boas condições clínicas. Vale ressaltar que somente dois destes neonatos eram de "peso insuficiente". Também, que somente duas parturientes não fizeram o pré-natal.

Em relação à avaliação das condições de nascimento dos neonatos cabe observar que as medidas disponíveis, como o Apgar e CAPURRO, caracterizam-se, a exemplo da classe social, como complexas tendo em vista que procuram diferenciar o normal, do patológico.

Neste sentido, KRAMER (1989) traz à tona uma discussão importante sobre a problemática de mensurar o crescimento e desenvolvimento intra-uterino, bem como sua relevância prognóstica trazendo, em suas conclusões, a recomendação de que são necessários mais estudos para se poder melhor identificar os determinantes desses processos. Ainda nesta ótica, NAUFEL (1998) faz uma análise crítica dos vários métodos empregados para a mensuração do crescimento e do desenvolvimento da criança constatando que os neonatos avaliados como com retardo de crescimento uterino podem apresentar os mesmos valores que os com não retardo de crescimento quando utilizadas, por exemplo, medidas como a estatura, o perímetro cefálico e o índice ponderal.

Muito embora a questão da complexidade da avaliação das condições de nascimento se coloque com questão relevante, não se pode deixar de considerar os dados de avaliação, do Apgar e CAPURRO, registrados nos prontuários hospitalares, o que levanta as possibilidades de uma baixa qualidade de assistência também ao recém-nascido que, no caso, não se circunscreve aos serviços privados, mas também se estende aos serviços públicos.

Ao lado dos aspectos apresentados para a interpretação da maior mortalidade neonatal precoce, observada na ampla classe burguesia, com predominância para o grupo de não baixo peso, uma outra questão que se coloca, igualmente importante, é a da assistência pré-natal. Isto porque, no Brasil, ao lado da questão do acesso aos serviços de pré-natal disponíveis, coloca-se igualmente o fenômeno da fragmentação da assistência à mulher o que, muitas vezes, pela não garantia institucional para realizar o parto a mulher é levada a "peregrinar" na busca pessoal de assistência (TANAKA, 1995), o que a coloca em risco, assim como ao seu conceito, a despeito de ter realizado um pré-natal de boa qualidade.

Se partirmos do pressuposto de que as mulheres que fizeram mais de nove consultas de pré-natal apresentavam um maior risco materno-fetal, pela tabela 32 pode-se inferir que o grupo de não baixo peso apresentou a maior proporção de mulheres nesta condição, ou seja, 7,7% em relação a 0,05% no grupo de baixo peso. Avançando na busca de interpretação, ao considerar-se a proporção de 7,7% observada no grupo de não baixo peso constata-se que 5,1% destas mulheres de maior risco pertenciam à burguesia; diante disto, poder-se-ia supor, então, que tal condição de risco clínico-obstétrico teria igualmente contribuído para a maior mortalidade neonatal precoce neste grupo.

A importância da articulação institucional entre as assistências ao pré-natal e ao parto oferecidas à mulher remete para a necessidade de interpretação de como as parturientes, pertencentes às duas amostras estudadas, receberam este tipo de assistência durante a gravidez.

Buscando contextualizar os resultados da pesquisa vale destacar, primeiramente, que estudos da PNDS (BENFAM 1996) estimaram uma taxa de 25,0% de ausência de mães ao pré-natal para a Região Nordeste e, ao que parece, a tendência vem se mantendo apesar de alguns esforços que atualmente vem se observando nos serviços de assistência materno-infantil. Isto na medida em que, na presente pesquisa, somando-se as mulheres que não fizeram pré-natal com as que fizeram só de uma a quatro consultas, a proporção é de 31,3% para o grupo de baixo peso, acima, portanto, da taxa estimada pela PNDS, em relação a de 25,7% para o grupo de não baixo peso, que acompanha o valor da taxa de 25,0% estimada para a Região Nordeste. Uma outra questão que se coloca é a de que o pré-natal realizado talvez não esteja adequado do ponto de vista do número de consultas considerando igualmente o trimestre de início do mesmo. Isto fica evidenciado quando se observa que 13,0% das parturientes com neonatos de baixo peso e 4,3% dos com neonatos de não baixo peso tem acesso ao pré-natal mas não dão continuidade e 27,0% e 34,3%, respectivamente, o iniciam tardiamente.

Estudo da BENFAM (1996) constata que a média nacional de mulheres que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre foi de 66,0% e de 51,9% para a Região Nordeste. Na presente pesquisa observou-se uma proporção bem acima do observado para a Região; ou seja, quando se considera as mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e fizeram mais de quatro consultas, a proporção é de 87,0% para o grupo de neonatos de baixo peso e 95,7% para o de não baixo peso. Por estes cálculos poder-se inferir que nos dois grupos de recém-nascidos

estudados houve uma proteção materno-infantil acima da média nacional, com predominância para o grupo de recém-nascido de não baixo peso, isto tendo em vista o trabalho de NEUMANN (2000) que em estudos no município de Criciúma/SC, observou uma taxa média de 83,1% das mulheres, com um número médio de 7 consultas, valor atribuído pelos autores como igual à média nacional. Se considerarmos, no entanto, a denominada "cobertura distribuída", descrita no item 4.2 deste trabalho, constata-se que a mesma encontra-se abaixo do previsto pelo "pacto de atenção básica do município" que é da ordem de 85,0% (SMS/JP, 1997), para os dois grupos estudados; isto na medida em que as proporções desta modalidade de cobertura foi de 60,6% para o grupo de baixo peso e 62,1% para o de não baixo peso. Vale destacar que ao se considerar, além das mulheres que tiveram pelo menos de uma a quatro consultas tomadas, no item 4.2 para o cálculo da "cobertura distribuída", também as que não fizeram pré-natal mas estavam grávidas no período da pesquisa, a questão da cobertura de pré-natal, para as parturientes das amostras estudadas, mostra-se bastante precária.

Esta questão da assistência pré-natal ganha relevância quando se observa que vários estudos ressaltam a importância do pré-natal como fator preditivo para uma condição de nascimento favorável (BOLZAN 2000, TANAKA 1999, RAMIREZ-ZEDINA 2000, SCHIRME 2000, NEUMANN 2000, FIOCRUZ 1999). Como exemplo, estudo de RAMIREZ-ZEDINA, analisando a atenção pré-natal no México, observou uma associação significativa da ausência do controle do pré-natal com o baixo peso ao nascer.

Considerando a ausência de pré-natal como indicador de risco materno-fetal para cada uma das amplas classes sociais pode-se dizer que o risco maior caberia, no caso das duas amostras estudadas, aos recém-nascidos de baixo peso pertencentes ao proletariado, cuja taxa estimada de ausência de pré-natal foi de 33,4%, seguida da dos neonatos de não baixo peso pertencentes também ao proletariado, com uma taxa de 27,1%. Para os recém-nascidos pertencentes à burguesia as taxas foram bem próximas, ou seja, 20,0% e 19,7%, respectivamente, valores bem abaixo dos observados para o proletariado, portanto.

Este fato aponta para as características que assume a assistência pré-natal, uma vez que os motivos da ausência da mesma refletem, conforme observação empírica dos dados, não só as condições objetivas de existência que definem as possibilidades de acesso diferencial das mulheres aos referidos serviços mesmo quando disponíveis, mas também o "hábito de classe" (BOLTANSKI, citado por ALVARENGA, 1978) através do qual as mulheres simplesmente alegam que não fazem o pré-natal por que "não querem". Em relação às dificuldades de acesso, os motivos alegados foram porque "moram longe" ou "não tinham dinheiro para a condução".

Destas análises pode-se inferir que a interpretação dos eventos perinatais, como a condição de peso ao nascer e a mortalidade nas primeiras seis horas de vida do recém-nascido, tratam-se de fenômenos complexos, de natureza tanto biológica quanto social, o que exige para sua melhor compreensão o concurso não só do

conhecimento gerado pela Epidemiologia, mas igualmente do conhecimento gerado pelas ciências sociais.

Neste particular, diante do reconhecimento da crescente desigualdade social e da emergência de formas crescentes de exclusão social, na realidade brasileira, pode-se observar como alguns pesquisadores do campo da Epidemiologia tem buscado ampliar, com o concurso das ciências sociais, a reflexão sobre os diferenciais de saúde-doença observados nos vários grupos sociais, tomados como objeto de investigação e de prática profissional (BARATA e cols.,1997).

Neste cenário, a despeito dos problemas teórico-metodológicos que o conceito de classes sociais encerra devido, sobretudo, às mudanças históricas sofridas pelo capitalismo no mundo globalizado o mesmo consiste, ainda, num dos conceitos mais férteis para a caracterização de situações de desigualdade e de exclusão social.

Isto a despeito da tentativa dos pensadores pós-estruturalistas e pós-modernistas buscarem decretar, a todo custo, a morte do pensamento marxista por considerarem que a classe perdeu importância, como instrumento de transformação social e das possibilidades humanas de ação política, diante da materialidade totalizante do capitalismo moderno.

Refutando este tipo de argumento PALMER (1999) afirma que a classe não deixou de existir, com as quedas do socialismo na antiga União Soviética e do Muro de

Berlim. Ao contrário, a "classe não caiu" afirma contra-argumentando a declaração enfática de Patrick Joyce; ela naturalmente nunca foi a parte alguma. "Identificada como sendo simplesmente uma de muitas subjetividades pluralistas, a classe foi, na verdade, obscurecida e reduzida à visão analítica e política pelo edifício analítico do pós-estruturalismo, erigido no exato momento em que a esquerda precisa urgentemente da clareza e direção que a classe, como categoria e instrumento, estrutura e política, pode oferecer" (PALMER 1999: 81).

Diante disto, o que se coloca para o emprego do conceito de classes sociais em pesquisas empíricas no campo das ciências sociais em geral e, no da Saúde Pública e Coletiva, em particular, é a necessidade de reconhecer, diante das mudanças que a globalização e a informatização tem operado no capitalismo atual, gerando mudanças profundas nos processos de trabalho, como se estruturam as classes, que novas características assumem neste novo cenário onde o capital é global e o trabalho é local.

Neste sentido, a despeito do reconhecimento das limitações que o esquema para a operacionalização do conceito de classes, proposto por LOMBARDI e cols. (1988), encerra, dada a redução teórico-metodológica que apresenta seu emprego, no presente trabalho mostrou-se frutífero por permitir aprofundar algumas das questões básicas presentes quando se toma as condições de nascimento, o baixo peso e a morte neonatal precoce como objeto de investigação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomar como objeto de estudo as relações existentes entre condições de nascimento de crianças de baixo peso e não baixo peso ao nascer, condições de assistência e condições de classe, mostrou-se como estratégia teórico-metodológica frutífera, na medida em que questões relevantes de natureza interdisciplinar se apresentaram enriquecendo o entendimento sobre o problema em foco.

Das análises realizadas pode-se inferir que a interpretação dos eventos perinatais, como a condição de peso ao nascer e a mortalidade neonatal precoce apresentam-se, ao investigador, a exemplo das classes sociais, como fenômenos complexos. Isto decorre, sobretudo, da sua natureza tanto biológica, quanto social o que requer instrumental teórico-metodológico específico para dar conta da apreensão dos mesmos.

Neste sentido, cabe lembrar como a questão dos fenômenos perinatais, como outros assemelhados, requerem, para sua investigação, a concepção básica de

que são históricos e, portanto, apresentam configurações diferenciadas na dependência, sobretudo, da crescente tecnologia que redefine, por exemplo, no caso do baixo peso, novos pontos de corte em relação às possibilidades de sobrevivência neonatal.

No entanto, sua historicidade se amplia porque à este complexo chamado "nascimento" articulam-se outros, como as condições de classe e a qualidade de assistência, a ponto de TANAKA (1995) colocar a maternidade como um dilema para as mulheres. Isto porque a mesma pode representar, no contexto da realidade brasileira, tanto a oportunidade do nascimento, como o risco social da morte.

É neste cenário social, de reconhecimento das desigualdades e crescentes formas de exclusão social, que a importância do emprego de um conceito como o de classes sociais mostrou adquirir sentido, a despeito das limitações que sua operacionalização encerra, considerando especialmente o contexto de transformações sociais que o processo de globalização tem imprimido à nova configuração do capitalismo.

Neste sentido, a busca do emprego deste conceito no presente trabalho partiu do reconhecimento, a priori, da sua redução teórico-metodológica a um conjunto de indicadores "simples", mas considerando a vantagem dos mesmos não operarem isoladamente mas poderem ser articulados teoricamente, e não estatisticamente, como num "índice". Segundo SEN (2001:185), na busca de análise das

desigualdades o conceito de classe permite, diferentemente de indicadores simples como a renda e escolaridade, melhor aproximação da identificação não de pessoas, mas de grupos sociais com vistas às variações inter-grupais.

Esta observação refere-se ao fato de que ao se tomar como referência o conceito de classe social, o processo de interpretação dos dados pode ancorar-se num quadro de referência teórico que permite, a exemplo da proposta de Boltanski, citado por ALVARENGA (1978), analisar a questão da desigualdade social não somente em termos das condições objetivas de existência, que falam a respeito das possibilidades diferenciais de se adquirir "bens no mercado", como é o caso da assistência à saúde, mas também da existência de uma cultura ou hábitos de classe igualmente diferenciada.

Buscando destacar algumas das contribuições que a aplicação deste conceito ofereceu para a interpretação dos dados vale mencionar, primeiramente, o fato de que, em termos da distribuição de classe, os grupos de recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso apresentaram comportamento homogêneo, com proporções aproximadas, portanto, em todas as categorias. O predomínio foi no "proletariado não típico".

No entanto, quando relacionados a eventos como assistência ao pré-natal, assistência ao parto e óbito neonatal precoce estas categorias de classe permitiram ampliar o processo de análise do problema tomado como objeto de estudo, sobretudo porque comparados os grupos de recém-nascidos de baixo peso e os de não baixo peso.

Em relação à assistência ao parto identificou-se uma elevada ocorrência de cesarianas cuja predominância coube ao setor privado que apresentou, estranhamente, 83,4% para o grupo de neonatos de baixo peso e 44,4% para o de não baixo peso, com uma elevada ausência de registros para justificar sua indicação. Quando relacionada sua ocorrência às categorias de classe observa-se que as maiores proporções referiam-se, nos dois grupos de recém-nascidos estudados, à ampla categoria chamada burguesia, chegando a 80,0% no grupo de baixo peso.

Quando calculadas as taxas de cesarianas para as duas classes, tomadas como grupos sociais polares, ou seja, proletariado e burguesia, os resultados obtidos puderam revelar que foi no grupo de neonatos de não baixo peso que se encontrou os maiores índices. E o que é mais contraditório, do ponto de vista clínico-obstétrico, com predominância para a classe da burguesia, ou seja, 53,0% em relação a 48,3% para a classe do proletariado. Com taxas menores e predominância no proletariado coloca-se o grupo de neonatos de baixo peso, com 46,2% em relação à 40,0% na classe da burguesia.

Diante disto evidencia-se o fato de que longe de se constituir como indicação de um risco clínico-obstétrico e perinatal a cesariana apresenta-se muito mais como resultado de uma prática profissional e institucional socialmente sancionada, cuja construção responde tanto aos interesses da burguesia empresarial, no caso os proprietários de hospitais particulares, quanto aos dos profissionais médicos, cuja

hora de trabalho é mercantilizada a preço elevados a quem dispõe do poder de compra, como é o caso da burguesia. Daí poder-se caracterizar a predominância das cesáreas observadas nesta categoria de classe também como uma cultura ou *hábitus* de classe da burguesia que ocorre, dada a sua internalização como prática social, de maneira indiferente aos riscos que pode acarretar, quando desnecessária, quer a saúde da mulher, quer à do recém-nascido.

A caracterização do nascimento como um evento complexo apresentou-se de maneira mais evidente quando se procurou relacionar mais estreitamente as condições de nascimento e condições de assistência às condições de classe. Neste particular, a busca de interpretação do como e o porquê da ocorrência de óbitos nas primeiras seis horas de vida foi enriquecedor, dadas as possibilidades de abordagem do problema de diferentes ângulos.

Ao observar-se o comportamento dos dados sobre mortalidade neonatal precoce em relação à sobrevivência do recém-nascido pode-se verificar, por exemplo, que a maioria deles, ou seja, 66,7% e 63,7% se localizavam, respectivamente, na ampla categoria de classe do proletariado com predominância, embora pequena, para o grupo de baixo peso.

Quando analisados a partir dos coeficientes de mortalidade neonatal precoce estimados para os dois grupos de recém-nascidos, segundo as duas categorias de classe tomadas como polares, pode-se ampliar a interpretação. Isto porque, contraditoriamente, o menor coeficiente de morte neonatal precoce estimado, de

17/1000, referiu-se aos recém-nascidos de baixo peso pertencentes ao proletariado e, em contraposição, o maior, de 60/1000, coube aos neonatos de não baixo peso pertencentes à burguesia. Como coeficientes intermediários obteve-se 50/1000 para a classe burguesia do grupo de neonatos de baixo peso e 22/1000 para o proletariado do grupo de não baixo peso. Em suma, os neonatos que, por hipótese corrente, não são de risco por não serem de baixo peso e por pertencerem à burguesia foram os que morreram mais, quando comparados os dois grupos de recém-nascidos estudados.

Diante destes dados uma das hipóteses explicativas foi a de que, em função da elevada taxa de cesariana nos serviços privados, os recém-nascidos de não baixo peso, pertencentes à burguesia, tenham morrido mais o que, em tese, permitiu redimensionar a clássica discussão da baixa qualidade de assistência à gravidez e ao parto tradicionalmente atribuída aos serviços públicos.

No entanto, quando da descrição de natureza qualitativa de cada um dos óbitos novas evidências se apresentaram articulando ainda mais as relações existentes entre condições de nascimento, qualidade de assistência e condições de classe. Isto na medida em que a totalidade das mulheres com recém-nascidos de baixo peso pertencentes a burguesia fizeram mais de oito consultas de pré-natal, o que poderia estar representando a presença de gravidez de maior risco. No entanto, vale finalizar dizendo que embora um dos quatro recém-nascidos fosse pequeno para a idade gestacional (PIG) e que um outro não tivesse registro da adequação peso/idade gestacional e fosse de "peso insuficiente" ambos nasceram em boas

condições de vida, segundo o Apgar. Isto sem considerar que os dois outros nasceram adequados para idade gestacional (AIG) e em boas condições de vida, segundo o Apgar.

Diante disto, a questão básica que se apresenta como desafio tanto aos investigadores, como aos profissionais deste campo de conhecimento e de prática é a de como contribuir para que o nascimento de uma criança seja para a vida e não para a morte.

7. REFERÊNCIAS

1. AERTS D, et al. A determinação do baixo peso ao nascer: um estudo a partir do SINASC. In: III Congresso Brasileiro/II Congresso Ibero-Americano/ I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia. Anais. Salvador, Bahia, Brasil; abril 1995, p. 230.
2. ALMEIDA LEA et al. Peso ao Nascer, classe social e mortalidade infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.190-198, Abr-Jun, 1992.
3. ALMEIDA MF. Mortalidade neonatal em Santo André. São Paulo, 1994. 140 p. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP.
4. ALMEIDA MF & NOVAES MHD. Mortalidade neonatal: estudo das associações entre fatores de risco materno-infantil e assistência ao parto e recém-nascido. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ V Congresso Paulista de Saúde Pública. ABRASCO/APSP/FSP/USP. Anais. Sistemas de informações em saúde. 1997. P. 107.
5. ALVARENGA AT. Investigação interdisciplinar em mortalidade materna: contribuição da abordagem sociológica. Série Investigação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. São Paulo, n.2, p. 189-95, 1992.
6. ALVARENGA AT. Caracterização das relações existentes entre condições de classe, assistência à saúde e perfil de mortalidade materna. São Paulo, 1994. (Relatório final - CNPq -FSP/USP).
7. ALVARENGA AT. O conceito de risco na área materno-infantil: considerações teóricas, metodológicas e de aplicação. São Paulo, 1984. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP.
8. ALVARENGA AT. Contribuição ao estudo das relações entre status socio-econômico-familiar e saúde materna. São Paulo, 1978. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP .
9. ARNTZEN A, et al. Is the higher postneonatal mortality in lower social status groups due to SIDA? Acta Paediatr. 1995. v. 84, n.2. p. 188-92.
10. BARBIERI MA, et al. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. A questão do método. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 5, n.4, p. 376-387. Out/Dez., 1989.
11. BARBIERI MA. Saúde materno infantil e classe social. Alguns aspectos do período neonatal da mãe e do recém-nascido. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 1985.
12. BARVAZIAN AP, BEHAR M. Bajo peso de nacimiento, un gran problema mundial. Revista Sueca AMBIO. v. VII. n. 4. Ginebra. 1978. p. 31-37.
13. BARROS FC, VICTORA CG. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil, 1982-1993: uma década de transição. Cadernos de Saúde Pública. V. 12. Supl. 1. 1996. Rio de Janeiro. 1996. p. 93.
14. BARROS MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. Revista de Saúde Pública, v.20, n.4. São Paulo, 1986; p. 269-273.

15. BARATA RB, et al. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Série Epidemiológica I. ABRASCO/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1997. p. 256.
16. BARTLEY M, et al. Birth weight and later socioeconomic disadvantage: evidence from the 1958: british cohort study. B.M.J. 1994, Dec. V.3, n. 309 (6967), p. 1475-8.
17. BERTAGNON JRD. Recém-nascido pequeno para idade gestacional: algumas características Epidemiológicas. São Paulo, 1991, p.157. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP
18. BELLIZZI ALM. Características da Mortalidade infantil na coorte de nascimento de 1992 do Município de Niterói/RJ. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Anais. Epidemiologia. 1997. p. 287
19. BESSA AM et al. Mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer no município de Belo Horizonte, 1995. In: III Congresso Brasileiro/II Congresso Ibero-Americano/I Congresso Latino-Americano. Anais. Estudos de Mortalidade. (1190). Salvador, Bahia, Brasil, 24 a 28 de Abril, 1995. p. 309.
20. BERQUÒ E. Brasil: um caso exemplar: anticoncepção e parto cirúrgico, à espera de uma ação exemplar. NEPO/UNICAMP. p. 1993. (Mimeo)
21. BOLTANSKI L. Prime education et morale de classe. Paris, Mouton, 1969. (Cahiers du Centre de Sociologie Europeenne, 5). *Apud*: ALVARENGA AT. Contribuição ao estudo das relações entre status socio-econômico-familiar e saúde materna. São Paulo, 1978. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP. p. 163.
22. BOLZÁN A, et al. Factores d riesgo de retardo de crecimiento intrauterino ey prematurez en los municipios de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Revista Chilena de Pediatría. V.71, n.3; mayo-jun. 2000, p. 255-62
23. BREILH J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva. In: CZERESNIA, C. D. Epidemiologia: teoria e objeto. HUCITEC- ABRASCO. São Paulo, 1989.
24. BRONFMAN M, TUIRÁN R. La desigualdad ante la muerte: classes sociales y mortalidad en la niñez. Cadernos Médicos Sociales, v.29, n.30, p. 53-57, 1984. *Apud*: SOLLA JJPS. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigação epidemiológica: uma revisão crítica da literatura. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 207-216, Abr-Jun, 1996.
25. BRUGHA R, KEVANY J. Determinants of nutrition status children in the eastern region of Ghana. J. Trop. Pediatr. 1994, Oct. V.40, n.5, p. 307-11.
26. BUSS P, LABRA ME. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In: Sistema de Saúde: continuidade e mudanças. Editora HUCITEC. São Paulo, 1990, p. 62-101.
27. CAETANO R et al. Os nascidos vivos no HUPE/UERJ: dois anos após a implantação do SINASC. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/V Congresso Paulista de Saúde Pública. ABRASCO/APSP/FSP/USP. Anais. Comunicação coordenada. 1997, p. 130-131.
28. CALDEIRA JRC. Classes Sociais e Estrutura Social. Revista FIPES. São Luís/MA, v. 4 n.1 p. 91-101; jan./jun., 1989.
29. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Epi Info. Versão 6.04. A Word Processing. Database and Statistic Program for Public Health. Atlanta, 1997.
30. CEESAY SM et al. Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5 year randomised controlled trial. B. M. J. v. 315, Sept. 1997. P. 786-790

31. CENTRO LATINO AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO - CLAP. Edição Salud Perinatal. Boletim do CLAP. Montevideo, p. 179, 1988.
32. CONTER V et al. Weight growth in infants born to mothers who smoked during pregnancy. Boletim Medicina Perinatal, v. 310, n. 6982, p. 768-771, Mar., 1995.
33. COHEN SE. Biosocial factors in early infancy as predictors of competence who were born prematurely. J. Dev. Behav. Pediatr. 1995, Feb. V. 16, n. 1, p. 36-41.
34. DELGADO M. Recall bias in a case-control study of low birth weight. J. Clin. Epidemiol. 1995, Sep., v.48, n.9, p. 1133-40.
35. DUPAS G. Economia global e exclusão social. Editora Paz e Terra. São Paulo, 1999, p. 219.
36. EVER-HADANI P, et al. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. J. Epidemiol. Community Health. 1994, Jun., v.48, n.3, p. 281-5.
37. FAWER CL, et al. Influence of perinatal, development factors on cognitive abilities of preterm children without major impairments at 5 years. Development Unit.; Department of Paediatrics, Lausanne. Early Hum Dev. 2 Oct. V. 2, n.43. 1995. P 151-64.
38. FIGUEIREDO GM, et al. Classificação social em inquérito populacional: região metropolitana de São Paulo, 1989/1990. In: III Congresso Brasileiro/ II Congresso Ibero-Americano/ I Latino-Americano de Epidemiologia. Anais. Salvador, Bahia, Brasil; abril 1995, p. 48
39. FOIX-L'HÉLIAS L, BLONDEL B. Changes in risk factors of preterm delivery in France between 1981 and 1995. Paediatric and Perinatal Epidemiology, v.14, n.4, out. 2000, p. 314-323;
40. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Sistema SIDRA. 1997. (WWW. Sidra.ibge.gov.br/cgi-bin/prtabl).
41. FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Boletim TEMA-RADIS, n. 17, fevereiro 1999. P. 6-17
42. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. A infância brasileira nos anos 90. UNICEF, 1998. Brasília, p. 169.
43. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Situação Mundial da Infância. UNICEF, 1991. P. 73.
44. GUERRA UA, et al. Mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal na área de risco (AR) do Distrito Sanitário (DS) Noroeste de Belo Horizonte. In: III Congresso Brasileiro/ II Congresso Ibero-Americano/ I Latino-Americano de Epidemiologia. Anais. Salvador, Bahia, Brasil; abril 1995, p. 5.
45. GUERREIRO JV, et al. Diagnóstico do atendimento obstétrico e perinatal no Estado da Paraíba, 1999. Revista Saúde Para Debate. Série Divulgação; n. 20, Dez. 2000. Rio de Janeiro. P. 67-76.
46. GUIMARÃES MJ, et al. Fatores de risco associados a mortalidade neonatal: Recife-1994. In: III Congresso Brasileiro/ II Congresso Ibero-Americano/ I Latino-Americano de Epidemiologia. Anais. Salvador, Bahia, Brasil; abril 1995, p. 301
47. HEMMINKI E, GISSLER M. Births by younger and mothers in a population with late and regulated childbearing: Finland, 1991. Acta Obstet. Gynecol., 1996, Jan. v. 75, n.1. p. 19-27.

48. HIRVE SS, GANATRA BR. Determination of low birth weight: a community based prospective cohort study. Indian. Pediat. 1994, Oct., v.31, n.10, p. 1221-5.
49. HILLE ET, et al. School performance at nine years of age very premature and very low birth weight infants: Perinatal risk factors and predictors at five years of age. Journal Pediatrics. 1994, Sep., v.123, n.3, p. 426-34.
50. HOPKINS K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarian? Social Science & Medicine. V.51, n.5, september, 2000; p. 725-740.
51. INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL E ESTADUAL DA PARAÍBA - IDEME. Anuário Estatístico. 1995. João Pessoa. Editora União.
52. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. Relatório sobre o Desenvolvimento humano no Brasil. PNUD, 1996. (www:unap.org.br).
53. KLIEGMAN,R.M. Neonatal technology, perinatal survival, social consequences, and perinatal paradox. Am. J. Public. Health. 1995, Jul. v.85, n.7, p. 909-13.
54. KOIFMAN, S. Social causes of low birth weight. National Center for Health Statistics. Hyattsville, MD; n. 20782, USA. 1995.
55. KRAMER MS et al. Body proportionaly and head and length "sparing" in growth-retarded neonates: a critical reapraisal. Pediatrics 1989; v. 84, n.4; p. 717-723
56. KUHN TS. A estrutura das revoluções científicas. Ed. Perspectiva, São Paulo; 1975.
57. LAURELL AC. A saúde-doença como processo social. In: NUNES ED. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. (Textos n.3). Editora Global. São Paulo, 1993. p. 133-158.
58. LAURENTI R et al. Estatísticas de Saúde. São Paulo. EDU/EDUSP, 1985.
59. LAURENTI R et al. Transição demográfica e transição epidemiológica. Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Anais, UNICAMP, Campinas/SP, 1990.
60. LIRA L, ISABEL M. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del lactante de nivel socioeconomico bajo. Revista Chilena de Pediatría. 1994, Ene.-Feb. , v. 65, n.1, p. 21-7.
61. LOMBARDI C et all. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.22, n.2 p.253-265, 1988.
62. MARX C & ENGELS F. O capital. México. Ed. Fundo de Cultura Econômica. 3^a edição, 1978. V.3, p. 17-818. *Apud:* CALDEIRA JRC. Classes sociais e estrutura social. Revista FIPES. São Luís, v.4, n.1, p.91-101; jan.-jun., 1989.
63. MENDONÇA HMN. Pobreza e sub-emprego no Nordeste do Brasil. Recife, SUDENE, 1991. 35-49 p. II edição, Série III
64. MENEZES AMB et al. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo. v.12 (supl. 1); p. 33-41 1996.
65. MENEZES AMB et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas/RS. In: III Congresso Brasileiro/ II Congresso Ibero-Americano/ I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia. Anais. Salvador, Bahia, Brasil, abril 1995, p. 5

66. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças OMS/USP/PAS-OMS). O sistema de informação sobre nascidos vivos - SINASC. Série Divulgação, n.7. São Paulo, 1995
67. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM n. 2.816 de 28.05.1998. Brasília, 1998.
68. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ([www.saude.gov.br/datasus/indicadores de saúde\](http://www.saude.gov.br/datasus/indicadores%20de%20saude/)).
69. MONTEIRO CA, et al. A distribuição do peso ao nascer no Município de São Paulo. Revista de Saúde Pública, v.12, n.2, p. 161-172, Jun., 1980.
70. MONTEIRO CA. Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. Editora HUCITEC. NUPENS/USP. 1995. p. 359.
71. MONTEIRO CA, et al. Tendência secular do baixo peso ao nascer na cidade de São Paulo (1984-1996). Revista de Saúde Pública, v. 34, n.6 (supl.), São Paulo, Dez. 2000.
72. MORAIS EN, et al. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. Revista Brasileira de Gineco-obstetricia; Jan.-fev. 1998, v.20, n.1; p. 25-32.
73. NARAYAN H, et al. Pregnancy after fifty: profile and pregnancy outcome in a series of elderly multigravidae. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1992, Oct., v. 47, n.1, p. 47-51.
74. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Center for disease control and prevention, Hyattsville, MD. Journal Reseach Social Medicine. United States, v. 88, n.1, p.611-615, Nov., 1995.
75. NAUFEL HG. Crescimento fetal, peso ao nascer e avaliação clínica da idade gestacional do recém-nascido: estudo crítico da literatura. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. 1998, p. 142.
76. NEUMANN NA. Cobertura, qualidade e equidade da atenção pré-natal e ao parto, segundo a forma de pagamento destes serviços, em Criciúma/SC. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 2000, p. 66.
77. NÓBREGA FJ de. Características antropométricas do recém-nascido e estudo de algumas variáveis maternas nas Capitais e Regiões Brasileiras. Antropometria do recém-nascido. Serviço de Informação. Nestlé. 1989, p.197.
78. NOTZON FC. International differences in the use of obstetric intervention. Journal of American Medical Association - JAMA; June 27 1990; v. 263, n. 24; p. 3286-91.
79. NOVAES HMD. Mortalidade neonatal e avaliação da qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido no município de São Paulo. Tese de Livre-docência. Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. p. 118
80. OLINTO MTA. Determinantes da desnutrição infantil em populações de baixa renda: um estudo de análise hierarquizada. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1993, v.9, Supl. 1, p. 7-13.
81. OLIVEIRA F. O elo perdido: classe e identidade de classe. Editora Brasiliense, 1987. p. 134.
82. PALMER BD. Velhas posições/novas necessidades: história, classe e metanarrativa marxista. p. 74-83. In: Wood EM & FOSTER JB. Em defesa da história: marxismo e pós-modernismo. Editor Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 1999. p. 216.

83. PARKER J, et al. Associations between measures of socioeconomic status and low birth weight, small for gestational age, and premature delivery in the United States. Ann. Epidemiol. 1994, Jul., v.4, n.4, p. 271-8.
84. PECK MN. The importance of childhood socio-economic group for adult health. Soc. Sci. Med. 1994, Aug., v.39, n.4. p. 553-62.
85. PINTO VG. Soluções econômicas para a pobreza. Revista Brasileira Escolar. V. 3; n. 3/4, São Paulo, 1994. p. 99-109.
86. POULANTZAS N. Poder político e classes sociais do estado capitalista. Editora Portucalense; v.1, 1971. *Apud*: CALDEIRA JR. Categorias de classes sociais e estrutura social. Revista FIPES. São Luís; v.4, n.1, p. 91-101; jan./jun., 1989.
87. RAMIREZ-ZEDINA M et al. La atención prenatal en la ciudad de Tijuana, México. Revista Panamericana de Salud Pública, v.7, n.2; feb. 2000, 97-101 p.
88. RODRIGUEZ, et al. Low birth weight in Spain associated with socioeconomic factors. J. Epidemiol. Community Health. 1995, Feb., v.49, n.1. p. 38-42.
89. SANTANA PR. Baixo peso ao nascer e alguns dos seus determinantes no Município de João Pessoa/PB. Recife, 1990. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 1993, p87.
90. SCHIRMER J et al. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª Edição. Brasil: Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas Públicas. Brasília/DF, 2000, 66 p.
91. SCHLAEPFER L, INFANTE C. Bajo peso al nacer en México: evidencias a partir de una encuesta retrospectiva a nivel nacional. Bol. Med. Hospital Infant. 1995, Mar., v.52, n.3, p. 168-79
92. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA - Setor de Planejamento Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. João Pessoa/PB, 1997.
93. SEIDMAN DS, et al. The effects of high parity and socio economic status on obstetric and neonatal outcome. Arch. Gynecol. Obstet. 1991, n.249, n.3, p.119-27.
94. SEN A. Desigualdade reexaminada. Editora Record. Rio de Janeiro/São Paulo, 2001, p. 301
95. SILVA AAM, et al. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.26, n.3, p. 150-154, 1992.
96. SILVA RA. O lugar do biológico e do social na mortalidade perinatal. Tese. Doutorado. Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo. 1991, p 120.
97. SILVA RA, ALVARENGA AT. Considerações teórico-metodológicas acerca da constituição da perinatologia como área de conhecimento e da morbimortalidade perinatal como objeto de investigação de natureza interdisciplinar. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo, v.5, n.1/2, p. 1- 16, 1995.
98. SILVA AA, et al. Tendências do baixo peso ao nascer em Ribeirão Preto/SP. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ V Congresso Paulista de Saúde Pública. ABRASCO/APSP/FSP/USP. Anais. Estudos populacionais. 1997, p. 332.
99. SILVEIRA RMG. 500 anos de uma cidadania excludente. (Resenha apresentada no curso de formação de educadores para os Direitos Humanos. UFPB. João Pessoa, 2000. (s.n.t).

100. SINGER, P. Globalização e desemprego: diagnóstico e alternativas. Editora Contexto, 4ª edição. São Paulo, 2000. 139 p.
101. SINGER P. Um mapa da exclusão social no Brasil. In: PASSETE E. Modernidade: globalização e Exclusão. Editora Imaginário. São Paulo, 1996. p.75-113.
102. SLIWANY R, et al. Qualidade de vida em Curitiba. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva / V Congresso Paulista de Saúde Pública. ABRASCO/ APSP/FSP/USP. Anais. Comunicação Coordenada 1997. p. 7-8.
103. SIQUEIRA AAF, et al. Morbidade e mortalidade maternas, qualidade da assistência e estrutura social: estudo da região sul do município de São Paulo, Brasil. Parte II. Morbidade Materna. São Paulo, 1993. (Relatório final, apresentado à FAPESP).
104. SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL - BENFAM. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, PNDS-1996. Março, 1997, p. 103-124
105. SOLLA JJPS. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigação epidemiológica: uma revisão crítica da literatura. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 207-216, Abr-Jun, 1996.
106. SOUSA PO, et al. A desigualdade sócio-espacial da produção da morte por homicídio em Manaus. In: III Congresso Brasileiro/ II Congresso Ibero-Americano/ I Latino-Americano de Epidemiologia. Anais. Salvador, Bahia, Brasil; abril 1995, p. 301
107. SPINILLO A, et al. Perinatal factors and 2 year minor neurodevelopmental impairment in low birth weight infants. Biol. Neonate. 1995, v.67, n.1, p. 39-46.
108. STRACHAN DP, et al. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort. British Journal Medicine. May, v. 312, n.7041,1996. p. 1195-9.
109. SUNG JF, et al. maternal factors, birthweight, and racial differences in infant mortality: a Georgia population-based study. J. Natl. Med. Assoc. 1994, Jun., v.86, n.6, p. 437-43.
110. TANAKA ACd'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. HUCITEC-ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro. 1995, 107 p.
111. TANAKA ACd'A. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras. São Paulo. UNICEF, 1999.
112. TEIXEIRA-LIMA R. Estudo comparativo entre fontes primárias e secundárias dos dados de peso e comprimento ao nascer no Município de João Pessoa/PB-1993. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1995, p. 108.
113. TEIXEIRA-LIMA R, et al. É o baixo peso ao nascer um problema de saúde pública no Brasil?. Revista de Paulista de Pediatria. Março, 1998. P. 35-39.
114. TERUEL J, et al. Investigación interamericana de mortalidad de la niñez; peso ao nacer en la región de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, v. 79, n.2, p. 139-145, 1995.
115. VALDEZ T, GOMARIZ S. Brasil - Mulheres Latino-Americanas em dados. Brasil. Madri. Instituto de la mujer. Santiago, Chile. Faculdade latinoamericana de Ciências Sociales. FLACSO, 1993.

116. VALÉRIO RT, et al. Sobre peso em escolares adolescentes de distintos grupos sócio-econômicos. In: V Congresso Paulista de Saúde Pública. ABRASCO/ APSP/FSP/USP. Anais. Comunicação Coordenada. 1997. p. 7-8.
117. VERAS A, et al. Mortalidade neonatal em hospital - um estudo de fatores de risco. In: III Congresso Brasileiro/ II Congresso Ibero-Americano/I Congresso Latino Americano de Epidemiologia. Anais. Estudos de mortalidade (1161). Salvador/Bahia, Brasil, 24 a 28 de abril, 1995. p. 302.
118. VICTORA A. A pastoral da criança e a saúde materno-infantil em dois municípios do Maranhão. Brasília. UNICEF, 1991, 37 p.
119. WALLACE HM, et al. Community study of infant mortality in San Diego County. J. Trop. Pediatric. 1994, Jun. v.40, n.3, p. 172-8.
120. WILCOX MA, et al. The effects of social deprivation on birthweight, excluding physiological and pathological effects. Br. J. Obstet. Gynecol. 1995, Nov. v.102, n.11, p. 918-24.
121. WILDSCHUT HI, et al. Are sociodemographic factors predictive of preterm birth ? A reappraisal of the 1995 British Perinatal Mortality Survey. Britanic Journal Obstetric-Gynecologyc. 1997. Jan, n. 104, v.1. p. 57-63.
122. YANAKIEW, M. América Latina pode passar por novo teste. FOLHA de SÃO PAULO/Conjuntura. Domingo, 21 de maio de 2000. P. B3.
123. ZISMAN, M. Nordeste pigmeu: uma geração ameaçada. Recife: CEDIP, 1987. 68 p.; p. 123-131.

8. ANEXOS

Anexo 1- Instrumento de coleta de dados.

Anexo 2- Esquema de operacionalização de nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico e sub-proletariado.

Anexo 3- Esquema de operacionalização da nova pequena burguesia, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado.

Anexo 4- Esquema de operacionalização da burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional.

Anexo 5 - Testes estatísticos referentes à caracterização sócio-demográfica familiar. (Tópico 4.1, tabelas 4 a 9).

Anexo 6 - Testes estatísticos referentes à assistência pré-natal.
(Tópico 4.2, tabelas 10 a 11)

Anexo 7 - Testes estatísticos referentes à assistência ao parto e ao recém-nascido. (Tópico 4.3, tabelas 12 a 18;

Anexo 8 - Testes estatísticos referentes às relações existentes entre
As condições de nascimento e desigualdade social.
(Tópico 4.3, tabelas 19, 21 e 22)

Anexo 1 - Instrumento de coleta de dados.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPTº SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

***CONDIÇÕES DE NASCIMENTO
E DESIGUALDADE SOCIAL***

**F O R M U L Á R I O
D E P E S Q U I S A**

Nome do Entrevistador: _____

P.S.: Informações confidenciais. Sigilo pessoal garantido. Divulgação em dados globais.

JOÃO PESSOA, PB/2000

Caso nº _____

PARTE A - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICA:

1. Nº de ordem: _____

Nº do prontuário: _____

1. Data: ____/____/____

3. [MATERN] Maternidade: ()

1 = Cândida Vargas

2 = São Vicente

3 = Frei Damião

4 = Edson Ramalho

5 = Santa Maria

6 = H. Universitário

7 = H. Guarnição

8 = Lady Center.

4. [SETOR]: () 1 = Público. 2 = Conveniado/Privado.

Nome da parturiente: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Área: _____

5- [MAEIDAD] Idade: () anos completos.

6- [ESTCIV] Estado civil no momento do parto: ().

1= solteira

2= casada

3= viúva

4= desquitada

5= divorciada.

7- [TPUNIAO] Tipo de União Conjugal no momento do parto: ().

1= legal

2= livre

3= sem união conj.

4= ignora

8- [TMOUNI] Tempo de união: () [anos completos].

DETALHAR CASOS ESPECIAIS EM RELAÇÃO AOS ITENS 5, 6 e 7.

(Obs.: Destacar no registro da fala da mãe como se definiu aquela situação matrimonial).

9- [CHEFEF] Chefe de família: () 1=Homem 2=Mulher 3= Outros.

10- [SUSTAF] Principal responsável pelo "sustento" da família: ()

1=Homem

2=Mulher

3= Outros.

Caso nº _____

CASO A PARTURIENTE NÃO SEJA A PRÓPRIA RESPONSÁVEL PELO "SUSTENTO" DA FAMÍLIA OU POR SI MESMA INDAGAR SE:

11- [PARTUR] A parturiente é: ().

1= co-responsável pelo sustento da família

2= dependente

3= outro (especificar) _____

4= não se aplica (Part. = Resp.)

Composição e caracterização da família ou grupo de convivência no momento do parto:

Nº	Nome	Rel. c/ Resp.	Idade Anos/ Meses	Sexo 1-M 2-F	Escolaridade Série Completa/ + Tipo Curso (**)	C/Ocu p Rem. 1-Sim 2-Não 3-Ign.	Renda (Ocup./Outros R\$)	Obs.(***)
1		(*) Resp.						
2		Part./Resp.						
3		RN						
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

(*) NO CASO DA PARTURIENTE SER O RESPONSÁVEL PELO "SUSTENTO" DA FAMÍLIA OU POR SI MESMA ANOTAR SOMENTE A PARTIR DA LINHA

2 REGISTRANDO ESSA CONDIÇÃO NA COLUNA "RELAÇÃO COM O RESPONSÁVEL" COM O TERMO "RESP".

(**) ESPECIFICAR TIPO DE CURSO QUANDO SE TRATAR DE CURSO TÉCNICO, UNIVERSITÁRIO OU ASSEMBLHADO

(***) ANOTAR QUANDO O RESP. NÃO MORA COM A FAMÍLIA DA PARTURIENTE (EX: PAI, EX-MARIDO, ETC)

12- [SEGURO] Tipo de seguro social declarado pela parturiente: ()

1= SUS

2= Particular

3= IPEP

4= Convênio Empresa

5= Tem seguro social, mas ignora o tipo.

6=Outro (esp.): _____

13- [SEGURO]Tipo de seguro social usado na presente internação: ()

1= SUS	2= Particular	3= IPEP
4= Convênio Empresa	5= Não sabe informar.	
6=Outro (esp.):_____		

OCUPAÇÃO PRINCIPAL DA PARTURIENTE E DO RESPONSÁVEL PELO "SUSTENTO DA FAMÍLIA" :

Descrever detalhadamente a OCUPAÇÃO PRINCIPAL (remunerada) no momento do parto ou a última, nos casos de desemprego, aposentadoria, licença, afastamento:

14. [OCUPPP] DA PARTURIENTE: ().

1= Dona de casa.	2= Doméstica.	3= Pequena comerciante.
4= Servente.	5= Copeira.	6= Funcionária pública.
7= Operária.	8= Professora.	9= Agricultora.
10= Caixa Executiva.	11= Serviços Gerais	12= Nunca trabalhou.
		13= Outras.

15. [OCUPPR] DO RESPONSÁVEL pela família: ().

1= Comerciante.	2= Professor.	3= Agricultor
4= Servente	5= Mestre de obras.	6= Funcionário público.
7= Vendedor.	8= Gerente de loja.	9= Operário.
10= Taxista	12= Serviços Gerais.	13= Nunca trabalhou.
14= Outras	15= Ignora.	

DESCREVER CASOS DE TRABALHO PRECÁRIO ("BICOS") /ATIVIDADES "MARGINAIS"/
E ASSEMELHADOS. Assinalar se regular, esporádica ou não desenvolve

a. DA PARTUTIENTE: () regular () esporádica () não desenvolve

b) DO RESP. FAM.: () regular () esporádica () não desenvolve

Possui Carteira Assinada ou Contrato de Trabalho?

16. [CATRABP] PARTURIENTE: () 1=Sim 2= Não 3= não trabalha

Se 1 (sim): especificar: a) para atividade principal ().

b) para trabalho precário/marginal ().

17. [CATRABR] RESPONSÁVEL: () 1=Sim 2=Não 3=Não trabalha 4 = P=R 5= Ignora.

Se sim (especificar): a) para atividade principal ().

b) para trabalho precário/marginal ().

Para o desempenho da ocupação (em relação à atividade principal) foi exigido algum
CURSO ESPECIAL do tipo técnico, universitário, de especialização, pós-graduação, etc ?

18. [CURSOP] PARTURIENTE: (). 1= sim 2= não 3= não trabalha.

Se 1 (sim), esp.: _____

19. [CURSOR] RESP. FAM.: () 1=sim 2=não 3= não trabalha 4= n.a.(P=R) 5=ignora.

Se 1 (sim) , esp.: _____

Qual o NOME do estabelecimento em que trabalha(va), o RAMO de atividade (agric.,
pecuária, extração, ind., com., serviços, etc.) e o LOCAL de instalação da unidade econômica:

20. [RAMOCP] PARTURIENTE: ().

1=Agricultura. 2=Pecuária. 3=Extração. 4=Indústria. 5=Comércio. 6=Serviços.

Nome estabelecimento: _____

21. [LOCALP] Local: domicilio ? (). 1= sim 2= não 3= não trabalha.

Se 1 (sim), esp.: _____

22. [RAMOCR] RESP. FAM.: ().

1=Agricultura. 2=Pecuária. 3=Extração. 4=Indústria. 5=Comércio. 6=Serviços.

Nome estabelecimento: _____

23. [LOCALR] Local: domicilio ? () 1=sim 2=não 3=não trabalha 4= n. a.(P=R) 5=ignora.

Se 1 (sim), esp. : _____

Caso nº _____

SOBRE A SITUAÇÃO DE TRABALHO da parturiente e do resp. pela família:

(CIRCULAR O NÚMERO DA CATEGORIA MENCIONADA)

24. [SITTRP]

25. [SITTRR]

	PART.	RESP.FAM.
-Trabalho por conta própria, sem empregado	1	1
-Trabalho por conta própria, com empregado (remunerado)	2	2
-Trabalho por conta própria, com "empregado" (não remunerado)	3	3
-Trabalho por conta própria, com empregado remunerado e não remunerado	4	4
-Sócio ou dono de firma: () comercial; () industrial; () bancária; () serviços; () outra (*)	5	5
-Empregado de firma: () comercial; () industrial; () bancária; () serviços; () outra (*)	6	6
-Funcionário gov., instituto ou outra organização para-estatal.	7	7
-Outra, (esp.)	8	8
-Não se aplica (Part. = Resp)	---	9
- Ignora	10	10

Caso nº _____

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS EM RELAÇÃO AS CATEGORIAS DO ITEM ANTERIOR.

PARA QUALQUER DAS CATEGORIAS (PROPRIETÁRIOS E/OU EMPREGADOS) : essa situação de trabalho é permanente (estável) ou variável (instável) ? Especificar o tempo e demais detalhes relevantes:

26. [TIPSITP]. PARTURIENTE: () 1= permanente 2= variável 3= não trabalha.

27. [TEMPOP]. Tempo: () EM ANOS.

Detalhes relevantes: _____

28. [TIPSITR]. RESP. FAM.: () 1= permanente 2= variável 3= não trab. 4= P=R 5=ignora.

29. [TEMPOR] Tempo: () EM ANOS.

Detalhes relevantes: _____

SOMENTE PARA AS CATEGORIAS 1, 2, 3, 4 e 5 (PROPRIETÁRIOS) : "emprega" ou não trabalhadores familiares ou agregados ? Especificar o nº e demais detalhes relevantes :

30. [PEMPRG]. PARTURIENTE: ().

1= "emprega" 2= não "emprega" 3= não trab. 4= n. a. (não prop.)

31. [NEMPASL]. Nº de assalariados : () 32. [NEMPNAS] Nº de não assal. : ().

Especificar detalhes relevantes : _____

33. [REMPRG]. RESP. FAM.: ()

1= "emprega" 2= não "emprega" 3= não trab. 4= n. a. (P=R) 5=n.a.(não prop.) 6=ignora.

34. [NEMPASL]. Nº de assalariados : () . 35. [NEMPNAS]. Nº de não assal. ().

Especificar detalhes relevantes : _____

SOMENTE PARA AS CATEGORIAS 2, 3, 4 e 5 (PROPRIETÁRIOS COM EMPREGADOS) :
só administra ou também auxilia os empregados nas tarefas para as quais foram
contratados e remunerados ? :

36. [SADMTP]. PARTURIENTE: ().

1= só adm. 2= aux. tarefas 3= não trab. 4= n. a. (não empregadora)

Por que ? _____

Se auxilia, como ? _____

37. [SADMTR]. RESP. FAM.: ().

1= só adm. 2= aux. Tarefas 3= não trab. 4= n. a. (N emp.) 5= (P=R) 6= ignora.

Por que ? _____

Se auxilia, como? _____

SOMENTE NAS CATEGORIAS 1, 2, 3, 4 e 5 (PROPRIETÁRIOS): possui ou é locador de
bens, tais como: local da unidade econômica (não residência), máquinas, veículos, etc.?

38. [BENSP]. PARTURIENTE: (). 1= sim 2= não 3= não trab. 4= n. a. (não prop.)

Especificar do que é proprietário ou locador : _____

39. [BENSR]. RESP. FAM. : (). 1= sim 2= não 3= não trab. 4= n.a.(não prop.)

5= (P=R) 6= ignora

Por que? _____

Especificar do que é proprietário ou locador: _____

Caso nº _____

OBS: APLICA-SE PARA TODAS AS CATEGORIAS PROPRIETÁRIOS + EMPREGADOS + PROFISSIONAIS LIBERAIS.

Número de pessoas trabalhando PARA ou SOB suas ordens:

40.[PORDP]() 41.[PORDR]()

	PARTUR.	RESP. FAM.
- nenhuma	01	01
- sim, 1	02	02
- sim, 2 a 5	03	03
- sim, 6 a 10	04	04
- sim, 11 a 20	05	05
- sim, 21 a 49	06	06
- sim, 50 a 99	07	07
- sim, 100 ou mais	08	08
- não exercia nenhum tipo de atividade econômica (assinalar a que tipo de atividade se refere): () regular () precária () marginal () não trabalha	09	09
- não se aplica (P = Resp.)	---	10
- Ignora	---	11

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS PARA CATEGORIAS ACIMA : Especificar se essa situação de ter, ou não, esse nº. de pessoas trabalhando no momento do parto é permanente ou instável:

42. [SITUAP]. PARTURIENTE: ().

1=permanente 2=instável 3=não trabalha 4=n. a. (não tem subordinados)

43. [TEMPP]. Precise em tempo: () EM ANOS.

Descreva detalhes relevantes _____

44. [SITUAR]. RESP. FAM : ().

1=permanente 2=instável 3=não trabalha 4=(P=R) 5=n. a. (não tem sub.) 6= Ignora.

45. [TEMPR]. Precise o tempo: () EM ANOS.

Descreva detalhes relevantes : _____

CONDIÇÃO DE ATIVIDADE da parturiente e do responsável, por ocasião do parto,
em relação às diferentes formas de ocupação:

46. [CATIVP] () 47. [CATIVR] ().

	PARTUR.	RESP. FAM.
- trabalhando de "forma regular"	1	1
- em licença	2	2
- afastada (o)	3	3
- desempregada (o)	4	4
- subempregada (o)	5	5
- aposentada (o) senso lato	6	6
- aposentada (o) por doença	7	7
- na caixa	8	8
- incapacitada (o) para o trabalho	9	9
- inativa (o)	10	10
- desocupada (o)	11	11
- com atividade "marginal"	12	12
- estudante	13	13
- dona de casa	14	14
- outra	15	15
- (Part. = Resp.)	---	16
- ignora	17	17

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS PARA CATEGORIAS DA QUESTÃO ACIMA.

48. [TEMPOP]. Tempo da presente condição (PARTURIENTE) : () EM MESES/ANOS.

- OBS: TIPO/MOTIVO dessa condição : _____

49. [TEMPOR] Tempo da presente condição (RESP. FAMÍLIA): () EM MESES/ANOS.

- OBS: TIPO/MOTIVO dessa condição : _____

NOS CASOS DE: DESEMPREGO/SUBEMPREGO/DESOCUPAÇÃO/AFASTAMENTO DO EMPREGO SEM REMUNERAÇÃO DA PARTURIENTE E/OU RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA (QUESTÃO Nº 14) "SONDAR" COMO SOBREVIVE NESTA CONDIÇÃO:

50. [SOBREVP] A PARTURIENTE: ().

1=Depende do marido

4=Recebe ajuda de outros familiares

6=Dependente do padrasto.

2=Depende dos pais

5=Recebe ajuda de outros.

7=Não se aplica. (trab.)

3=Recebe ajuda do sogro/(a)

51. [SOBREVR]: O RESP. FAM.: ().

1=Depende da mulher

4=Recebe ajuda de outros familiares

6=Não se aplica (trab.).

2=Depende dos pais

5=Recebe ajuda de outros.

7=Dependente da mãe.

3=Recebe ajuda do sogro/(a)

52. [SOBREVF] A FAMÍLIA COMO UM TODO: ().

1=Ajuda dos irmãos.

4=Recebe ajuda do sogro(a).

7=Casal + Sogro(a).

2=Ajuda da mãe.

5= Sogra + irmãos.

8=Mãe + irmãos.

3=Trabalho do casal.

6=Todos trabalham.

9=Depende do padrasto.

OBSERVAÇÕES EM RELAÇÃO AOS DADOS DE RENDA/OCUPAÇÃO
1) Grau de confiabilidade ("precisão") das informações prestadas:
2) Outras obs. adicionais relevantes :

**PARTE B - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICO-
EPIDEMIOLÓGICA DA PARTURIENTE.**

1. [NGRAV].Quantas vezes a Sra. ficou grávida? N°: ().

NO CASO DA PRESENTE GESTAÇÃO SER A ÚNICA PASSAR DIRETO P/ QUESTÃO 19.
CASO CONTRÁRIO PREENCHER QUADRO ABAIXO.

História das gestações :

N°	Data do Término	Nascido: 1= vivo 2=morto	Peso (g)	Aborto 1. AE 2. AP 3. AT 4. n.inf	Duração de Gravid. (*)	Tipo de Parto	Se ainda vivo, Idade	Se já morreu, Idade	Local de Nasc.	Sexo 1. M. 2. F.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

(*) Referir em semanas ou meses a gravidez/ aborto.

Caso n° _____

Atividade Sexual (especificar a idade em anos completos).

2. [IDMEN]. Idade da menarca: ()
3. [ATIVSX]. Início de relação sexual: ()
4. [1GEST]. Idade da primeira gestação: ()
5. [FPNATAL]. Fez pré-natal durante essa ultima gestação ? () 1= sim 2= não
6. [MOTIVO]. Se não fez pré-natal descrever o motivo: ().
- 1= Não quis fazer 2=Opinião de 3°s. 3=Não sabia que existia
- 4=Morava longe 5=Não tinha dinheiro/transporte. 6= Considerava desnecessário.

COMO NÃO FEZ PRÉ-NATAL PASSAR PARA A Q. 13.

Local:	Endereço:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Se fez, especificar número de consultas no pré-natal por mês/ trimestre:

7. [CONS1TR] () 8. [CONS2TR] () 9. [CONS3TR] ()

1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre
1° mês:_____	1° mês:_____	1° mês:_____
2° mês:_____	2° mês:_____	2° mês:_____
3° mês:_____	3° mês:_____	3° mês:_____

CASO NÃO SAIBA INFORMAR POR TRIMESTRE, ESPECIFICAR N° TOTAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL:

10. [TTCONS] Número: () 0= Ignora.
11. [1MESCPN]Especificar o mês da 1a. consulta: () 0= Ignora.
12. [UMESCPN]. Especificar o último mês da consulta do pré-natal: () 0= Ignora.
13. [PESOPGT]. Peso pré- gestacional (g): ().
14. [ESTAT]. Estatura (Cm): ().
15. [GANPESO]. Ganho de peso durante a gestação (Kg): ()

Caso n° _____

16. [INTERC]. Houve intercorrências durante a gravidez ? () 1=sim 2= não.

Se 1 (sim), descrever tipo e orientação médica.

17. [TIPO]. ()

1=Anemia

2=Infecção respiratória.

3=Ameaça de aborto.

4=Mialgia

5=Sífilis

6=Hemorragia.

7=Infecção urinária.

8=Pressão alta.

9=Outras.

1° tipo: _____

Orientação: _____

2° Tipo: _____

Orientação: _____

3° Tipo: _____

Orientação: _____

(no caso de maior n° de intercorrências, usar o verso da folha).

18. [FUMAG]. Fumou durante a gravidez ? (). 1=sim 2=não

Se 1 (sim).

19. [NCGRR]. Quantos cigarros/dia: () 20. [TEMPO] Por quanto tempo ? () dias.

OBS.: descrever casos de variação do uso de fumo durante a gravidez: _____

21. [FPASS]. Existiu **fumantes** com os quais manteve contato diário durante a gravidez (fumante passiva)? (). 1= sim 2= não 3= ignora.

Se 1 (Sim)

22. [NPESS]. N° de pessoas: ()

23. [NCIGRR]. Total aproximado de cigarros/dia: () 0=Ignora.

Na sua opinião, o hábito de fumar durante a gravidez pode prejudicar a saúde da mãe e da criança ?

24. [FPREJM]. Da mãe: () 1=Sim 2= Não 3= ignora.

Por que ? _____

25. [FPREJC]. Da criança: () 1=Sim 2= Não 3= Ignora.

Por que ? _____

SE A MULHER NÃO É FUMANTE PASSAR PARA QUESTÃO 28.

E no seu caso, a Sra. acha que o cigarro chegou a ser prejudicial, nessa gestação, para a sua saúde e a de seu filho ?

26. [PREJGP]. Da parturiente: () 1=Sim 2= Não 3= Ignora 4= n. a. (não fuma)
Por que: _____

27. [PREJGR]. Do recém-nascido: () 1=Sim 2= Não 3= ignora 4= n. a. (não fuma)
Por que: _____

28. [BEBEU]. Ingeriu alguma **bebida** alcoólica durante esta gestação ? ()
1= Sim 2= Não.

29. [SFREQ]. Se 1 (sim), em que frequência bebeu: ().
1=Diariamente 2=Freqüentemente 3= Ocasionalmente 3= Não se aplica

30. [QUANT]. A quantidade que bebeu é, na sua opinião: ().
1= pequena 2= moderada 3= grande 4= não se aplica

31. [TIPOS]. Tipos de bebidas consumidas durante esta gravidez: ().
1= Cerveja 2=Alcool 3=Vinho 4=Refrigerante
5=Cerveja+Álcool 6=Vinho+Cerveja 7=Refrigerante+Cerveja
8=Outras.

Na sua opinião a bebida alcoólica durante a gravidez pode prejudicar a saúde da mãe e da criança ?

32. [BPPREJG]. Da mãe: () 1=sim 2= não 3=ignora
Por que: _____

33. [BPPREJC]. Da criança: () 1=sim 2= não 3= ignora
Por que: _____

**PARTE D - INFORMAÇÕES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DO
NEONATO: (PRONTUÁRIO MÉDICO HOSPITALAR)**

55. [CONDNA]. Condição ao nascer: () 1= natimorto 2= vivo
56. [SEXO]. Sexo: () 1= Masculino 2= Feminino
57. [PESON]. Peso ao nascer (g): ()
58. [CCOMPN]. Comprimento ao nascer(Cm): ()
59. [PRCEF]. Perímetro cefálico (Cm): ()
60. [PRTOR]. Perímetro torácico (Cm): ()
61. [APGAR1]. Apgar no 1° minuto: ()
62. [APGAR5]. Apgar no 5° minuto: ()
63. [CAPURR]. Idade gestacional, em semanas. (CAPURRO): ()
64. [ADEQUA]. Adequação peso/ idade gestacional: ().
1= Adequado 2= Pequeno 3=Grande.
65. [CINTER]. A criança permaneceu internada: () 1= sim 2= não
66. [DOENC]. Doenças do recém-nascido **durante a internação** hospitalar
(até o 7° dia de vida): (CLAP) ()

1= Nenhuma

2= Membrana hialina

3= Síndrome aspirativa

4= Outras síndromes respiratórias

5= Apneas

6= Trauma mecânico

7= Hemorragia

8= Hiperbilirrubinemia

9= Anomalias congênitas

10= Síndromes neurológicas

11= Infecções

12= Outras:(especificar):_____

Caso nº _____

Sumário descritivo das doenças do recém-nascido e condição clínica, enquanto estiver internado no hospital nos sete primeiros dias:

1º Dia:	
2º Dia:	
3º Dia:	
4º Dia:	
5º Dia:	
6º Dia:	
7º Dia:	

Caso nº _____

67. [EXAMESC]. Principais exames complementares: ()

1= V.D.R.L.

2=Tipagem sangüínea

3= Hemograma

4= Urina

5= Sorológico

6= E.C.G.

7= Outros.

	Doenças	Tipo de exame	Data	Resultados
1° Dia:				
2° Dia:				
3° Dia:				
4° Dia:				
5° Dia:				
6° Dia:				
7° Dia:				

Conduta médica (em relação às doenças diagnosticadas):

[illegible]

Caso n° _____

68. [CONDATR]. Condições de alta hospitalar do recém-nascido: ().

1= Alta em boas condições: _____ Horas: _____ Dias: _____

2= Alta em condições regulares: _____ Horas: _____ Dias: _____

3= Alta por óbito: _____ Horas: _____ Dias: _____

4= Sem informação.

69. [CONDTP] .Condições de alta da parturiente: ().

1= Alta em boas condições: _____ Horas: _____ Dias: _____

2= Alta em condições regulares: _____ Horas: _____ Dias: _____

3= Alta por óbito: _____ Horas: _____ Dias: _____

4= Sem informação.

Outras informações consideradas importantes sobre o recém-nascido:

Outras informações consideradas importantes sobre a parturiente:

Anexo 2 - Esquema de operacionalização de nova burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico e subproletariado.
(Lombardi, et al., 1988)

Anexo 3 - Esquema de operacionalização da nova pequena burguesia, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado.
(Lombardi, et al., 1988)

Anexo 4 - Esquema de operacionalização da burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional.
(Lombardi, et al., 1988).

Anexo 5 - Testes estatísticos das tabelas 4 a 9, correspondentes ao item
4.1 - Caracterização da sócio-demográfica familiar

Tabela 4 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo o tipo de famílias. João Pessoa/PB, 2000.

Tipo de famílias	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
Nuclear atípica e vive só	35	93	1,43	0,66 - 3,04	0,4222	0,64
Nuclear típica	42	142	1			
Nuclear atípica composta	60	136	0,95	0,38 - 2,32	0,9232	0,01
Extensa típica e atípica	25	62	1,15	0,66 - 2,00	0,5953	0,28
Total	137	372				

Tabela 5 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo o tipo de união conjugal das parturientes. João Pessoa/PB, 2000.

Tipo de união conjugal	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
Solteira/separada/viúva/desquitada*	35	93	0,85	0,51 - 1,44	0,5281	0,40
União Livre	42	142	0,67	0,41 - 1,09	0,0873	2,92
União legal	60	136	1			
Total	137	372				

(*) vivem sós.

Tabela 6 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, odds ratio, intervalo de confiança, segundo os responsáveis pelas famílias. João Pessoa/PB, 2000.

Responsável Pela família	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
Parturiente ou parentes assemelhados do sexo feminino	12	32	1,04	0,49 - 2,20	0,9048	0,01
Pai da parturiente ou parentes assemelhados do sexo masculino	20	55	0,99	0,54 - 1,79	0,9114	0,01
Marido ou companheiro da parturiente	102	278	1			
Outros familiares da parturiente	3	7	1,19	0,24 - 5,23	0,8010	0,06
Total	137	372				

Tabela 7 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, odds ratio, intervalo de confiança, segundo a idade das parturientes no momento do parto. João Pessoa/PB, 2000.

Idade materna (Em anos completos)	Baixo peso	Não Baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
< 15	1	2	1,24	0,78 - 1,97	0,3382	0,92
15 a 19	42	93				
20 a 24	45	125	1			
25 a 29	36	97				
30 a 34	8	38	0,58	0,24 - 1,36	0,1762	1,83
35 a 39	4	14	0,81	0,25 - 2,42	0,6813	0,17
40 e +	1	3				
Total	137	372				

Tabela 8 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo a idade na primeira relação sexual. João Pessoa/PB, 2000.

Faixa Etária (Em anos completos)	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
< 15	14	54	0,83	0,35 - 1,95	0,6462	0,21
15 a 19	95	235	1,30	0,71 - 2,38	0,3674	0,81
20 a 24	19	61	1			
25 e +	9	22	1,31	0,47 - 3,65	0,5671	0,33
Total	137	372				

Tabela 9 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo a paridade da mulher. João Pessoa/PB, 2000.

Faixa Etária (Em anos completos)	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
Primípara	74	161	1,53	1,00 - 2,35	0,0382	4,29
Secundípara	56	187	1			
Tercípara	4	22	0,61	0,17 - 1,97	0,3733	0,79
Grande múltipara	3	2	5,01	0,66 - 44,08	0,0552	3,68
Total	137	372				

Anexo 6 - Testes estatísticos das tabelas 10 a 11, correspondentes ao item
4.2 - Caracterização da assistência pré-natal

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo o número de consultas de pré-natal.
João Pessoa/PB, 2000.

Número de consultas de pré-natal	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x ²
1 a 4	21	51	1,07	0,58 - 1,97	0,8103	0,06
5 a 8	76	198	1			
9 e +	18	78	0,60	0,32 - 1,11	0,0821	3,02
Não fez Pré-natal	22	45	1,27	0,69 - 2,35	0,4091	0,68
Total	137	372				

Tabela 11 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o número de consultas em relação ao trimestre de início do pré-natal.
João Pessoa/PB, 2000.

Grupos estudados	Número de consultas	Período da gravidez			OR	Intervalo de confiança	p	x ²
		1º Trim	2º Trim	3º Trim				
Baixo Peso	1 - 4	9	5	7	1,21	0,66 - 2,19	0,5061	0,44
	5 - 8	46	13	17				
	9 e +	14	2	2				
Sub-total		69	20	26				
Não baixo peso	1 - 4	9	20	22				
	5 - 8	123	35	40	1			
	9 e +	76	-	2				
Sub-total		208	55	64				

Anexo 7 - Testes estatísticos das tabelas 12 a 18, correspondentes ao item 4.3 - Caracterização da assistência ao parto e ao recém-nascido.

Tabela 12 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo o sexo. João Pessoa/PB, 2000.

Sexo do Recém-nascido	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	χ^2
Masculino	67	213	1			
Feminino	70	159	0,71	0,47 - 1,08	0,0932	2,82
Total	137	372				

Tabela 13 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo a condição de sobrevivência. João Pessoa/PB, 2000.

Condição de Sobrevivência	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	χ^2
Óbito	3	11	0,73	0,16 - 2,89	0,6391	0,22
Sobrevivência	134	361	1			
Total	137	372				

Tabela 14 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso segundo o tipo de serviço utilizado e tipo de parto das mulheres. João Pessoa/PB, 2000.

Grupos estudados	Tipos de serviços	Tipo de parto		OR	Intervalo de confiança	p	x²
		Vaginal	Cesáreo				
Baixo Peso	Público	70	58	5,83	0,95 - 38,87	0,0590	3,57
Não baixo peso		183	155				
Sub-total		253	213				
Baixo Peso	Privado*	5	4	1			
Não baixo Peso		6	28				
Sub-total		11	32				

(*) Incluídos nesta categoria os privado/conveniados.

Tabela 17 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo a adequação peso/idade gestacional. João Pessoa/PB, 2000.

Adequação	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x ²
PIG	41	11	25,35	11,43 - 57,35	0,000	108,52
Não PIG	40	272	1			
Total	137	372				

Tabela 18 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo a internação hospitalar. João Pessoa/PB, 2000.

Internação	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x ²
Sim	18	16	3,37	1,57 - 7,25	0,0007	12,52
Não	119	356	1			
Total	137	372				

Anexo 8 - Testes estatísticos referentes às relações existentes entre
As condições de nascimento e desigualdade social.
(Tópico 4.4, tabelas 19, 21 e 22)

Tabela 19 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo as categorias de classes sociais. João Pessoa/PB, 2000.

Categorias de classes sociais	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
Proletariado	118	306	1,34	0,75 - 2,42	0,3653	0,82
Burguesia	19	66	1			
Total	137	372				

Tabela 21 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo a renda *per capita*. João Pessoa/PB, 2000.

Renda per capita (em salário mínimos)	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	x²
Pobre ($< 0,5$)	26	72	1,12	0,64 - 1,94	0,7741	0,08
Não pobre ($> 0,51$)	71	220	1			
Total	97*	292*				

(*) foram excluídos 40 casos e 80 controles sem informação da renda.

Tabela 22 - Distribuição dos recém-nascidos de baixo peso e não baixo peso, *odds ratio*, intervalo de confiança, segundo a escolaridade materna no momento do parto. João Pessoa/PB, 2000.

Nível de escolaridade	Baixo peso	Não baixo peso	OR	Intervalo de confiança	p	χ^2
Analfabeto + básico incompleto	23	72	0,78	0,38 - 1,59	0,5680	0,33
Básico completo + fund. Incompleto	64	164	0,95	0,53 - 1,71	0,9721	0,00
Fundamental comp. + Médio incompleto	25	75	0,81	0,40 - 1,64	0,5336	0,39
Médio completo + superior Incompleto Superior completo	25	61	1			
Total	137	372				