Raimundo Antonio da Silva

O LUGAR DO BIOLÓGICO E DO SOCIAL NA MORBIMORTALIDADE PERINATAL

**ESTUDO DE CASO EM AMOSTRA DE PARTURIENTES E RECÉM-NASCIDOS
ATENDIDOS EM HOSPITAIS DE SÃO LUIS DO MARANHÃO**

*Tese apresentada à Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo ,
Departamento de Saúde Materno-Infantil,
para obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.*

*Orientadora:
Prof^a AUGUSTA THEREZA DE ALVARENGA*

**São Paulo
1991**

Aos meus irmãos: ANTONIA, AJÊJE, JOSÉ JOÃO E FAMÍLIA.

Ao meu tio DJALMA E FAMÍLIA.

A IARA, minha filha.

A LUCIANE e nossos projetos.

Dedico este trabalho à memória de pessoas queridas:

GUIOMAR e JOÃO (meus pais)

VOZINHA (minha centenária AVô)

Prof. CYRO CIARI Jr (mestre e amigo)

Profª FLORITA ARENO (amiga)

Drª MARIA ARAGÃO (amiga)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado da ebulição de muitas emoções. Seu término, durante a Primavera, representa o celebrar enaltecido da Amizade, do Carinho, da Afinidade, do Amor, de todas as pessoas que direta ou indiretamente, nele registraram sua energia. A todos a minha gratidão.

A CAPES - PICD, pela bolsa concedida.

A Secretaria de Saúde Pública do Maranhão, pela minha liberação para fazer o curso.

Ao Departamento de Saúde Pública-UFMA, onde exerço as minhas funções, registro o meu agradecimento a todos os seus integrantes.

A minha orientadora, Profª Augusta Alvarenga, pela iluminada maneira de nortear o fazer este trabalho.

A Profª Cristina Tanaka, pela participação valiosa, desatando nós, em momentos decisivos.

A Profª Keiko Buralli, minha dileta amiga, demonstrando o que é tê-la como amiga.

A Profª Fumika Peres pela contribuição estimulante.

Ao Prof. Franco de Siqueira, que registrou a sua presença, durante todo o processo do crescimento e desenvolvimento do trabalho.

Ao Prof. Jair Lício, pela sua orientação no processo amostral, bem como dirimindo dúvidas em situações emergentes.

À Profª Sabina Léa, pelas suas sugestões pertinentes e valiosas.

À Profª Fabiola Zione Gomes, por tudo.

À Profª Nêia Schor pela ajuda na reta final.

Ao Prof. Rosenberg e Profª Ondina Rosenberg, que me orientaram no início do curso.

Aos Professores Woiski, Amaral de Mattos, Nazareth Neiva e Sebastião Ferreira, pelas orientações durante o início da minha formação.

Ao Prof. William Harris, pela realização do Summary.

Ao Fernão Lima, pelos serviços de computação.

Aos Professores Hélio Maciel e Antonio Moron, pela acolhida em sua sala, permitindo um espaço para trabalhar.

À Angela Maria e Dayse Noronha, pela revisão da referência bibliográfica.

Aos Professores Alvaro Escrivão Jr. e Maria Ayrecila Novochadlo pelas leituras e discussões.

Aos companheiros do Centro de Saúde "Dr. Paulo Ramos" - Nonato, Ayrecila, Salomão, Alexandrino, Marinho.

Aos companheiros do Curso de Saúde Pública-MA.

Aos companheiros da Diretoria do Sindicato dos Médicos.

Aos diretores e funcionários dos Hospitais onde a pesquisa foi realizada.

A todas as parturientes que aquiesceram em responder o questionário.

A Iara Macedo por tudo.

Ao Cicero pela impressão gráfica.

A UFMA, onde me formei e a quem hoje presto os meus serviços.

A CPG da Faculdade de Saúde Pública - USP.

Deixo o meu reconhecimento à Comissão Julgadora da minuta de tese, pelas excelentes críticas e pertinentes sugestões que só contribuíram para o enriquecimento da versão final.

Finalizando, registro o meu carinho à poderosa equipe geradora de forças para este trabalho: Alvarenga, Ogura, Peres, Fernão, Chammé, Iara, Marrey, Ana, Valéria, Carol e Filhos, Meire, Cornélia, Sonia, Elba, Dinorah, Sérgio, Celso, Roberto, Fabiola, Fanny, Schor, Alvaro, Sirliane, Eliezer, José Antonio, Eloisa, Zezé, Elisa, Terezinha, Ana Cláudia, Iracema, Pessoa e Antonio Carlos. AXÉ!

RESUMO	i
SUMMARY	ii
1. INTRODUÇÃO	2
2. HIPÓTESES E OBJETIVOS DO TRABALHO	30
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	33
3.1. POPULAÇÃO AMOSTRAL	34
3.2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO	36
3.3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	45
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO AMOSTRAL	47
4.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICA E EPIDEMIO- LÓGICA DA POPULAÇÃO AMOSTRAL - O PAPEL DA IDA- DE E DE PARIDADE	70
4.3. O PRÉ-NATAL: CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA A POPULAÇÃO AMOSTRAL	84
4.4. CONDIÇÕES DE PARTO E TIPO DE ASSISTÊNCIA	115
4.5. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E ASSISTÊNCIA AO RECÉM- NASCIDO	130
4.6. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIAL DE RECÉM-NASCIDOS COM EVENTOS NEGATIVOS NA POPULAÇÃO AMOSTRAL	170

5. CONCLUSÕES	188
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191

ANEXOS

Partindo de hipóteses básicas onde o processo saúde-doença no período perinatal apresenta-se, por um lado, como expressão de condições particulares às quais famílias estão submetidas, de maneira diferencial, em função de sua adscrição de classe e, por outro, como expressão da articulação de um conjunto de condições biológicas e sociais em permanente relação, o presente trabalho procura, em uma amostra de parturientes e recém-nascidos de hospitais de São Luis do Maranhão, refletir sobre o assunto. Conclui pela pertinência do emprego do conceito sociológico de classe social ao estudo de eventos perinatais que, articulado a esquemas teóricos mais elaborados do campo da Perinatologia, permite ampliar o nível de explicação do fenômeno.

This work searches for empirical sustenance concerning reflection on basic hypotheses whereby the health dickness process in the perinatal periodo expresses particular conditions which families are undergoing especially as to their insertion in social classes, on one hand, and especially, on the other, articulation of biological and social conditions in permanent relation. It is based on a sample of women-in-labour and newborn children in hospitals in São Luis do Maranhão, Brazil. It is concluded that Sociological concept of social class is pertinent whilst studying perinatal events along with more elaborate theoretical schemes in the field of Perinatology.

"Não se pode compreender nem aceitar que em um país como o nosso continuem morrendo crianças por falta de cuidados indispensáveis à vida. A omissão é nossa. Há que recuperar o tempo perdido e agir com eficiência. Não é possível a mãe acalentar dentro de si por nove meses com amor e sacrifício, o filho que semanas depois é ceifado por incúria da sociedade".

Dom Luciano Mendes de Almeida - 1984

"La medicina es una ciencia social y la politica es medicina en gran escala".

Wirchow - 1849

1 . INTRODUÇÃO

As mortalidades materna e infantil como problemas de investigação no campo da saúde, destacam-se cada vez mais, e tem suas bases lançadas já na primeira metade do século com vasta literatura tanto do ponto de vista clinico-epidemiológico, quanto estatístico, que vem se ampliando até os dias atuais. Em nível internacional são representativas as obras como as de PELLER (1965), PUFFER & SERRANO (1968). Em termos nacionais os trabalhos de SIQUEIRA (1974), SILVEIRA (1984), SOUZA (1982), ARENO (1984), TANAKA (1984) e LAURENTI (1977), dentre outros, ilustram essa tendência.

Neste contexto ganham expressão questões teóricas e metodológicas presentes na análise do problema que vão progressivamente delineando uma nova área de investigação, intermediária entre a Obstetria e a Pediatria. É a Perinatologia que emerge a partir da preocupação com a elevada taxa de mortes de crianças, empiricamente observada em maior proporção nos primeiros dias de vida e que, a perspectiva tradicional não conseguia explicar.

ALVARENGA (1984) em sua análise sobre o emprego do conceito de risco na área de saúde materno-infantil, refaz a trajetória de emergência da Perinatologia como área intermediária e específica no campo da Saúde Coletiva/Pública. A princípio, centrado nessa categoria

particular de mortalidade, o conhecimento da área avança ao reconhecer a identidade existente entre a mortalidade fetal e aquela ocorrida na primeira semana de vida do recém-nascido(*). Ao orientar o conhecimento voltado para o estudo do binômio morbimortalidade, esse novo campo de conhecimento passa a eleger o conceito de baixo peso ao nascer como elemento teórico e metodológico básico por permitir articular vários outros conceitos que progressivamente emergem e propiciam a sistematização de um corpo de conhecimento específico da área.

Pela expressão que adquire, tanto para os estudos da mortalidade, quanto de morbidade, o emprego deste conceito de baixo peso ao nascer passa a ser responsável por grande parte da literatura produzida no campo, notadamente a partir da década de 50, quando problemas relativos ao crescimento físico e de desenvolvimento da criança - sobretudo o neurológico - podem ser, a partir deste, mais amplamente investigados (OMS, 1961; BUTLER & ALBERMAN, 1963; LUBCHENCO et al, 1963; WOISKI, 1965; YERUSHALMY et al, 1965; GRUENWALD, 1966; BATTAGLIA et al, 1967; CHASE, 1969; TANNER & THOMPSON, 1970; MARCONDES, 1971; PUFFER & SERRANO, 1973; SIQUEIRA, 1974; LAURENTI et al, 1975).

No entanto, nem sempre esse conceito teve a mesma definição, confundindo-se, muitas vezes, com o de

(*) Para o tratamento específico dessa questão veja-se trabalhos como os de CLIFFORD (1964), PELLER (1965), CHASE (1967) e SOLLIVAN (1983).

prematuridade. Esse fato, antes de representar um erro no processo de investigação apresentava, na realidade, especificidades próprias do objeto até então desconhecidas e que progressivamente foram se revelando com o avanço do conhecimento epidemiológico sobre as causas do fenômeno.

Segundo RANTAKALLIO (1965) foi de uma classificação sugerida por YLPPÖ, em amplo estudo realizado em 1919, que o termo prematuridade surgiu como indicador de imaturidade fetal, tendo como referência o peso ao nascer de até 2.500g, independentemente da idade gestacional. Segundo este, a Academia Americana de Pediatria a referenciou em 1935 e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, durante a Primeira Assembleia Mundial de Saúde.

Como nem toda criança nascida com esse peso era prematura do ponto de vista da idade gestacional, a OMS recomendou a substituição do termo prematuro, no que se refere ao indicador de peso ao nascer $\leq 2.500g$, pelo de baixo peso ao nascer (OMS, 1961).

Porem, persistia a questão de crianças que nasciam com imaturidade neurológica e somática, comparadas aos recém-nascidos a termo. Assim, a Academia Americana de Pediatria, em 1967, estabeleceu uma nova definição de prematuridade, onde se inseriam todas as crianças nascidas antes da trigésima oitava semana de gestação (ARENO, 1984).

Esta denominação de prematuridade foi utilizada até o ano de 1976, quando durante a Vigésima Nona Assembléia Mundial de Saúde, onde se elaborou a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças, foi modificada para - toda criança que nasce antes da trigesima sétima semana de gestação (OMS, 1980).

Na literatura especializada o peso ao nascer - o primeiro peso do feto ou recém-nascido obtido após o nascimento, de preferência na primeira hora de vida (CLAP, 1988)- e considerado como altamente influenciado pelas condições de saúde-doença e nutricional da mãe que contribuem, igualmente, para o retardo do crescimento intrauterino^(*) e prematuridade. Definidos como essencialmente atrelados ao conceito de baixo peso ao nascer passam, todos, a ser considerados como os mais importantes indicadores de risco perinatal, ou seja, do recém-nascido morrer ou de experimentar deficiências de crescimento e desenvolvimento (OMS, 1980).

A associação desses conceitos de crescimento intrauterino retardado e de prematuridade, com o de baixo peso ao nascer, permitiu o avanço do conhecimento epidemiológico através da diferenciação de processos internos presentes na geração do evento baixo peso ao nascer, explicado por algumas definições-chave, que são

(*) Entende-se por retardo de crescimento intrauterino, quando o recém-nascido tem um peso abaixo do percentil 10 (BARD, 1970, p.511).

trabalhadas por BATAGLIA & LUBCHENCO (1968).

Em relação à idade gestacional são apresentadas três categorias nomeadas como pré-termo, termo e pós-termo.

- Pré-termo: refere-se a todos os nascimentos antes da 38ª semana de gestação, isto é, 37 semanas e mais 6 dias ou menos;
- termo: compreende todos os nascimentos entre a 38ª e 42ª semanas de gestação;
- Pós-termo: diz respeito a todos os nascimentos de 42 ou mais semanas.

Dentro de cada grupo de idade gestacional, acima referido, tem-se três subgrupos definidos pelo peso ao nascer:

- Grande para a idade gestacional (GIG), que se refere a crianças com peso acima do percentil 90;
- Adequado para a idade gestacional (AIG), que se relaciona aqueles compreendidos entre os percentis 10 e 90;
- Pequeno para a idade gestacional (PIG), relativos a nascidos abaixo do percentil 10.

Ao relacionar peso ao nascer e idade gestacional para a avaliação da maturidade do recém-nascido, a proposta de estudo de BATAGLIA & LUBCHENCO (1968) representa um momento de importante avanço do conhecimento no campo da Perinatologia por revelar a necessidade de discussão de padrões de referência na investigação do problema. O padrão

proposto pela OMS (1978), quando define pré-termo ou prematuro como o nascimento ocorrido antes de completar 37 semanas de gestação (ou menos de 259 dias) acabam por assumir, pela sua ampla utilização em estudos internacionais, uma tradição de pesquisa na área.

Na busca de melhor definir as causas ou indicadores de causas desse conjunto de eventos e processos presentes no estudo do baixo peso ao nascer, a literatura não se restringiu as condições de saúde-doença e nutricionais da gestante, anteriormente assinaladas, mas incorporou no tratamento dado ao problema as condições sociais e econômicas.

A posição de LECHTIG et al (1976) sobre o assunto é típica, quando afirma que a questão do risco perinatal coloca os grupos de baixo peso e de peso deficiente ao nascer(*) como sensíveis as condições sócio-econômicas, em particular aquelas adversas, tais como a fome, a infecção e o "stress" físico que afetam, especialmente, as camadas menos favorecidas da população. Para os autores como BARVAZIAN & BEHAR (1979) as condições do meio social atuam, também sobre o feto, na medida em que a gestante sofre igualmente sua ação, quando submetida a precárias condições de vida e assistência pré-natal.

(*) Entende-se por peso deficiente ao nascer, aquele compreendido entre 2500-2 999g (Puffer & Serrano, 1973).

Nos trabalhos de BARVAZIAN & BEHAR (1978) e do Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP, 1988), o emprego do conceito de baixo peso ao nascer chega, inclusive, a ganhar novo estatuto, semelhante ao da mortalidade infantil, quando passa a ser considerado como importante indicador, não somente de saúde, mas de desenvolvimento social. Essa posição dos autores tem como base a identificação de uma maior incidência/prevalência de crianças de baixo peso com retardo do crescimento intrauterino, nos países do terceiro mundo, contra uma maior incidência/prevalência de crianças de baixo peso - de pré-termo - nos países desenvolvidos.

Em relação à questão vale registrar que, já em 1961, o Comitê de Especialistas em Higiene Materno-Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1961) reconhecia a importância fundamental da realização de estudos sobre a relação existente, entre o peso ao nascer com certos fatores como, o grau de desenvolvimento social e econômico, o acelerado processo de industrialização, a pobreza, a ignorância e as modificações que ocorrem na vida familiar.

Nesse sentido, emerge a proposta de se contar com um conceito de baixo peso, universalmente aplicável, visando facilitar as estatísticas e comparações internacionais. Em 1975, a OMS definiu como recém-nascido de baixo peso, aquele em que o peso ao nascer alcance menos que 2.500g ou até

2.499g (OMS, 1977). Esta questão é retomada nos trabalhos da OMS (1980), de ALBERMAN (1981) e de DUNN (1985).

Embora o peso ao nascer tenha a sua obtenção rotineira nas maternidades, hospitais e outras instituições e, ate mesmo em alguns países seja registrado na certidão de nascimento, existe ainda a precariedade ou ausência do registro do seu valor, o que segundo a OMS (1980), cria importantes defasagens no conhecimento e distribuição do peso ao nascer, em termos mundiais.

O avanço epidemiológico nesse novo campo de conhecimento e a tendência da literatura em articular de maneira estreita determinados tipos de morbimortalidade com os conceitos de idade gestacional e peso ao nascer levou a OMS, em 1976, a definir o período perinatal como "aquele que vai desde a idade gestacional, na qual o feto atinge 1.000g (equivalente a 28 semanas de gestação), até o final completo do sétimo dia (168 horas) de vida extra-uterina". Nesse sentido, todos os eventos relativos a processos morbidos e de mortalidade ocorridos no período passaram a ser caracterizados em função deste conceito, o que consagrou,

nuclear da Perinatologia mas, inclusive, sugere a característica que esse novo campo de conhecimento apresenta. Segundo o CLAP (1988.p.7), "como ramo das ciências da saúde [a Perinatologia] ocupa um amplo campo mediador [multidisciplinar] que compreende o processo reprodutivo centralizado no nascimento, interessando-se pelo crescimento e desenvolvimento [da criança] e pelos fatores que os governam e modificam". Continua afirmando que "ainda que tenha características próprias, a Perinatologia toma emprestado, engloba e enriquece conhecimentos de tocoginecologia, de neonatologia, de pediatria e de saúde pública fundamentalmente, e também, de genética, embriologia, fisiologia, patologia, farmacologia, nutrição, psicologia e sociodemografia, entre outras disciplinas".

Nesse contexto pode-se melhor entender a proposta do CLAP, de analisar o risco perinatal a partir de dois conjuntos de variações de risco: o "risco potencial", onde figuram fatores denominados "pré-concepcionais", e que se referem, por exemplo, à classe social, estado civil, nível educacional, paridade, idade materna; e o "risco real", que compreende fatores relativos à gestação, ao parto, puerpério e ao recém-nato, configura patologias do tipo toxemia, diabetes, hemorragia, doença hemolítica feto-neonatal, anemia, dentre outras. O pressuposto básico que norteia esse tipo de identificação de níveis de risco é o de se controlar "a evolução do processo para evitar que o [risco potencial]

se converta em real" (CLAP. 1987, p. 40-41)(*).

Alguns fatores referidos nesta publicação do CLAP (1987) como determinantes dos riscos de mortalidade perinatal e materna, são abaixo especificados por ilustrarem a forma pela qual o conhecimento da área vai se organizando, do ponto de vista teórico-metodológico.

Em relação aos "pré-concepcionais", o documento destaca: baixo nível socioeconômico, analfabetismo, má-nutrição materna, baixa estatura, obesidade, pequena circunferência craniana, mãe adolescente, idade materna avançada, grande multiparidade, intervalo interpartal curto, antecedentes obstétricos ruins, antecedentes genéticos ruins, patologia anterior.

Em relação ao "risco real" destacam-se, primeiramente, aqueles relativos à gravidez, cuja presença tem lugar no curso da mesma. São eles: anemia, controle pré-natal insuficiente, pequeno ganho de peso, excessivo ganho de peso, hábito de fumar, alcoolismo, hipertensão induzida pela gravidez, gravidez múltipla, hemorragias, retardo de crescimento intrauterino, rotura precoce de membranas, infecção ovular, incompatibilidade sanguínea feto-materna.

(*) A respeito da abordagem dos níveis de risco relativos a gravidez, que são pressupostos por esse esquema, veja-se, por exemplo, trabalho de ALVARENGA (1984) quando analisa a forma típica do emprego do conceito de alto risco gravídico na área materno-infantil.

Relacionadas ao trabalho de parto tem-se: a indução do parto, ameaça de parto prematuro, apresentação viciosa (pélvica), trabalho de parto prolongado, insuficiência cardio respiratória, histórias da contração, má atenção ao parto, procidência de cordão, sofrimento fetal, macrosomia fetal, parto cirúrgico.

Para o recém nascido destacam-se os fatores: depressão neonatal, pequeno para a idade gestacional, pré-termo, mas-formações, infecções.

No pós-parto são especificados como fatores de risco: hemorragias, inversão uterina, infecção puerperal.

A força paradigmática dessa forma de investigar pode ser amplamente constatada quando se analisa a produção científica do campo, ocorrida em diferentes esferas. Notadamente, a partir da segunda metade do século, muitos trabalhos de especialistas colocam-se como exemplos típicos desta tendência, tanto internacional, quanto nacionalmente (ALVAREZ LAJONCHERE, 1976; LECHTIG et al, 1976; VAN DEN BERG, 1977; SILVA, 1984; PLANT, 1984; LEVIN & MACKIDES, 1985; RAHBAR, 1985; ALEXANDER et al, 1985; WISE et al, 1985; BARRISON et al, 1985; DAVID, 1986; SHINONO et al, 1986; TANAKA, 1986; SIQUEIRA, 1981; LAURENII et al, 1985).

Por outro lado, vale destacar investigações

multicêntricas levadas a cabo por organismos internacionais como as Organizações Mundial da Saúde, Panamericana de Saúde, assim como o CLAP, onde, nesse nível, o modelo se difunde e se consolida do ponto de vista metodológico.

Com base em KUHN (1975) pode-se dizer que esse modelo, ao ser tão amplamente compartilhado (teórica, metodológica e tecnicamente) pela comunidade científica do campo da Perinatologia, passa a se firmar como verdadeiro paradigma(*) de investigação. Considerado como o padrão de cientificidade para investigações prescreve, para a área, regras metodológicas convencionais que justificam e legitimam o conhecimento nela gerado.

Algumas características básicas permitem identificar aspectos estruturais dessa proposta, não só pelo emprego do conjunto de variáveis citadas pelo CLAP (1984), além de outras, mas sobretudo pela forma como a questão da causalidade passa a ser entendida no interior do modelo. Superando a forma mais tradicional de analisar epidemiologicamente problemas de saúde, dentro de uma perspectiva de multicausalidade, esse esquema emprega uma nova concepção, de "causalidade múltipla"(*), onde o

(*) O termo "paradigma" é empregado por esse autor (KUHN, 1975) para designar um modo típico de dada comunidade científica compartilhar e reconhecer em seu campo de conhecimento uma forma típica (teórica, metodológica e técnica) de investigar dado problema. Tomado como padrão de cientificidade o paradigma apresenta-se, nesse nível, como a constelação de compromissos de grupo.

(x) A respeito da forma como essa concepção de causalidade múltipla atua no interior desse modelo de estudo epidemiológico veja-se, por exemplo, trabalhos de PLAUT, 1984 e ALVARENGA, (1984). Para um aprofundamento técnico da questão de modalidades de causalidade veja-se o trabalho de BUNGE, 1961.

conjunto de variáveis utilizado não se coloca, a exemplo do primeiro, no mesmo plano, mas pode ser hierarquizado em função do que se conceba como grau de determinação de danos.

Isso equivale a dizer que no interior desse modelo de estudo epidemiológico, uma perspectiva da relação direta ou indireta de determinadas "causas" com determinados "danos" é pressuposição básica. Por isso determinadas "causas" ou indicadores de "causas" de morbimortalidade perinatal ou, de processos a ela relacionados, tais como, prematuridade, baixo peso ao nascer, podem ser apresentados nessas investigações, como representando diferentes níveis de determinação ou "causalidade", desses danos.

A despeito da tentativa em avançar, e outras vezes até privilegiar a incorporação de variáveis sociais no tratamento dos problemas perinatais, uma das questões epistemológicas básicas presentes nos estudos epidemiológicos clássicos persiste. Trata-se da forma como o social é empregado e reduzido a uma concepção que o biologiza e o descaracteriza, enquanto tal.

Desse modo, pode-se entender como na proposta do CLAP, a dimensão social relativa a problemas perinatais inscreve-se na categoria de "risco potencial" que inclui, de maneira indiferenciada, desde os conceitos de nível educacional, baixo nível sócio-econômico, aos de estado

civil, paridade e idade materna.

Isso significa que embora a questão da causalidade múltipla se coloque como alternativa que permite avançar a análise de determinados problemas da área, a questão metodológica básica de tratar inadequadamente diferentes níveis de determinação no interior do modelo epidemiológico ainda persiste. Isso porque, no caso das chamadas "variáveis sociais" seu emprego se reduz a uma mera nomeação do social, na medida em que o mesmo passa a ser descaracterizado pela forma como é reduzido ao esquema tipicamente biológico de interpretar o processo saúde-doença. (BREILH, 1981; LAURELL, 1983; BURALLI, 1986; OLIVEIRA, 1989).

Em função disso não se considera uma das questões fundamentais, ou seja, a de que a historicidade do social seja capaz de explicar a dinâmica do processo saúde-doença em termos da relação natureza biológica - natureza social do objeto. Por outro lado, a redução do social a uma conexão causal do mesmo tipo que se supõe existir para as variáveis de natureza biológica o descaracteriza enquanto tal. Finalmente, o modelo, ao incorporar indiscriminadamente "variáveis sociais", longe de avançar na explicação dos problemas de saúde pode, inclusive, distorcer especificidades próprias do objeto em termos da análise clínico-epidemiológica que, para avançar nessa especificidade, requer algo além da correlação estatística e

simples referência a variáveis sociais.

Em relação a esse tipo de questão metodológica apresentada por esse padrão de investigação coloca-se uma categoria de trabalhos característica de propostas simplificadas de estudos que não só fragmentam o objeto do próprio ponto de vista biológico mas reduzem o modelo a fragmentos de fragmentos.

Nesse particular encontram-se aqueles trabalhos que procuram centrar a análise em associações simples, entre duas ou três variáveis, trabalhadas de maneira descontextualizada do ponto de vista teórico. São exemplos típicos os trabalhos que tratam da relação fumo-baixo peso, idade materna-mortalidade perinatal, paridade-baixo peso, estado nutricional da mãe-baixo peso, numa relação causal supostamente direta que conduz a uma descaracterização do próprio pressuposto da causalidade múltipla presente como elemento metodológico central no interior do paradigma. São exemplos desse tipo de estudo publicações como as de: VAN DEN BERG (1981); BROSS (1982); STARFIELD et al (1982); GROSS (1983); PLANT (1984); SHOWSTACK et al (1984); SHOHAM-YAKUBOVICH & BARELL (1988).

Dentro da perspectiva de avanço do processo de conhecimento no campo da saúde, alguns trabalhos merecem destaque por se traduzirem em tentativas que buscam discutir

os limites do modelo de investigação tradicionalmente empregado nos estudos epidemiológicos no campo da saúde.

Preocupados sobretudo com a questão da redução do social a uma forma biológica de interpretação do processo saúde-doença esses trabalhos, ao assinalarem os limites metodológicos do padrão de investigação vigente no campo, procuram colocar como alternativa de análise o tratamento do problema a partir do emprego do conceito histórico e dialético de classes sociais, como saída para os impasses presentes nesse tipo de conhecimento que não somente reduz o social ao biológico, o fragmenta e o ahistoriciza mas igualmente o descaracteriza de uma abordagem específica de natureza sociológica. São representativos dessa nova tendência trabalhos de BREILH (1983, 1981), LAURELL (1983), dentre outros.

Entretanto, a busca de esquemas teórico-metodológicos que permitam abordar o processo saúde-doença, em nível mais abrangente das relações humanas, esbarram na complexidade e dificuldade em delimitar a categoria classe social (HUN), 1982; POULANTZAS, 1975 e 1977; WRIGH, 1981; GUIDDENS, 1975) e sua aplicabilidade em investigações empíricas no campo da saúde, conforme atestam os trabalhos de KOIFMANN (1979), BEHM (1980), BREILH (1983, 1986), LAURELL (1983), dentre outros.

Ao abordarem o processo saúde-doença dentro dessa perspectiva os autores consideram, ao lado do modo de produção em que este se insere, as condições históricas em que se realizam os fenômenos sociais. Essas duas etapas da investigação teórica são consideradas necessárias por serem constituintes de particularidades do que poderia ser denominado "perfil sócio-econômico" (*) (LAURELL, 1983; BREILH et col., 1983, 1986; BEHM, 1980; CUEVAS, 1989).

Avançando na questão afirmam que esse perfil socio-econômico define-se, por sua vez, pelo nível de modernização e desenvolvimento de forças produtivas, encaradas como a capacidade humana de transformar a natureza objetivando a produção, e as relações de produção, relações essas que os homens estabelecem entre si no processo produtivo.

Buscando sustentar esse pressuposto analítico BEHM (1980) afirma que muito embora algumas variantes sócio-econômicas possuam um peso acentuado e diferenciado na análise dos coeficientes de morbimortalidade esta análise não é, entretanto, suficiente para explicar as variações de um dado coeficiente de modo "coerente e sistemático", na medida em que o processo saúde-doença da coletividade está influenciado pela forma como os indivíduos se inserem no

(*) Embora esses autores não utilizem o termo perfil sócio-econômico esta denominação permite aproximar a proposta de abordagem da relação da formação econômica e social (F.E.S) com o perfil patológico. Este último termo, empregado por LAURELL (1983) "se constitui considerando o tipo de patologia e a frequência que determinado grupo apresenta em um dado momento."

modo de produção. Assim, a análise deveria partir da identificação dos modos de produção imperantes numa determinada sociedade e das classes sociais que elas geram.

Conforme avança LAURELL (1983), esse trabalho de identificação passa invariavelmente pela análise da formação histórica das forças produtivas e das relações sociais de produção que ocorrem nas sociedades sob a forma de diferentes perfis socio-econômicos e, conseqüentemente, pela criação de diferentes perfis patológicos.

Para LAURELL (1983) e BREILH et al. (1983, 1986) esse processo de criação contém no seu movimento diversos grupos estruturados, relacionando-se entre si, determinando os vários níveis de acesso e apropriação de bens e serviços que produzam; influenciam as condições de vida e, conseqüentemente, as de saúde e doença em nível do coletivo. Visto assim, o processo saúde-doença necessita para a sua compreensão, de uma categoria de análise que contenha a "essência e o dinamismo dos condicionantes estruturais dos processos epidemiológicos" (BREILH et al., 1983, pág. 23).

Esta categoria seria, pois, a de classe social. Diferenciadora dos vários grupos humanos que formam o modo de produção, e que contem o processo histórico de condições de trabalho e de consumo, determinam a qualidade de vida dos diferentes grupos sociais; isto mediante processos de

reprodução social que articulam processos gerais a processos particulares caracterizadores de perfis patológicos específicos (BREILH, 1983, 1986).

A tentativa de trabalhar com esses conceitos em pesquisas empíricas no campo da saúde não tem ignorado a complexidade que esse empreendimento encerra. Alguns autores como BEHM (1980); BREILH et al (1983, 1986); LAURELL (1983); BRONFMAN & TUIRAN (1984) colocam em discussão, por exemplo, as dificuldades de se reproduzir metodologicamente a categoria classe social, não em função do instrumental técnico mas sim, de questões epistemológicas presentes na relação teoria-prática que exigem definições ainda não resolvidas em nível da própria reflexão sociológica mais acurada.

Apesar disso, algumas tentativas têm se apresentado como propostas de aproximação ao estudo de problemas de saúde e merecem destaque.

Uma delas refere-se ao trabalho de BRONFMAN & TUIRAN (1984). Estes autores, a partir de informações da Investigação Demográfica Nacional, levada a cabo no México, conseguiram dados suficientes para a delimitação e aplicação metodológica desse conceito. Entretanto, dada a complexidade de se reter todas as dimensões presentes no interior dessa categoria histórica, os autores centraram sua análise nas

relações sociais que se estabelecem em nível econômico. Por outro lado, segundo os autores, uma abrangência maior deste conceito, ou seja, dos níveis jurídico-político e ideológico foi impossibilitada devido aos objetivos metodológicos que permearam a Investigação Demográfica Nacional.

Enquanto proposta de operacionalização dessa categoria, os autores caracterizam dois grupos principais com suas respectivas classes e frações de classes sociais assim definidas:

- Classe Social e frações de classe não agrícola
 - . Burguesia
 - . Pequena burguesia tradicional
 - . Nova pequena burguesia
 - . Proletariado

- Classe Social e frações de classe agrícola
 - . Burguesia
 - . Pequena burguesia tradicional
 - . Nova pequena burguesia
 - . Proletariado

Ainda dentro da preocupação teórico-metodológica da operacionalização do conceito de classe social e sua relação com processos de saúde-doença, BARROS (1983, 1986) propõe em seu estudo uma orientação metodológica que visa

classificar os indivíduos em suas classes e frações de classe a partir do conhecimento das posições que estes ocupam nas relações de produção.

Para tanto, segue a análise proposta por SINGER (1981), utilizando seu esquema de classificação, que tem como característica principal, a inserção do indivíduo na população economicamente ativa (PEA), valendo-se de duas variáveis principais, quais sejam: posição na ocupação e tipo de ocupação. Além dessas duas, outras variáveis secundárias são empregadas: nível de renda e número de empregados. Como parâmetro dessa classificação utiliza o "chefe da família" (BARROS, 1983; 1986).

Como frações de classe (BARROS, 1986, p. 271) define:

- . Subproletariado
- . Proletariado propriamente dito
- . Pequena burguesia
- . Burguesia gerencial
- . Burguesia empresarial

Trabalhando mais especificamente com o objeto perinatologia e relacionado à questão da aplicabilidade do conceito de classe social a pesquisas empíricas no campo da saúde, apresentam-se dois trabalhos: os de LOMBARDI et al. (1988) e VICTORA et al. (1988), referentes a mesma investigação, e o de TORRADO (1986).

A partir desta questão teórico-metodológica que se coloca, LOMBARDI et al. (1988) utilizam uma versão modificada da classificação de classes e frações de classe, proposta por BRONFMAN & TUIRAN (1984), anteriormente citada, porém adaptada, segundo os autores, as características socio-econômicas de Pelotas (RS) e aos indicadores disponíveis no estudo.

Os autores procuram trabalhar a relação entre a situação de classe do indivíduo e a forma como esta influencia o processo saúde-doença tendo como objeto o processo de nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança e os eventos a este relacionados, destacando-se em especial a questão perinatal.

No processo de investigação os autores trabalham com as seguintes categorias:

- Burguesia
- Nova pequena burguesia
- Pequena burguesia tradicional
- Proletariado típico
- Proletariado não típico
- Subproletariado

Outro trabalho que, aplicado ao estudo de problemas perinatais, permite visualizar como a questão da abordagem sociológica, adequadamente empregada, proporciona ampliar a reflexão em torno do assunto, é o estudo de

TORRADO (1986) sobre o processo saúde-doença no primeiro ano de vida.

O pressuposto básico da qual parte a autora é o de que a saúde e a doença aparecem como elementos diferenciados, com características bem definidas, mas integrantes do mesmo processo.

Este, por sua vez, segundo a autora, apresenta-se por um lado, como um processo que é ao mesmo tempo social e biológico diferenciando-se pelas formas típicas de determinação de classe e reprodução de cada uma destas em situações concretas. Por outro, como processo coletivo que embora se manifeste em nível individual, o faz a partir de uma ampla gama de padrões coletivos de morbidade e mortalidade definidos em maior ou menor grau. Trata-se em outras palavras do que, na terminologia de LAURELL (1983), se conhece como perfil patológico.

A adoção da classe social como variável independente não deve, segundo TORRADO (1986), ser interpretada como um mero "fator" que permite formar estratos diferenciais de "risco" para buscar associação com indicadores de morbimortalidade.

Ao contrário, trata-se de uma categoria central que permite sintetizar as determinações gerais das realidades de reprodução dos agentes de cada classe, o que

conduz a uma estratégia de análise diferente; isto porque, embora se apóie nas estatísticas habituais, está complementada por uma perspectiva interpretativa, qualitativa e estrutural.

Para tanto, a autora trabalha com categorias mais amplas, relacionadas ao conceito de classe, onde variáveis não são analisadas isoladamente ou através de simples correlações, mas contextualizadas em nível de processos particulares.

A partir do conceito de classe - entendido como posição sócio-econômica(*) das categorias centrais (Burguesia e classe trabalhadora), a autora relaciona outras categorias como, condições familiares de vida, que inclui dimensões estruturais tais como (constituição da unidade familiar, reprodução, sociabilidade e apredizagem, entre outras), e perfil de saúde-doença (perinatal e pos-neonatal) conforme ilustra figura 2, a seguir:

(*) Esta posição sócio-econômica é que permite, segundo TORRADO (1986), o estudo de uma sociedade concreta que se caracteriza pela articulação do modo capitalista de produção (dominante), com as formas em que se apresentam as relações de produção.

FIGURA 2 - EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN EL PERIODO PERINATAL - ESQUEMA GENERAL DEL SISTEMA DE VARIABLES.

Por este esquema de análise pode-se visualizar graficamente a forma como a autora procura sugerir a inter-relação existente entre essas categorias e a inserção da posição sócio-econômica tendo em vista o conceito de classes sociais.

Por se tratar, não de uma simples concatenação de termos teóricos, mas sim de um esquema conceitual onde cada categoria representa conceitos carregados de significado próprio e relacionados à teoria marxista, esta proposta de TORRADO (1986) apresenta-se como exemplo típico de possibilidade de aplicação dessa perspectiva teórica ao estudo de problemas específicos - no caso, o processo saúde-doença no período perinatal - o que permite avançar na reflexão em torno das formas de explicação dos fenômenos de saúde pública em geral, e de saúde da mulher e da criança, em particular.

Considerando a importância de estudos na área da Perinatologia buscarem articular as relações existentes entre as dimensões biológica e social, a partir de esquemas de referência teórico-metodológicos apropriados à análise diferenciada que esses níveis requerem, o presente trabalho se propõe a combinar e a articular a abordagem clínico-epidemiológica, por um lado, com a abordagem sociológica de classes sociais, por outro, no propósito geral de buscar identificar em que termos e lugar do biológico e do social

se apresentam na morbimortalidade perinatal.

2. HIPOTHESES E OBJETIVOS DO TRABALHO

Tendo em vista refletir sobre algumas das diferentes ordens de problemas presentes na análise da morbimortalidade perinatal, este trabalho se propõe a verificar duas HIPÓTESES BÁSICAS:

1. O processo saúde-doença no período perinatal é expressão de condições particulares a que as famílias estão submetidas, de maneira diferencial, em função de sua adscrição de classe.

2. O processo saúde-doença no período perinatal é expressão da articulação de um conjunto de condições biológicas e sociais em permanente relação.

Para tanto, OBJETIVA:

(1º) - Determinar as frações de classes sociais às quais estão adscritas as famílias de uma amostra de parturientes, atendidas em diferentes categorias de hospitais de São Luís do Maranhão.

(2º) - Analisar as características da parturiente e do recém-nascido em termos de suas condições biológicas e sociais.

(3º) - Articular à abordagem clinico-epidemiológica, a abordagem sociológica, a partir da identificação de aspectos relevantes da assistência pre-natal, ao parto e ao recém-nascido, que permita sugerir um aprofundamento dos níveis de reflexão sobre o tema.

3. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

3.1 POPULAÇÃO AMOSTRAL

Do ponto de vista amostral, trabalhou-se com uma população de parturientes, com recém-nascidos vivos ou mortos, assistidas em três tipos de hospital e maternidade da cidade de São Luis do Maranhão - público estadual, público previdenciário e particular - representativos de diferentes categorias de classe, ou frações de classe, pertencentes a essa formação social concreta.

Sem pretender representar a estrutura de classes de São Luis do Maranhão, nem a situação de saúde perinatal da região como um todo, mas, visando garantir o tipo de análise teórico-metodológica multivariada proposto, o cálculo do número total da amostra foi previamente definido. Isso com base nas possibilidades metodológicas de se contar com um número adequado ($N = 200$), quer em relação às variáveis constantes do formulário, quer em relação aos tipos de tratamento, teórico e técnico dos dados, relevantes para a análise dos resultados.

A definição das sub-amostras por Instituição foi realizada com base nas proporções do número médio de partos observados, levantadas nos respectivos SAMES, em relação ao primeiro semestre de 1989, em média mensal assim distribuídas: A (304), B (322) e C (70). Em relação a essa distribuição e soma foram calculadas as respectivas proporções. Tomada como parâmetro a relação $696 = 100,0$ obteve-se como resultado: A (43,7%), B

(46,3%) e C (10,0%), que serviu de parâmetro balizador para as respectivas subamostras. Considerando as proporções existentes para cada unidade a amostra total passou a ser constituída de $N = 235$ sendo, para a Unidade A ($n = 100$), para a Unidade B ($n = 105$) e para a Unidade C ($n = 30$). Em função de perdas decorrente de problemas de coerência dos dados e casos de indução de abortos foram eliminados 8 (oito) casos, ficando a amostra final constituída de $N = 227$, assim distribuída em relação às subamostras: A ($n = 98$), B ($n = 99$) e C ($n = 30$). O desvio máximo previsto nas estimativas das proporções foi estimado com 95% de probabilidade em 10%.

A amostra foi do tipo estratificado, aleatória, com partilha proporcional. Dentro de cada estrato o processo de amostra foi casual simples.

Quanto a forma de obtenção, os dados foram coletados por entrevistas a parturientes internadas nos Hospitais conforme formulário em anexo. Algumas das informações constantes do instrumento foram registradas a partir do prontuário médico.

3.2 QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO

O presente trabalho procurou desenvolver-se a partir de uma concepção ontológica segundo a qual o processo saúde-doença no período perinatal possui especificidades e concretiza-se numa relação estreita entre as dimensões biológica e social embora,

muitas vezes, este último se apresenta de maneira mediada.

Partindo, igualmente, de uma concepção do social que o destaca em termos explicativos, o presente estudo procurou explicitá-lo através do conceito de classe social inspirado em um referencial teórico-metodológico próximo aos trabalhos desenvolvidos na linha da chamada "Epidemiologia Social". A fim de operacionalizar o conceito de classe social utiliza-se o esquema proposto por LOMBARDI et al (1988), cujas categorias e características básicas são descritas a seguir:

BURGUESIA: classe/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 de 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), etc.;

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 comum 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; diferenciam-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 de força de trabalho.

As questões referentes à apreensão dos elementos básicos necessários à classificação dessas frações de classe constam do formulário em anexo (ANEXO, itens 11, 12 e 13)(*), que podem ser visualizados a partir dos três esquemas de

(*) As questões referentes aos itens 11, 12 e 13, tendo em vista apreender os elementos básicos para a classificação de frações de classe, foram adaptadas daquelas constantes no Projeto de Pesquisa de Siqueira et al sobre " Morbidade e Mortalidade Maternas, Qualidade da Assistência e Estrutura Social: Estudo da Região Sul do Município de São Paulo", 1989 (mimeo).

operacionalização propostos por LOMBARDI et al (1988)(**)
descritos, a seguir, nas Figuras de números 3, 4 e 5.

(**) Vale lembrar que os referidos esquemas representam uma adaptação para as condições sócio-econômicas de Pelotas da preposta originalmente elaborada por Bronfman & Tuiran (1984).

Fig. 3 - Esquema de operacionalização de nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico e subproletariado.

FONTE: LOMBARDI et al (1988, p. 256)

Fig. 4 - Esquema de operacionalização de nova pequena burguesia, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado

FONTE: LONBARDI et al (1988, p.256)

Fig. 5 - Esquema de operacionalização da burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional.

FONTE: LOMBARDI et al. (1988, p. 257)

Ao lado dessa categoria social mais ampla outras foram igualmente definidas visando inscrever as variáveis selecionadas em conjuntos coerentemente articulados em função da natureza e níveis de análise permitidos:

A - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO AMOSTRAL

Articuladas pela categoria de classe social anteriormente especificada inscreveram-se, nesta dimensão particular, a estrutura e composição familiar, o estado civil, tipo e tempo de união conjugal, a cor, a renda familiar, membros da família economicamente ativos, trabalho do menor, número de dependentes e escolaridade (ANEXO, p. 1-3).

Em relação à renda, as categorias de análise foram definidas, em termos de salários mínimos por pessoa da família, a partir da distribuição empírica dos dados amostrais, conforme se observa no capítulo 4. Da mesma forma pode-se observar as modalidades de combinações possíveis esperadas em relação às variáveis estado civil, tipo e tempo de união, tendo essa última suas faixas empiricamente determinadas. A categorização da variável cor foi a partir da metodologia empregada pelo IBGE nos levantamentos censitários e descrita nos seguintes termos: branca, preta, parda e amarela.

A variável escolaridade foi classificada em 16

categorias de anos de escolaridade formal completos, com exceção das duas primeiras, com base no sistema educacional vigente no país que diferencia séries e valoriza graus de conclusão, quais sejam: analfabeto, semi-analfabeto, 1^a, 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 6^a, 7^a, 8^a séries do primeiro grau, 1^a, 2^a e 3^a séries do 2^o grau, superior incompleto (do 2^a ao 6^a ano, dependendo do curso) e superior completo.

Quanto à estrutura familiar as categorias e respectivas definições foram baseadas em proposta de SIQUEIRA et al(*) descrita a seguir:

- . FAMÍLIA NUCLEAR TIPICA, formada somente pelo núcleo familiar composto por pai, mãe e filhos, independentemente do número da prole;
- . FAMÍLIA NUCLEAR ATÍPICA, semelhante à anterior mas apresentando ausência do pai e/ou mãe;
- . FAMÍLIA EXTENSA TIPICA, 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 TIPICA, formada pelo núcleo familiar e parentes do chefe;

(*) A presente proposta consta do Projeto de Pesquisa de Siqueira et al sobre "Morbidade e Mortalidade" Maternas, Qualidade da Assistência e Estrutura Social: Estudo da Região Sul do Município de São Paulo *, 1989 (mimeo).

- . FAMiLIA NUCLEAR COMPOSTA AtípICA, semelhante à nuclear atípica mas incluindo pessoas não aparentadas ao chefe;
- . FAMiLIA EXTENSA COMPOSTA típICA, semelhante à família extensa típica abrigando pessoas de outras gerações não aparentadas ao chefe;
- . FAMiLIA EXTENSA COMPOSTA AtípICA, abrigando grupos nucleares da mesma geração mas incluindo pessoas não aparentadas aos respectivos chefes.

Além dessas categorias foram previstas as seguintes situações:

- . EMPREGADA DOMÉSTICA vivendo no emprego;
- . SEM FAMiLIA DEFINIDA, parturiente vivendo em casa de parentes próximos, sem se fixar numa residência;
- . SEM FAMiLIA, parturiente morando só;
- . SEM/COM FAMiLIA, MORANDO EM INSTITUIÇÕES VARIAS.

criança. Essa decisão metodológica apoiou-se em estudos que vêm demonstrando que cerca de 90% da mortalidade perinatal ocorre nesse período, o que permite tomá-lo como indicador próximo ao real coeficiente de mortalidade perinatal esperado. Exemplos clássicos são o trabalho de BUTLER & BONHAM (1963), TANAKA (1986) entre outros, sendo que este último, numa investigação do tipo qualitativa, em um município da região da Grande São Paulo obtém a totalidade da mortalidade perinatal de sua amostra no período intra-uterino e no primeiro dia de vida do recém-nascido.

Por outro lado, vale destacar que, por problemas operacionais e decorrentes do custo elevado, tornava-se inviável o acompanhamento domiciliar dos recém-nascidos, até o sétimo dia de vida.

3.3 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Dada a natureza e comportamento dos dados amostrais, assim como os objetivos do presente trabalho, optou-se de modo geral, pelo teste X^2 (chi-quadrado) (SIEGEL, 1977), tendo em vista determinar as diferenças de algumas das distribuições presentes no corpo de trabalho, quando relevantes para a análise do problema.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO AMOSTRAL.

Segundo GOLDENBERG (1988) a unidade familiar se mostra extremamente útil para o conhecimento em saúde pública/coletiva principalmente quando se procura desenvolver a análise a partir de um referencial teórico como o adotado no presente estudo.

Para a autora isso se deve ao fato de que "cada formação social deve garantir as condições de vida material de sua população, ou seja, a continuidade do modo de produção vigente, o que pressupõe reproduzir os integrantes desta população do ponto de vista biológico e social; sob esse delineamento, produção e reprodução constituem-se em processos intrinsecamente relacionados fundamentando a assertiva de que cada modo de produção tem suas leis próprias de população; neste sentido a família, mesmo no capitalismo mais avançado, tem desempenhado um papel central, ainda que sob formas continuamente modificadas em função da própria evolução das forças produtivas e das condições históricas específicas de sua instalação e desenvolvimento" (GOLDENBERG, 1988, p. 61).

Considerando que a variada estrutura familiar

apresentada pela população amostral significa diferentes estratégias de sobrevivência face às necessidades de reprodução da vida material, acredita-se que a referida estrutura corresponderia às condições de vida do grupo estudado, condições essas relacionadas a sua situação de classe.

A descrição dessas situações familiares - de acordo com as diferentes classes e frações de classe encontradas na população amostral - permitiria, portanto, maior compreensão das reais condições de vida dessa população e de certa maneira, uma aproximação mais elaborada no que diz respeito ao componente social do processo saúde-doença.

De acordo com os dados da Tabela 1, pode-se observar que na população amostral a família nuclear típica constitui-se como a predominante entre as parturientes, dado corresponder a 73,2% dos casos. E dentre esses verifica-se que a maior parte deles corresponde a classe social definida como proletariado não típico (43,3%), seguida pelo proletariado típico (18,9%).

Esses dados, à primeira vista, poderiam indicar que essas frações de classe, na situação estudada, não apresentariam maiores dificuldades de integração à sociedade, dado que apresentariam uma estrutura familiar

TABELA 1 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO TIPO DE FAMÍLIA DA PARTURIENTE SEGUNDO A FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

TIPO DE FAMÍLIA	FRAÇÃO DE CLASSE FAMILIAR	SUBPROLETARIADO	PROLETARIADO TÍPICO	PROLETARIADO NÃO TÍPICO	PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	NOVA PEQUENA BURGUESIA	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL
VIVE SO		2 66.7 5.4	---	---	---	1 33.3 11.1	---	3 1.3
NUCLEAR TÍPICA		22 13.4 59.5	31 18.9 79.5	71 43.3 79.8	25 15.2 64.1	6 3.7 66.7	9 5.4 81.8	164 73.2
NUCLEAR ATÍPICA		7 41.2 18.9	1 5.9 2.6	6 35.3 6.7	3 17.6 7.7	---	---	17 7.6
EXTENSA TÍPICA		4 17.4 10.8	5 21.7 12.8	5 21.7 5.6	7 30.4 17.9	1 4.3 11.1	1 4.3 9.1	23 10.3
EXTENSA ATÍPICA		---	1 12.5 2.6	4 50.0 4.5	2 25.0 5.1	---	1 12.5 9.1	8 3.6
NUCLEAR COMPOSTA TÍPICA		---	1 20.0 2.6	2 40.0 2.2	1 20.0 2.6	1 20.0 11.1	---	5 2.2
NUCLEAR COMPOSTA ATÍPICA		---	---	---	1 100.0 2.6	---	---	1 .4
EXTENSA COMPOSTA TÍPICA		1 100.0 2.7	---	---	---	---	---	1 .4
EXTENSA COMPOSTA ATÍPICA		---	---	1 100.0 1.1	---	---	---	1 .4
EMPREGADA DO- MESTICA VIVENDO NO EMPREGO		1 100.0 2.7	---	---	---	---	---	1 .4
TOTAL		37 16.5 100.0	39 17.4	89 39.7	39 17.4	9 4.0	11 5.0	224(±) 100.0

(±) NA PRESENTE AMOSTRA A FRAÇÃO DE CLASSE "BURGUESIA" NÃO TEVE OCORRÊNCIA.

(±) FORAM OMITIDOS 3 CASOS.

tradicionalmente entendida como "modelo burguês de família" próprio de sociedades urbanizadas e contemporâneas.

No entanto, quando se observa a ocorrência de outros tipos de situação familiar, mais próximos ao padrão de organização social tradicional, verifica-se que esses casos ocorrem, em sua maioria, junto aos estratos inferiores da população amostral. Assim, na categoria "nuclear atípico" verifica-se a predominância do subproletariado (41,2%) seguido pelo proletariado típico (35,3%) e a não ocorrência deste caso na categoria social mais alta do grupo amostral, a "nova pequena burguesia".

No que diz respeito à "família extensa típica" encontra-se uma ocorrência maior entre a "pequena burguesia tradicional" (30,4%) o que reforça a idéia de família como estratégia de sobrevivência.

A partir do trabalho de HARNECKER (1976) tem-se que cada formação social concreta apresenta resquícios de modos de produção anteriores a ela. Esse fato poderia explicar a predominância da família extensa típica entre parturientes de origem social definida como pequena burguesia tradicional devido ao fato de que, em termos econômicos, essa fração de classe corresponderia à situação de empresas de caráter familiar.

Quanto aos valores observados para outras situações de classe tem-se 21,7% para proletariado típico e não típico e 17,4% para subproletariado, valores esses considerados igualmente expressíveis, em contraposição aos 4,3% observados para a nova pequena burguesia.

Esses dados sugerem que a estruturação da família em padrão "extenso" pode ser entendida como estratégia de sobrevivência (unir recursos para garantir moradia, por exemplo) ou ser explicada pela ausência de um ou mais provedores. Quanto à nova pequena burguesia, a categoria família nuclear típica se apresenta, como era de se esperar por razões históricas, como característica.(*)

Em relação ao número de pessoas que compõe a família, outras especificidades podem ser observadas pelos dados da Tabela 2 que, em relação aos tipos de família apresentados pela população amostral, revelam que, além de a maioria se enquadrar na situação nuclear típica, essas famílias são compostas por até três pessoas, conforme supõe a própria definição.

Esses dados podem ser explicados por duas ordens de fatores: em primeiro lugar trata-se de população em idade

(*) Na população amostral do presente estudo não apareceu nenhum caso de parturiente pertencente à fração de classe "burguesia". Este fato talvez seja explicado pela inauguração - na época do levantamento de dados - de uma maternidade particular em São Luís do Maranhão especialmente voltada para essa categoria de classe.

reprodutiva; em segundo lugar, no Brasil é grande o número de mulheres que dão à luz nos limites mais baixos dessa faixa etária (15 a 19 anos). Ambos os fatos apontados indicariam que ainda não se deu a oportunidade de constituição de outros tipos de família e/ou de famílias maiores.

Por outro lado, o fato de já se enquadrar em situação de "família nuclear típica" indicaria que essa população amostral apresentaria padrões mais modernos de formas de reprodução e de estratégias de sobrevivência.

Vale lembrar, ainda, que a redução do número de filhos se revela uma decorrência - do capitalismo industrial que "... acarretou uma separação radical entre a produção de bens e a reprodução dos homens. Os grupos domésticos na sociedade pré-capitalista constituíam frequentemente, uma unidade de produção não havendo separação entre a produção de bens materiais e a reprodução dos homens" (GOLDENBERG, 1988, p. 61).

Depois dessa separação, quando o "trabalho remunerado e o sustento da casa passam a constituir função do chefe de família..." torna-se mais viável a redução do número de filhos.

No caso brasileiro, diante "... da crescente

deterioração das condições de vida destacam-se, a partir de 1965, as evidências de uma progressiva redução de fecundidade, particularmente nos estratos de baixa renda". (GOLDEMBERG, 1988, pg. 60).

Buscando aprofundar aspectos da caracterização social da população amostral a partir da situação familiar, a Tabela 3 apresenta dados referentes à situação de classe e tipo de união conjugal.

Da análise da tabela digno de nota é, à primeira vista, a predominância na amostra estudada de mulheres casadas com união legal (41,1%). No entanto, quando se observa o comportamento dos dados em relação às categorias inscritas no contexto da "união conjugal livre" pode-se constatar que 37,9% encontram-se entre as solteiras e casadas(*) com essa modalidade de união conjugal. Para a categoria conhecida, em termos de linguagem ordinária, como "mães solteiras típicas", os dados revelam um valor de 15,6%. É interessante observar que dentre estas é a fração de classe subproletariado a que concentra a moda com 37,1%, em contraposição à nova pequena burguesia com 5,7%.

Com relação à uma melhor explicitação da adoção, ou não, de padrões mais conservadores adotados na constituição de modalidades de família, vale destacar que,

(*) Vale anotar que a categoria "casada com união livre" refere-se a toda mulher casada legalmente mas separada e em união livre com outro parceiro ou companheiro.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO CIVIL DAS PARTURIENTES SEGUNDO FRAÇÕES DE CLASSES SOCIAIS FAMILIAR.
SÃO LUÍS, 1990.

CLASSE \ FAMILIAR \	\ ESTADO CIVIL	SOLTEIRA SEN	SOLTEIRA COR	CASADA COR	CASADA COR	CASADA SEN	VIÚVA SEN	DESQUI- TADA SEN	SER INF.	TOTAL
		UNIÃO CONJUGAL	UNIÃO CONJUGAL LIVRE	UNIÃO LEGAL	UNIÃO LIVRE	CONJUGAL	UNIÃO CONJUGAL	UNIÃO CONJUGAL		
SUB-PROLETARIADO		13	10	7	4	2	-	1	-	37
		35.1	27.0	19.0	10.8	5.4	-	2.7	-	100.0
		37.1	19.2	7.6	12.2	28.6	-	100.0	-	16.5
PROLETARIADO TÍPICO		4	11	15	8	-	-	-	1	39
		10.3	28.2	38.5	20.5	-	-	-	2.6	100.0
		11.4	21.2	16.3	24.2	-	-	-	33.3	17.4
PROLETARIADO NÃO TÍPICO		8	24	42	11	2	1	-	1	89
		9.0	27.0	47.2	12.4	2.2	1.1	-	1.1	100.0
		22.8	46.2	45.7	33.3	28.6	100.0	-	33.3	39.7
PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL		7	5	20	5	2	-	-	-	39
		18.0	12.8	51.3	12.8	5.1	-	-	-	100.0
		20.0	9.6	21.7	15.2	28.6	-	-	-	17.4
NOVA PEQUENA BURGUESIA		2	1	6	-	-	-	-	-	9
		22.2	11.1	66.6	-	-	-	-	-	100.0
		5.7	1.9	6.5	-	-	-	-	-	4.0
SEM INFORMAÇÃO CLASSIFICAÇÃO		1	1	2	5	1	-	-	1	11
		9.1	9.1	18.2	45.5	9.1	-	-	9.1	100.0
		2.9	1.9	1.2	15.2	14.3	-	-	33.3	4.9
TOTAL		35	52	92	33	7	1	1	3	224*
		15.6	23.2	41.1	14.7	3.1	0.4	0.4	1.2	100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* FORAM EXCLUÍDOS 3 CASOS

para o caso de união legal o comportamento das frações de classe observado foi o seguinte, em ordem de valores decrescentes: pequena burguesia tradicional (51,3%), proletariado não típico (47,2%) e proletariado típico (38,5%). Em relação à união livre como comportamento típico de classe cabe destacar, igualmente em ordem decrescente, os valores obtidos para o proletariado típico (48,7%), para o proletariado não típico (39,4%), para o subproletariado tradicional (25,6%). Digno de destaque é o comportamento da nova pequena burguesia com apenas 11,1%.

O Gráfico 1 permite a visualização desse processo.

Buscando relacionar o estado civil e tipo de união conjugal por tempo de união, segundo frações de classe, a Tabela 4 permite identificar o fato de que para o tempo de união, a partir das categorias "6 - 10 anos" e "11 anos e mais", o comportamento de classe se diferencia de maneira característica sugerindo para o subproletariado e proletariado um padrão reprodutivo mais tradicional, ou seja, enquanto para essas categorias de classe a amostra estudada indica a presença de mulheres dando a luz, o mesmo não acontece para a classe pequena burguesia.

Muito embora em termos de outros aspectos a questão do comportamento reprodutivo de classe em relação ao tempo de união não mereça destaques na presente amostra, o

Graf.1 Distribuicao proporcional das parturientes por estado civil e tipo de uniao segundo fracoes de classes sociais familiar, Sao Luis, 1990.

TABELA 4 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL E SEGUNDO O TIPO DE UNIÃO, NAS FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAIS EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS, 1990.

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR	ESTADO CIVIL POR TIPO DE UNIÃO	TEMPO DE UNIÃO							TOTAL
		< 1 ANO	1-2ANOS	3-5 ANOS	6-10 ANOS	11 ANOS E +	SER INF.		
	SOLTEIRA COM UNIÃO CONJUGAL LIVRE	1 10.0 50.0	3 30.0 50.0	4 40.0 80.0	1 10.0 16.7	- - -	1 10.0 33.3	10 100.0 47.6	
SUBPROLETA- RIADO	CASADA COM UNIÃO LEGAL	- - -	1 14.3 16.7	1 14.3 20.0	4 57.1 66.6	1 14.3 100.0	- - -	7 100.0 33.3	
	CASADA COM UNIÃO LIVRE	1 25.0 50.0	2 50.0 33.3	- - -	1 25.0 16.7	- - -	- - -	4 100.0 19.0	
	SUB-TOTAL	2 9.5 100.0	6 28.6 100.0	5 23.8 100.0	6 28.6 100.0	1 4.8 100.0	1 4.8 100.0	21 100.0 100.0	
	SOLTEIRA COM UNIÃO CONJUGAL LIVRE	1 9.1 50.0	6 54.5 42.9	3 27.3 25.0	- - -	- - -	1 9.1 100.0	11 100.0 32.4	
PROLETARIADO TÍPICO	CASADA COM UNIÃO LEGAL	- - -	5 33.3 35.7	6 40.0 50.0	3 20.0 75.0	1 6.7 100.0	- - -	15 100.0 41.1	
	CASADA COM UNIÃO LIVRE	1 12.5 50.0	3 37.5 21.4	3 37.5 25.0	1 12.5 25.0	- - -	- - -	8 100.0 23.5	
	SUB-TOTAL	2 5.9 100.0	14 41.2 100.0	12 35.3 100.0	4 11.8 100.0	1 2.9 100.0	1 2.9 100.0	34 100.0 100.0	
	SOLTEIRA COM UNIÃO CONJUGAL LIVRE	5 20.8 50.0	9 37.5 29.0	8 33.3 40.0	1 4.2 10.0	- - -	1 4.2 33.3	24 100.0 31.2	
PROLETARIADO NÃO TÍPICO	CASADA COM UNIÃO LEGAL	2 4.7 20.0	18 42.9 58.0	11 26.2 55.0	6 14.3 60.0	5 11.9 83.4	- - -	42 100.0 54.5	
	CASADA COM UNIÃO LIVRE	3 27.3 30.0	4 36.3 13.0	- - -	3 27.3 30.0	1 9.1 16.6	- - -	11 100.0 14.3	
	SUB-TOTAL	10 13.0 100.0	31 40.3 100.0	19 24.7 100.0	10 13.0 100.0	6 7.8 100.0	1 1.3 100.0	77 100.0 100.0	

TABELA 4 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL E SEGUNDO O TIPO E TEMPO DE UNIÃO POR TEMPO DE UNIÃO NAS FRAÇÕES DE CLASSES SOCIAIS FAMILIAR EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUIS-MA, 1996. (continuação)

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR	ESTADO CIVIL POR TIPO DE UNIÃO	TEMPO DE UNIÃO										TOTAL			
		< 1 ANOS		1-2ANOS		3-5 ANOS		6-10 ANOS		11 ANOS E +				SEM INF.	
PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	SOLTEIRA COM UNIÃO CONJUGAL LIVRE	-	-	2	40.0	-	-	2	40.0	-	-	1	20.0	5	100.0
			-				-		33.3		-		33.3		16.6
	CASADA COM UNIÃO LEGAL	3	15.0	4	20.0	11	55.0	2	10.0	-	-	-	-	20	100.0
			100.0		50.0		91.4		33.3		-		-		66.6
	CASADA COM UNIÃO LIVRE	-	-	2	40.0	1	20.0	2	40.0	-	-	-	-	5	100.0
			-		25.0		8.3		33.3		-		-		16.6
SUB-TOTAL		3	10.0	8	26.7	12	40.0	6	20.0	-	-	1	3.3	30	100.0
			100.0		100.0		100.0		100.0		-				
NOVA PEQUENA BURGUESIA	SOLTEIRA COM UNIÃO CONJUGAL LIVRE	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
							50.0		-		-		-		14.3
	CASADA COM UNIÃO LEGAL	-	-	2	33.3	1	16.7	3	50.0	-	-	-	-	6	100.0
					100.0		50.0		100.0		-		-		85.7
	CASADA COM UNIÃO LIVRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
			-		-		-		-		-		-		-
SUB-TOTAL		-	-	2	28.6	2	28.6	3	42.8	-	-	-	-	7	100.0
					100.0		100.0		100.0		-		-		100.0
SEM INFORMAÇÃO	SOLTEIRA COM UNIÃO CONJUGAL LIVRE	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
					20.0		-		-		-		-		12.5
	CASADA COM UNIÃO LEGAL	-	-	1	50.0	-	-	-	-	-	-	1	50.0	1	50.0
					20.0		-		-		-		50.0		25.0
	CASADA COM UNIÃO LIVRE	-	-	3	60.0	-	-	1	20.0	-	-	1	20.0	5	100.0
					60.0		-		100.0		-		50.0		62.5
SUB-TOTAL		-	-	5	83.3	-	-	1	-	-	-	-	-	8	100.0
					100.0		-		100.0		-		-		100.0
TOTAL		17	9.7	66	37.7	50	28.6	30	17.1	8	4.6	4	2.3	177(=)	
			100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		

fato a notar é o de que a "opção" por ter filhos após 11 anos de união encontra parece encontrar lugar de maneira típica entre os casais com união legal. O mesmo comportamento pode ser observado em relação à faixa de 6 a 10 anos onde a predominância da moda encontra-se para cada fração de classe na categoria "casada em união legal" (subproletariado, 66,6%; proletariado típico, 75,0%; proletariado não típico, 60,0% e nova pequena burguesia, 100,0%), com exceção da pequena burguesia tradicional que apresenta um valor de 33,3%.

Os dados da Tabela 5 referem-se à relação entre frações de classe social familiar e estratos de renda por pessoa da família na amostra estudada.

A primeira informação a ser destacada destes dados diz respeito à grande ocorrência de casos de renda "per capita" até meio salário mínimo nas categorias amostrais mais baixas: subproletariado, proletariado típico e proletariado não típico que, pela ordem, apresentam as seguintes proporções: 35,1%, 28,2% e 23,6% de renda, compreendida entre 0,25 e 0,5 salário mínimo.

Ainda em termos da população amostral verifica-se uma tendência à elevação na situação de pequena burguesia tradicional, onde se verifica a maior concentração, na faixa 0,5 a 1 salário mínimo de renda por pessoa da família. Uma

TABELA 5 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES NAS FRAÇÕES DE CLASSES SOCIAIS FAMILIAR, SEGUNDO OS ESTRATOS DE RENDA POR PESSOA DA FAMÍLIA EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR	REDA POR PESSOA DA FAMÍLIA \ RENDAS POR PESSOA DA FAMÍLIA							SER CLASS. POR DADOS INCOMPLETOS	TOTAL
	0-0.25	0.25-0.5	0.5-1	1-2	2-3	3-5	5 E +		
SUBPROLETARIADO	7 18.9 24.1	13 35.1 24.5	3 8.1 8.3	2 5.4 7.2	-	-	-	12 32.5 22.6	37 100.0 16.5
PROLETARIADO TÍPICO	7 17.9 24.1	11 28.2 20.7	6 15.4 16.7	6 15.4 21.4	2 5.1 20	-	1 2.6 14.3	6 15.4 11.3	39 100.0 17.4
PROLETARIADO NÃO TÍPICO	9 10.1 31.1	21 23.6 39.2	17 19 47.2	10 11.2 35.7	6 6.7 60	5 5.6 62.5	2 2.3 28.6	19 21.4 35.9	89 100.0 39.8
PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	4 10.2 13.8	6 15.4 11.4	8 20.5 22.2	6 15.4 21.4	1 2.6 10	2 5.2 25	-	12 30.7 22.6	39 100.0 17.4
NOVA PEQUENA BURGUESIA	- - -	- - -	- - -	3 33.3 10.7	1 11.1 10	1 11.1 12.5	4 44.5 57.1	- - -	9 100.0 4
SER CLASSIFICAÇÃO POR DADOS INCOMPLETOS	2 18.2 6.9	2 18.2 3.8	2 18.2 5.6	1 9 3.6	-	-	-	4 36.4 7.6	11 100.0 4.9
TOTAL	29 12.9 100.0	53 23.6 100.0	36 16.1 100.0	28 12.5 100.0	10 4.5 100.0	8 3.6 100.0	7 3.2 100.0	53 23.6 100.0	224* 100.0 100.0

* FORAM EXCLUÍDOS 3 CASOS

elevação importante só se verifica, porém, na situação de nova pequena burguesia, em que cerca da metade dos casos se situa na faixa de 5 e mais salários mínimos de renda por pessoa da família e, onde não se verifica casos de renda por pessoa da família inferior a dois salários mínimos.

Desses dados pode-se inferir uma distribuição de renda extremamente desigual, fato esse comprovado em quase toda a literatura científica sobre o assunto, para a realidade brasileira como um todo.

Muito embora, à primeira vista, possa se pensar numa adequação metodológica do instrumental empregados para a operacionalização do conceito de classes sociais, pela coerência entre as informações obtidas para a renda familiar por pessoa da família e categorias de classe "proletariado" e "burguesia", esse pressuposto não pode - com base no próprio conceito de classe - ser considerado como necessário, como muitas vezes é sugerido por diversos estudos, principalmente no campo da saúde. Esse conceito, amplamente discutido pela literatura sociológica especializada encontra nos trabalhos de GUIDDENS (1975), POULANTZAS (1975, 1977), WRIGHT (1981) e HUNT (1982) indicação clara de que nas pesquisas empíricas sobre o tema o investigador se encontra diante de assunto bastante complexo e controvertido.

Nesse sentido, embora as relações buscadas entre frações de classe e renda representem importante subsídio à compreensão das condições objetivas de existência, a que estão submetidas determinadas frações de classe - sobretudo a do subproletariado e proletariado típico e não típico - a consideração de outros fatores que interferem nesse processo devem ser considerados para fins de análise, ou seja, ganha destaque nesse tipo de relação as diferenças regionais em relação ao valor da força de trabalho, característica de situações ocupacionais específicas, que permitem explicar distribuições diferenciais como, por exemplo, a observada na presente amostra quando comparada com a obtida por VICTORA (1988, p. 152) que aplicando o mesmo instrumental aqui utilizado (LOMBARDI et al, 1988) constatam "uma forte associação estatística entre classe e renda".

Em relação ao comportamento da população amostral no tocante ao número de pessoas ocupadas e ao número de dependentes por fração de classe (Tabela 6) estas questões permitem ser colocadas, em função da natureza dos problemas envolvidos.

Como informação digna de nota tem-se que, à exceção da categoria mais alta - nova pequena burguesia - todas as demais categorias apresentam frequência maior de "uma pessoa empregada"; assim, a partir de subproletariado até pequena burguesia tradicional tem-se, respectivamente,

TABELA 6 - FRAÇÃO DE CLASSE FAMILIAR DA PARTURIENTE SEGUNDO O NÚMERO DE PESSOAS OCUPADAS, NÚMERO DE DEPENDENTES EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUIS - MA, 1990.

FRAÇÕES DE CLASSE FAMILIAR	NÚMERO DE PESSOAS OCUPADAS	NÚMERO DE DEPENDENTES				TOTAL
		<= 1	2 - 3	4 - 5	6 - 7	
SUBPROLETARIADO	1	5	16	5	3	29
		17.3	55.1	17.3	10.3	100.0
		71.4	94.1	62.5	60.0	78.4
	2	2	1	2	2	7
		28.6	14.3	28.6	28.6	100.0
		28.6	5.9	25.0	40.0	18.9
	3 E +	-	-	1	-	1
		-	-	100.0	-	100.0
		-	-	12.5	-	2.7
	SUB-TOTAL	7	17	8	5	37
		18.9	45.9	18.9	13.5	100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PROLETARIADO TÍPICO	1	-	20	4	3	27
		-	74.0	14.8	11.1	100.0
		-	74.0	80.0	60.0	69.2
	2	2	6	1	1	10
		20.0	60	10	10	100.0
		100.0	22.2	20	20	25.6
	3 E +	-	1	-	1	2
		-	50.0	-	50.0	100.0
		-	3.8	-	20.0	5.2
	SUB-TOTAL	2	27	5	5	39
		5.1	69.2	12.8	12.8	100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PROLETARIADO NÃO TÍPICO	1	1	47	5	3	56
		1.8	83.9	8.9	5.4	100.0
		7.2	79.6	41.7	75	62.9
	2	13	12	3	1	29
		44.8	41.3	10.3	3.4	100.0
		92.8	20.4	25.0	25	32.6
	3 E +	-	-	4	-	4
		-	-	100.0	-	100.0
		-	-	33.3	-	4.5
	SUB-TOTAL	14	59	12	4	89
		15.7	66.2	13.2	4.5	100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

TABELA 6 - FRAÇÃO DE CLASSE FAMILIAR DA PARTURIENTE SEGUNDO O NÚMERO DE PESSOAS OCUPADAS, NÚMERO DE DEPENDENTES EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUIS - MA, 1990. (continuação)

FRAÇÕES DE \ CLASSE \ FAMILIAR	NÚMERO DE \ PESSOAS \ OCUPADAS	NÚMERO DE DEPENDENTES				TOTAL
		<= 1	2 - 3	4 - 5	6 - 7	
PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	1	1	20	3	-	24
		4.2	83.3	12.5	-	100.0
		20	74.1	60.0	-	61.5
	2	4	5	2	1	12
		33.3	41.7	16.7	8.3	100.0
		80.0	18.5	40.0	50.0	30.8
	3 E +	-	2	-	1	3
		-	66.7	-	33.3	100.0
		-	7.4	-	50.0	7.7
	SUB-TOTAL	5	27	5	2	39
		12.8	69.2	12.8	5.2	100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
NOVA PEQUENA BURGUESIA	1	1	2	-	-	3
		33.3	66.7	-	-	100.0
		20.0	50.0	-	-	33.3
	2	3	2	-	-	5
		60.0	40.0	-	-	100.0
		60.0	50.0	-	-	55.6
	3 E +	1	-	-	-	1
		100.0	-	-	-	100.0
		20.0	-	-	-	11.1
	SUB-TOTAL	5	4	-	-	9
		55.5	44.5	-	-	100.0
		100.0	100.0	-	-	100.0
SEM INFORMAÇÃO	1	-	8	1	-	9
		-	88.9	11.1	-	100.0
		-	88.9	100.0	-	81.8
	2	1	1	-	-	2
		50.0	50.0	-	-	100.0
		100.0	11.1	-	-	18.2
	3 E +	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-
	SUB-TOTAL	1	9	1	-	11
		9.1	81.9	9.1	-	100.0
		100.0	100.0	100.0	-	100.0
TOTAL	34	143	31	16	224*	
	15.2	63.8	13.8	7.2	100.0	
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

* FORAM OMITIDOS 3 CASOS DE AMOSTRA

os seguintes valores: 78,4%, 69,2%, 62,9%, 61,5% de famílias na situação descrita.

Vale lembrar ainda que nessas famílias, a frequência de até 3 dependentes também é maioria. Seguindo-se a ordem anterior os valores quanto ao número de dependentes até três são: 55,1, 74%, 83,9%, respectivamente.

Quanto à pequena burguesia tradicional, apesar de esta apresentar maior frequência de casos em que 2 (66,7%) pessoas trabalham, a maior frequência quanto ao número de dependentes é de "até três (3)", (66,7%), como nas outras categorias.

Esses dados parecem indicar que, para a população amostral, a possibilidade de ascensão social passa pelo ingresso de maior número de elementos da família no mercado de trabalho.

Por outro lado, o fato de a maioria das famílias não apresentar esse comportamento pode sugerir a falta de oportunidades de emprego para esses segmentos sociais (mulheres de baixa renda).

Quanto à questão da inserção da mulher na força de trabalho é importante destacar alguns dados da Tabela 7 que apresenta a relação entre fração de classe da parturiente -

TABELA 7 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES DISTRIBUÍDAS, SEGUNDO FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR E A SUA PRÓPRIA, EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS - RA, 1990.

FRACÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR \	FRACÃO DE CLASSE DA PARTURIENTE \	NÃO TRABALHA	SUBPRO- LETARIADO	PROLETA- RIADO TÍPICO	PROLETA- RIADO NÃO TÍPICO	PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	NOVA PEQUENA BURGUESIA	TOTAL
SUBPROLETARIADO		20	16	-	1	-	-	37
		34.1	43.2	-	2.7	-	-	16.5
		13.9	55.2	-	2.7	-	-	-
PROLETARIADO TÍPICO		30	3	2	4	-	-	39
		76.9	7.7	5.1	10.3	-	-	17.4
		20.8	10.3	100.0	10.4	-	-	-
PROLETARIADO NÃO TÍPICO		58	5	-	21	4	1	89
		65.2	5.6	-	23.6	4.5	1.1	39.7
		40.3	17.2	-	56.8	66.7	16.7	-
PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL		24	3	-	10	2	-	39
		61.5	7.7	-	25.6	5.1	-	17.4
		16.7	10.3	-	27.0	33.3	-	-
NOVA PEQUENA BURGUESIA		2	2	-	-	-	5	9
		22.2	22.2	-	-	-	55.6	4.0
		1.4	6.9	-	-	-	83.3	-
SEM CLASSIFICAÇÃO POR DADOS INCOMPLETOS		10	-	-	1	-	-	11
		90.9	-	-	9.1	-	-	-
		6.9	-	-	2.7	-	-	-
TOTAL		144	29	2	37	6	6	224±
		64.3	12.9	9	16.5	2.7	2.7	100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

± FORAM EXCLUÍDOS 3 CASOS DA AMOSTRA

quando inserida no mercado de trabalho - e fração de classe do responsável pela família.

Pelos dados desta tabela, pode-se observar que existe, em termos modais, uma tendência à concordância entre a situação de classe da parturiente e a do responsável pela família, quando analisados isoladamente, com exceção da categoria pequena burguesia tradicional; ressalta-se, no entanto, que nesse caso, a maior frequência se localiza na situação proletariado não típico, situação essa, por definição, próxima à situação do marido.

Esses dados podem sugerir que a população amostral estaria situada numa sociedade mais tradicional no sentido de que favoreceria o casamento entre iguais.

Situação característica, no entanto, é o caso do responsável pela família tratar-se da própria parturiente. Nestes termos, o tipo de distribuição apresentado por essa parcela da população amostral difere daquela apresentada pela distribuição geral, indicando peculiaridades dessa situação familiar de classe da mulher (Tabela 8). Isso na medida em que dos 21 casos (9,4% do total da amostra), 71,4% inscreve-se na condição de subproletariado, perfazendo, com as demais frações desta classe (proletariado típico e proletariado não típico), cerca de 85,7% contra 14,3% das frações da burguesia presentes na amostra.

TABELA 8 - NÚMERO E PROPORÇÃO DA FRAÇÃO DE CLASSE DA PARTURIENTE, SEGUNDO A FRAÇÃO DE CLASSE DO RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA, EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS - MA, 1990.

\ FRAÇÃO DE \ CLASSE DA FRAÇÃO DE \ PARTURIENTE CLASSE DO RESP. \ PELA FAMÍLIA \	NÃO TRABALHA	SUBPRO- LETARIADO	PROLETA- RIADO TÍPICO	PROLETA- RIADO NÃO TÍPICO	PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	NOVA PEQUENA BURGUESIA	TOTAL
PARTURIENTE É A PRÓPRIA RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA	- - -	15 71.4 51.7	1 4.8 50.0	2 9.5 5.4	2 9.5 33.3	1 4.8 16.7	21 9.4 -
SUBPROLETARIADO	20 90.9 13.9	1 4.5 3.4	- - -	1 4.5 2.7	- - -	- - -	22 9.8 -
PROLETARIADO TÍPICO	30 78.9 20.8	3 7.9 10.3	1 2.6 50.0	4 10.5 10.8	- - -	- - -	38 16.8 -
PROLETARIADO NÃO TÍPICO	58 66.7 40.3	5 5.7 17.2	- - -	19 21.8 51.4	4 4.6 66.7	1 1.1 16.7	89 38.6 -
PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL	24 64.9 16.7	3 8.1 10.3	- - -	10 27.0 27.0	- - -	- - -	37 16.5 -
NOVA PEQUENA BURGUESIA	2 25.0 1.4	3 25.3 6.9	- - -	- - -	- - -	4 50.0 66.7	9 4.0 -
SEM CLASSIFICAÇÃO POR DADOS INCOMPLETOS	10 90.9 6.9	- - -	- - -	1 9.0 2.7	- - -	- - -	11 4.9 -
TOTAL	144 64.0 100.0	30 13.3 100.0	2 0.9 100.0	37 16.4 100.0	6 2.7 100.0	6 2.7 100.0	225* 100.0 100.0

* FORAM EXCLUÍDOS 2 CASOS DA AMOSTRA

Pelo critério utilizado vale destacar ainda, em termos dos dados oferecidos pela tabela 7, o fato de que grande porcentagem das mulheres pertencentes às diferentes frações de classe, notadamente as do proletariado típico (76,9%), proletariado não típico (65,2%), pequena burguesia tradicional (61,5%), não se encontram inseridas na força de trabalho. Vale lembrar que os menores valores verificados referem-se às frações de classe pertencentes às posições extremas, quais sejam, 34,1% para o subproletariado e 22,2% para a nova pequena burguesia.

Esse tipo de comportamento dos dados parece mais uma vez sugerir que a população amostral de parturientes sob análise se inscreve, de maneira característica, em um padrão tradicional de família onde a mulher desempenha papéis mais relacionados às tarefas domésticas e de cuidados com a prole, independente das frações de classe a que pertençam, a despeito dos valores diferenciados observados para os grupos extremos.

4.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICA E EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO AMOSTRAL - O PAPEL DA IDADE E DA PARIDADE

Em termos de análise do processo de reprodução biológica é vasta a literatura, nos campos da medicina e da saúde pública, que buscam associar alguns indicadores de risco de morbimortalidade perinatal com determinadas variáveis demográficas relativas à mulher em seu período reprodutivo. Esses vão desde trabalhos clássicos como os de BUTLER & BONHAM (1963) às publicações oficiais como a da OMS, de 1978 e do CLAP, de 1987. Fato a observar é o de que ao serem definidas como "Características Maternas" essas variáveis assumem no interior do modelo classicamente empregado nesses estudos, o caráter de atributo capaz de indicar, e mesmo determinar - muitas vezes - de forma essencial, a ocorrência de riscos futuros de morbimortalidade ao conceito. (ALVARENGA, 1984).

Longe de querer descaracterizar a importância do emprego dessas variáveis em estudos dessa natureza, a questão que se coloca é a da forma como as mesmas, ao serem incorporadas a um esquema de explicação biológica*, se reduzem a essa dimensão e perdem as próprias características de variáveis demográficas ou sociais.

Esse fato é relevante na medida em que passam a

* Para um aprofundamento acerca da crítica da incorporação de variáveis sociais e demográficas no interior do modelo de explicação biológica do processo saúde-doença veja-se, por exemplo, os trabalhos de OLIVEIRA (86) e BURALLI (89).

assumir, com base em simples correlações estatísticas, um "poder explicativo" que na realidade não possuem. Isto por se encontrarem fora de um contexto teórico-metodológico que permita resgatar as várias dimensões que apresentam. No dizer de ALVARENGA (1978), tratam-se de variáveis que representam uma "área de intersecção" entre o biológico e o social e enquanto tal devem ser consideradas para uma adequada análise de sua participação nesse contexto.

Nessa linha de investigação, uma retomada dos indicadores de riscos de morbimortalidade perinatal (e também materna) apresentados pela publicação de 1987, do CLAP (já descritos na Introdução deste trabalho) ilustram, de maneira típica, esse fato, ou seja: a forma como no interior desse paradigma de investigação clínico-epidemiológica (no caso reduzido a uma investigação puramente estatística), questões relativas à idade da mulher na fase reprodutiva, assim como à paridade e ao intervalo interpartal, assumem conotações que extrapolam a dimensão biológica do esquema, a partir do qual são consideradas.

Nessa publicação pode-se observar, por exemplo, como na categoria de fatores "pré-concepcionais" de risco de mortalidade perinatal (além de materna) a idade da mulher passa a significar "mãe adolescente" e "idade materna avançada", enquanto que a paridade, a "grande multipara". (CLAP, 1987, p. 40-41).

Na amostra sob estudo neste trabalho pode-se observar o seguinte comportamento dos dados, com relação a algumas dessas variáveis.

Pela Tabela 9, pode-se constatar que muito embora se conte com cerca de 23,7% das parturientes amostradas nas faixas de 14 a 16 (6,7%) e 17 a 19 (17,0%) anos, os maiores valores concentram-se nas faixas de 20 a 24 (37,4%) e 25 a 29 (23,7%) anos, representando parte significativa dessa população pesquisada, ou seja, 64,4%. Com esse comportamento dos dados não somente a moda (36,2%) mas também a média de idade da população amostral (23 anos) passam a ser representadas pela faixa de 20 a 24 anos (37,4%), considerada, do ponto de vista obstétrico, um dos períodos "ideais" para o processo reprodutivo.

Considerando a questão dos riscos atribuídos à gestação em idade avançada vale destacar que somente 4,9% da população amostral localizam-se nas duas últimas faixas de idade, ou seja, a partir de 35 anos.

Com relação à paridade, a própria análise do número de pessoas na família, quando da caracterização socio-econômico-demográfica da população amostral, em item anterior, pode revelar - a partir, quer da média encontrada (3,43 pessoas por família), quer da moda centrada em duas pessoas (as famílias com até três pessoas totalizaram cerca

TABELA 9 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (EM ANOS), DE AMOSTRA SÃO LUIS-MA, 1990.

IDADE DA PARTURIENTE	Nº	%
14 -- 16	15	6.7
17 -- 19	38	17.0
20 -- 24	85	37.4
25 -- 29	53	23.7
30 -- 34	25	11.2
35 -- 40	8	3.6
41 E +	3	1.3
TOTAL	227	100.0

de 68,0%) - que não se observaria um grande contingente de mulheres multiparas.

Este comportamento esperado é o que se pode observar pela análise da Tabela 10.

Muito embora os dados desta tabela não se refiram à paridade, mas sim ao número de gestações - o que poderia levar a uma suposição superestimada do número real de crianças realmente nascidas - o que se observa é que cerca de 74,0% das mulheres encontram-se na condição de primigestas e secundigestas, sendo a moda, representada pela primeira categoria, com um valor de 41,4%. A partir desses dados, o cálculo da média de filhos tidos seria, ainda que estimado com base no número de gestações anteriores, somente cerca de 1,2, o que revela ser um valor relativamente baixo em relação à média da região nordeste que apresentou, segundo dados da PNAD*, 1984, uma taxa de fecundidade de 3,03% para a zona urbana. Quanto às multigestas, consideradas já a partir da quarta gestação, apresentaram um valor de 10,6%.

No entanto, o tratamento dessas variáveis, assim de maneira independente, marcou ao que parece uma relação básica que é pressuposta quando se analisa o problema do risco reprodutivo dentro de uma perspectiva clínico-

* Fonte: IBGE, Censos Demográficos e Recursos Preliminares da PNAD-84.

TABELA 10 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES, SEGUNDO O NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES, DE AMOSTRA SÃO LUIS-MA, 1990

CONDIÇÃO DA PARTURIENTE		
SEGUNDO O NÚMERO DE		
GESTAÇÕES ANTERIORES	Nº	%

PRIMIGESTA	94	41.4
SECUNDIGESTA	74	32.6
TERCIGESTA	35	15.4
MULTIGESTA	24	10.6

TOTAL	227	100.0

obstétrica e epidemiológica. Trata-se de uma questão presente no interior do próprio pensamento biológico.

A primeira questão relacionada refere-se à inadequação de se tratar a questão da idade, no caso da gravidez em adolescentes, desvinculada de uma análise mais acurada da relação existente entre a idade da menarca e idade da primeira gestação. Isso porque, o que é relevante do ponto de vista clínico-obstétrico e epidemiológico, para a literatura especializada, que vem se aprofundando nessa área de investigação, não é a idade cronológica da mulher, mas sim sua idade ginecológica (MOTTA, 1989). Nesse sentido, ter, ou não, menos de 16 ou de 19 anos não é o essencial para determinar a possível força explicativa dessa variável idade como indicador de risco no processo reprodutivo. O que conta é o fato de a primeira gravidez guardar um intervalo de no mínimo dois anos com a idade da menarca, período esse colocado, ao lado do de quatro anos (considerando a melhor época), como valores polares de uma faixa definidora de critério de níveis de risco na primeira gestação.

Em termos da presente amostra, cumpre indicar que uma identificação da parcela de adolescentes com baixa idade gestacional poderá ser melhor apreciada a partir da apresentação dos dados da Tabela 11, que indicam a relação existente entre idade da parturiente e número de gestações anteriores.

TABELA 11 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (EM ANOS) E O NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES, EM AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUÍS-MA, 1990.

\ NÚMERO DE GESTAÇÕES IDADE\ ANTERIORES		0	1	2--3	4 e +	TOTAL
14--16	14	93.3 14.9	1 6.7 1.4	- - -	- - -	15 100.0 6.6
17--19	27	71.1 28.7	10 26.3 13.5	1 2.6 2.9	- - -	38 100.0 16.7
20--24	30	35.3 31.9	37 43.5 50.0	16 18.8 45.7	2 2.4 8.3	85 100.0 37.4
25--29	14	26.4 14.9	17 32.1 23.0	13 24.5 37.1	9 17.0 37.5	53 100.0 23.4
30--34	7	28.0 7.4	8 32.0 10.8	4 16.0 11.4	6 24.0 25.0	25 100.0 11.0
35--40	1	12.5 1.1	1 12.5 1.4	1 12.5 2.8	5 62.5 20.8	8 100.0 3.5
40 e +	1	33.3 1.1	- - -	- - -	2 66.7 8.3	3 100.0 1.3
TOTAL	94	41.4	74 32.6	35 15.4	24 10.6	227 100.0

A partir da referida tabela uma questão relevante a tratar será a da relação existente entre idade da mulher e paridade o que, por hipótese, limitaria o emprego das mesmas de maneira dissociada. No presente estudo a questão será analisada, conforme o anunciado, a partir da relação apresentada entre número total de gestações anteriores e idade da parturiente.

Nesta, observa-se que das mulheres pertencentes à categoria adolescente (14 a 19 anos), 43,6% são primigestas o que poderia, em função da idade ginecológica constituir-se num risco reprodutivo. Nessa perspectiva nenhuma inferência poderia ser feita, com relação ao risco na gravidez, tão somente a partir do critério, ser adolescente grávida.

No entanto, procurando reter esse aspecto procedeu-se a um tratamento específico dos dados brutos disponíveis que indicaram, que das 15 gestantes pertencentes à faixa de 14 a 16, 6 delas, ou seja, 40% poderiam ser consideradas gestantes de risco, não por serem adolescentes mas, por possuírem uma idade ginecológica menor que 2 anos. Para a faixa posterior, de 17 a 19 anos, identificou-se 5 casos, cerca de 13,2%. Desse modo, do total de adolescentes pertencentes à amostra, 20,8% estariam, a partir desse critério, na condição de gestantes de risco.

Por outro lado, 14,9% das adolescentes primigestas

pertencentes à faixa de 14 a 19 anos, assim como 2,9% de secundigestas e tercigestas, por se encontrarem nessas condições já não seriam, pela literatura corrente, consideradas gestantes de risco. Somente a inclusão de outro critério, a variável "pequeno intervalo interpartal" poderia sugerir outro tipo de interpretação no caso destas últimas categorias.

Com relação às primigestas idosas outra ordem de questão se coloca. Consideradas como gestantes de risco, as mulheres com primeira gestação acima dos 29 anos, a presente amostra apresentaria, por hipótese, 9,6% de parturientes nessa condição.

Tendo em vista o pressuposto básico de que variáveis demográficas, tais como a idade e paridade, representam uma área de intersecção entre o biológico e o social, uma análise que relacione número de gestações anteriores por faixas de idade da parturiente, segundo frações de classes sociais familiares permite ampliar a reflexão em torno do assunto. Essa é a proposta presente na Tabela 12, apresentada a seguir.

Em linhas gerais, o que se pode apreender do comportamento desses dados é o fato de a nova pequena burguesia ser a única fração de classe de fato diferenciada das demais, em termos de comportamento reprodutivo.

TABELA 12- NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES POR FRAÇÃO DE CLASSE FAMILIAR, SEGUNDO O NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES E FAIXA ETÁRIA (EM ANOS) EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS, 1990.

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR	NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES	IDADE DA PARTURIENTE								TOTAL
		14 - 16	17 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 40	41 E +		
SUBPROLETARIADO	PRIMIGESTA	4 25.0 100.0	9 56.3 75.0	2 12.5 18.2	1 6.3 16.7	- - -	- - -	- - -	16 100.0 43.2	
	SECUNDIGESTA	- - -	2 18.2 16.7	5 45.5 45.5	2 18.2 33.3	1 9.1 50.0	1 9.1 50.0	- - -	11 100.0 29.7	
	TERCIGESTA	- - -	1 16.7 8.1	4 66.7 36.4	1 16.7 16.7	- - -	- - -	- - -	6 100.0 16.2	
	QUADRIGESTA	- - -	- - -	- - -	2 50.0 33.3	1 25.0 50.0	1 25.0 50.0	- - -	4 100.0 10.8	
SUB-TOTAL		4 10.8 100.0	12 32.4 100.0	11 29.7 100.0	6 16.2 100.0	2 5.4 100.0	2 5.4 100.0	- - -	37 100.0 (16.5)	
PROLETARIADO TÍPICO	PRIMIGESTA	1 6.7 50.0	4 26.7 80.0	7 46.7 38.9	1 6.7 10.0	2 13.3 66.7	- - -	- - -	15 100.0 38.5	
	SECUNDIGESTA	1 7.1 50.0	1 7.1 20.0	7 50.0 38.9	5 35.7 50.0	- - -	- - -	- - -	14 100.0 35.9	
	TERCIGESTA	- - -	- - -	4 80.0 22.2	1 20.0 10.0	- - -	- - -	- - -	5 100.0 12.8	
	QUADRIGESTA	- - -	- - -	- - -	3 60.0 30.0	1 20.0 33.3	- - -	1 20.0 100.0	5 100.0 12.8	
SUB-TOTAL		2 5.1 100.0	5 12.8 100.0	18 46.2 100.0	10 25.6 100.0	3 7.7 100.0	- - -	1 2.6 100.0	39 100.0 (17.4)	
PROLETARIADO NÃO TÍPICO	PRIMIGESTA	2 6.1 100.0	10 30.3 62.5	11 33.3 34.4	8 24.2 32.4	2 6.1 18.2	- - -	- - -	33 100.0 37.1	
	SECUNDIGESTA	- - -	6 18.8 37.5	16 50.0 50.0	5 15.6 22.7	5 15.6 45.5	- - -	- - -	32 6.0 35.9	
	TERCIGESTA	- - -	- - -	4 40.0 12.5	5 50.0 22.7	- - -	1 10.0 20.0	- - -	10 100.0 11.3	
	QUADRIGESTA	- - -	- - -	1 7.1 3.1	4 28.6 18.2	4 28.6 36.3	4 28.6 80.0	1 7.1 100.0	14 100.0 15.7	
SUB-TOTAL		2 2.3 100.0	16 17.9 100.0	32 24.8 100.0	22 24.8 100.0	11 12.4 100.0	5 5.6 100.0	1 1.1 100.0	89 100.0 (39.7)	

Digno de nota é o fato de apresentar por um lado, o menor valor em porcentagem do número de gestações por parturiente estudada na amostra (4,1%) contra, por exemplo, o maior valor apresentado pelo proletariado não típico (39,7%). Por outro, por não apresentar, juntamente com a pequena burguesia tradicional, nenhum valor na categoria multigesta, diferentemente das demais.

Especial referência merece o fato desta apresentar 66,7% dos casos de gestação centrado na categoria primigesta com 50,0% das mulheres iniciando seu processo reprodutivo numa faixa de idade considerada "ideal", do ponto de vista clínico-obstétrico, e "moderno", segundo padrão de comportamento apresentado pelas sociedades urbanas e contemporâneas quando se observa que nenhum valor apresentou-se nas faixas anteriores.

Muito embora esse mesmo tipo de comportamento reprodutivo se apresente no caso do subproletariado, a interpretação dos dados, ou melhor dizendo, do fato, difere substancialmente. Isso porque, a maior concentração (43,2%) de parturientes na categoria primigesta se dá nas baixas idades, isto é, no período da adolescência. Conforme se pode observar, a moda de idade, com 56,3%, se encontra na faixa dos 17 aos 19 anos que, somados aos 25% da faixa dos 14 aos 16 anos, perfaz um total de 81,3%. Para explicar esse fato participa não somente a questão da fraca inserção do

subproletariado no processo produtivo de uma sociedade urbano-industrial do tipo brasileiro mas, sobretudo, a forma como habitus de classe se cristalizam em formas de comportamentos típicos a partir de condições objetivas de existência da classe trabalhadora (BOLTANSKI, 1969; BOURDIEU, 1969).

Se no caso do proletariado esse tipo de explicação parece clara, o mesmo não ocorre com a pequena burguesia tradicional, cujo comportamento reprodutivo se aproxima ora da nova pequena burguesia (caso da ausência de parturientes na categoria multigesta), ora do proletariado em geral, com uma presença, por exemplo, de cerca de 53,9% de primigestas dando à luz no período da adolescência.

Para explicar esse fato concorre, no caso, as especificidades apresentadas por essa categoria histórica que representa uma fração de classe à qual corresponde situações específicas, quer seja em relação ao modo de produção em que se inscreve (do tipo artesanal e de empresas de caráter familiar), quer em relação ao habitus de classe mais tradicional, característico da assunção, por exemplo, da gravidez em idade precoce.

O que é fundamental reter, em termos explicativos, é o fato de que ao se trabalhar com o conceito de classes sociais, diferentemente do de estratificação social, não se

pode querer esperar, em termos do comportamento dos dados, uma tendência ascendente ou descendente, em termos estatísticos. Isso porque o conceito de classes refere-se fundamentalmente, à categorias históricas (STAVENHAGEN, 1966) capazes de traduzir especificidades vividas por cada classe em geral e, por cada fração, em particular.

4.3. PRÉ-NATAL: CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO AMOSTRAL

O atendimento durante o Pré-natal tem sido descrito como um dos meios importantes para o desenvolvimento de saúde do binômio mãe-filho, no sentido de prevenção e controle de fatores de riscos, principalmente, quando o objetivo de análise se localiza no período perinatal (CHASE, 1973; SIQUEIRA, 1975; LAURENTI, 1972).

TAUSSIG, em 1937, em seu trabalho clássico de resgate histórico dos movimentos para assistência pré-natal, já salienta a necessidade de revitalizá-la, dada a importância a ela atribuída como elemento fundamental para o controle do processo gestacional.

Neste sentido, segundo SCHWARCZ et al (1987), o controle pré-natal consiste em "um conjunto de atividades que se exercem sobre a gestante com a finalidade de obter o melhor grau de saúde desta e de seu filho". Para eles, a eficiência do controle pré-natal depende de 4 requisitos básicos: a precocidade de atendimento, a periodicidade ou continuidade, a integralidade das ações e, por último, o caráter extensivo, a cobertura.

Para este estudo específico, elegeram-se alguns desses critérios, segundo os quais, aspectos do pré-natal foram analisados, sendo relatados em seguida.

Das mulheres constantes da população amostral que fizeram o pré-natal e, sobre as quais se dispunha de informações a respeito (224), constata-se que a maioria delas (86,6%), se submeteu ao pré-natal, preenchendo, por conseguinte, um dos critérios delimitados pelos autores acima apontados em relação à eficiência do controle pré-natal. Em contrapartida somente 30 parturientes (13,4%) não foram incluídas nessa categoria por não preencherem o conceito aqui adotado de pré-natal*. A cobertura elevada vem ao encontro de resultados de estudos populacionais amplos (PNAD, 1981), bem como de outras investigações, muito embora, alguns destes não apresentem proporções tão elevadas (IBGE, 1984; SOUZA, 1978; BATISTA, 1983; TANAKA, 1986; VICTORA, 1988).

Ao se distribuir as mulheres do estudo em relação à utilização ou não de assistência pré-natal pelas diferentes frações de classe social familiar (Tabela 13), pode-se observar que há uma tendência crescente de utilização conforme se passa do subproletariado à nova pequena burguesia e, inversamente, uma maior proporção de mulheres que não se submeteram ao pré-natal, localizada no primeiro (subproletariado), decrescendo à medida que passa para as outras frações de classes.

* O conceito de "fazer pré-natal" é aqui entendido a partir da OMS como referido a toda mulher que realiza 4 consultas ou mais durante o período gestacional.

TABELA 13. NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E À FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR, EM AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUÍS-MA, 1990.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL \		FRAÇÕES DE Sub- CLASSE SOCIAL		Proletariado Típico		Proletariado não Típico		Pequena Burguesia Tradicional		Nova Pequena Burguesia		sem informação		TOTAL	
PRE-NATAL \		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com	24	12.4	64.9	35	18.0	77	39.7	38	19.6	9	4.0	11	5.7	194	100.0
					89.8		86.5		97.4		100.0		100.0		86.6
Sem	13	43.3	35.1	4	13.3	12	40.0	1	3.3	-	-	-	-	30	100.0
					10.3		13.5		2.6						13.4
TOTAL	37	16.5	100.0	39	17.4	89	39.7	39	17.4	9	4.0	11	4.9	224	100.0
					100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

* Obs: Foram excluídos 3 casos.

As mulheres da fração de classe subproletária fizeram o controle pré-natal na proporção de 64,9% enquanto que as da nova pequena burguesia todas o fizeram.

Quanto à distribuição da utilização do pré-natal nos diferentes estratos de renda (Tabela 14), observa-se que nas faixas menores de 0,5 salário mínimo como renda individual familiar mensal, o grupo de mulheres com informação e que não utilizaram os serviços de pré-natal representa cerca de 2/3. Em contrapartida no grupo de mulheres com pré-natal esta proporção encontra-se acima de 0,5 salário mínimo. Esses resultados parecem sugerir que a influência da renda deve ser vista não de forma isolada, direta, mas inserida num dado contexto de classe (tabela 13), em que vive a população de mais baixa renda porque a consideração da questão do "acesso" ao pré-natal responde por dada cultura de classe (BOLTANSKI, 1969; BOURDIEU, 1969; ALVARENGA, 1978) que cristaliza formas típicas de comportamento preventivo frente aos riscos da gestação (CIARI Jr. & SIQUEIRA, 1976; ALVARENGA, 1984).

Em suma, as mulheres das frações subproletariado e proletariado (típico e não típico) foram as que menos se utilizaram do atendimento do pré-natal e, este comportamento encontrado é corroborado por vários trabalhos da área (REEDER, 1961; SOUZA, 1978; BOELL, 1980; IBGE, 1981; TANAKA, 1986; VICTORA, 1988).

TABELA 14 DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES DA AMOSTRA ESTUDADA, SEGUNDO REALIZAÇÃO OU NÃO DO PRÉ-NATAL E FAIXAS DE RENDA FAMILIAR POR PESSOA DA FAMÍLIA

PRE-NATAL \ RENDA (S.R.)	0--0.25	0.25--0.5	0.5--1	1--2	2--3	3--5	5 e +	sem informação	TOTAL
Com Pré-Natal	28 14.4 93.3	42 21.7 79.3	32 16.5 84.2	27 13.9 96.4	10 5.2 100.0	8 4.1 100.0	7 3.6 100.0	40 20.6 80.0	194 100.0
Sem Pré-Natal	2 6.7	11 20.7	6 15.8	1 3.6	- -	- -	- -	10 20.0	30 100.0
TOTAL	30 100.0	53 100.0	38 100.0	28 100.0	10 100.0	8 100.0	7 100.0	50 100.0	224 ± 100.0

* Obs.: Foram excluídos 3 casos.

A Tabela 15, apresentada a seguir, permite relacionar as variáveis cor e número de consultas de pré-natal na amostra estudada.

Tendo em vista que na literatura especializada a questão da cor coloca-se, sobretudo nos estudos americanos (RUSH et al., 1972; ALEXANDER et al. 1985; DAVID, 1986; CDC, 1989), como indicador de risco perinatal o tipo de relação buscada partiria, por hipótese, do pressuposto de que a ausência de pré-natal relacionada a etnia negra, colocaria a população sob estudo ao nível de risco maior. No entanto, pelos dados da tabela 15 não se observa uma diferença de comportamento digno de destaque entre as diferentes categorias presentes na amostra, tendo todas uma boa performance quanto à procura e realização do pré-natal.

No entanto, vale destacar, a questão apresentada sob essa ótica revela problemas e é passível de discussão. Em primeiro lugar porque a variável cor entra nesses estudos como mascarando as condições sociais de classe às quais são adscritas a etnia negra em termos gerais. (FERNANDES, 1978; PASSOS, 1978; OLIVEIRA et al., 1985; IANNI, 1987; HASENBALG, 1979; HASENBALG, 1988; MOURA, 1988). Por outro, os estudos sobre saúde devem considerar a questão de cor principalmente em país como o Brasil, em função de contexto histórico-estruturais regionais que evidenciam ao lado das condições de classe a composição étnica da população. Nesse sentido, a

TABELA 15 -NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES SEGUNDO A COR E O NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL, EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUIS-BA, 1990.

\ NÚMERO DE CONSULTAS NO COR x \ PRÉ-NATAL	0	1--4	5--8	9 e +	TOTAL
Branca	8 12.3 26.7	7 10.8 20.6	27 41.5 29.3	23 35.4 34.3	65 28.6
Preta	2 18.2 6.7	1 9.1 2.9	4 36.4 4.3	4 36.4 8.5	11 4.8
Parda	18 12.3 60.0	26 17.8 76.5	61 41.8 66.3	41 28.1 61.2	146 64.3
Não Classificada	2 40.0 6.7	1 20.0 2.9	2 40.0 2.8	- - -	5 2.2
TOTAL	30 13.2	34 14.9	92 40.5	67 29.5	227 100.0 100.0

x INGE - 1983. v. 1, t. 4, n. 7.

despeito das dificuldades metodológicas de classificação dessa variável, em diferentes estudos (COSTA, 1974; ARAUJO, 1987; BERQUÓ, 1988), vale considerar que, em termos proporcionais, a presente amostra guarda relação com os dados nacionais do censo demográfico, IBGE, 1983, para o Estado do Maranhão.

Assim, a baixa proporção da cor preta (4,8%), encontrada entre as parturientes da amostra em contraposição à cor parda (64,3%), sustentam a idéia de que a distribuição encontrada não se refere a problemas amostrais*, mas a uma característica populacional, ou seja, pelos dados do IBGE (1983), a comparação das proporções entre as duas distribuições seria a seguinte: para o censo demográfico: 21,9% (branca), 7,8 (preta), 69,6 (parda) e para a amostra 28,6 (branca), 4,8 (preta) e 64,3 (parda).

Ao se diferenciar a população de mulheres que fizeram o pre-natal das que não o fizeram, em função da cor e fração de classe social familiar (Tabelas 16 e 17 e Gráfico 2), fato a destacar é a presença de um comportamento semelhante para toda a população amostral, independente da cor, ou seja: observa-se uma tendência ao aumento da participação no pre-natal conforme a inscrição na categoria subproletariado, proletariado típico e proletariado não

* Nesse sentido vale lembrar que a ausência de mulheres da classe burguesa na amostra foi devida, por hipóteses, a inauguração de um novo hospital privado, no período do levantamento de dados.

TABELA 16 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES QUE FIZERAM PRÉ-NATAL INSCRITA NA FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR, SEGUNDO A COR EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR \ PARTE	COR DA				TOTAL
	Branca	Preta	Parda	sem	
SubProletariado	3	-	20	1	24
	12.5	-	83.3	4.2	100.0
	5.3	-	15.9	33.3	12.4
Proletariado Típico	9	3	23	-	35
	25.7	8.5	65.7	-	100.0
	16.1	33.3	18.3	-	18.0
Proletariado Não Típico	25	5	46	1	77
	32.4	6.4	59.7	1.2	100.0
	44.6	55.5	36.5	33.3	39.7
Pequena Burguesia Tradicional	10	1	26	1	38
	26.3	2.6	68.4	2.6	100.0
	17.9	11.1	20.7	33.3	19.6
Nova Pequena Burguesia	4	-	5	-	9
	44.4	-	55.6	-	100.0
	7.2	-	3.9	-	4.6
sem informação	5	-	6	-	11
	45.4	-	54.6	-	100.0
	8.9	-	4.7	-	5.7
TOTAL	56	9	126	3	194 ±
	28.8	4.6	64.9	1.5	100.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(±) Foram excluídos 3 casos.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS PARTURIENTES
SEGUNDO A COR, REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL, SE-
GUNDO A FRAÇÃO DE CLASSE FAMILIAR, EM AMOS-
TRA HOSPITALAR, SÃO LUIS - MA, 1990.

TABELA 17 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES SEM PRÉ-NATAL, SEGUNDO A COR E INSCRIÇÃO POR FRAÇÃO DE CLASSE FAMILIAR EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

COR \ CLASSE	Subproletariado		Proletariado Típico		Proletariado não Típico		Pequena Burguesia Tradicional		Nova Pequena Burguesia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	4	50.0 30.8	-		4	50.0 33.3	-		-		8	100.0 26.7
Preta	2	100.0 15.4	-		-		-		-		2	100.0 6.7
Parda	7	38.9 53.8	4	22.2 100.0	6	33.3 50.0	1	5.6 100.0	-		18	100.0 60.0
sem informação	-		-		2	100.0 16.7	-		-		2	100.0 6.7
TOTAL	13	43.3 100.0	4	13.3 100.0	12	40.0 100.0	1	5.3 100.0	-		30	100.0 100.0

típico, respectivamente. Por outro lado uma tendência decrescente para as categorias pequena burguesia tradicional e nova pequena burguesia, o que coloca o proletariado não típico como a moda para todas as categorias de cor - 25 (branca), 5 (preta) e 46 (parda). Uma explicação dessa última tendência requer, no entanto, um aprofundamento do problema em termos de futuras investigações.

Quanto ao outro critério de eficiência de controle do pré-natal, o da precocidade de consulta (tabela 18), permite observar que, aproximadamente 2/3 das parturientes que fizeram o pré-natal o iniciaram no primeiro trimestre de gravidez, enquanto que cerca de 28% no segundo, e, o restante, no terceiro trimestre, revelando, portanto que, embora haja uma proporção elevada com adequada entrada ao controle de pré-natal, em relação à idade gestacional, mais de 30% desta população necessitaria ser estudada em relação a esse aspecto.

Ao se comparar estes resultados com os obtidos em outras investigações pode-se observar, por exemplo, em relação a clientela da Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, zona norte do Município de São Paulo, que em pesquisa realizada a partir de 9.397 partos entre os períodos de novembro de 1980 a dezembro de 1982, apenas 20% das mulheres pesquisadas fizeram no primeiro trimestre da gravidez, seguida de 58,7% no segundo, e 21,3% no terceiro

TABELA 18 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES, SEGUNDO O INÍCIO DO PRÉ-NATAL E O NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS, EM AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990:

MÊS DE INÍCIO DO P.N. (TRIMESTRAL) \	\ NÚMERO DE CONSULTAS ANO PRÉ-NATAL	1--4	5--8	9--	sem informação	TOTAL
Primeiro		11	57	59	2	129
		8.5	44.2	45.7	1.5	100.0
Trimestre		30.5	61.3	93.6	100.0	66.5
Segundo		14	36	4	-	54
		25.9	66.6	7.4	-	100.0
Trimestre		38.8	38.7	6.4	-	27.8
Terceiro		11	-	-	-	11
		100.0	-	-	-	100.0
Trimestre		30.5	-	-	-	5.6
		36	93	63	2	194
		18.5	47.9	32.4	1.0	100.0
TOTAL		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(ANDRADE, 1984).

ALMEIDA (1980), em sua dissertação de mestrado, intitulada "Estudo das características da população de gestantes do serviço de pré-natal do Centro de Saúde 'Geraldo de Paula Souza', da Faculdade de Saúde Pública-USP no período de janeiro de 1964 a dezembro de 1979", encontrou que a idade gestacional, por ocasião da primeira consulta de pré-natal, concentrou-se no 4º mês de gestação, até 1973, havendo nos anos subsequentes, um aumento da proporção de gestantes que procurou o serviço, nos três primeiros meses, não atingindo, porém, mais do que a metade de sua população.

BATISTA (1983), estudando o comportamento da clientela de serviços de pré-natal em Maceió, Alagoas, em 1983, encontrou apenas 28% de gestantes no tempo adequado de consulta de pré-natal (1º trimestre), sendo a maior prevalência no 2º trimestre (41%).

Em síntese, pelos dados encontrados na amostra, é de se supor teoricamente, que 2/3 da população estudada esteja sendo adequadamente atendida, na medida em que o primeiro trimestre de gestação representa o melhor período para a identificação e o controle de problemas do processo gestacional.

Outro critério de eficiência, estabelecido por SCHWARCZ et al. (1987), anteriormente apontados, é a categoria "número de consultas" de pré-natal. Neste trabalho, verificam-se os achados contidos na Tabela 19:

TABELA 19-NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES SEGUNDO O NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL, EM AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUIS-MA, 1990.

Nº de CONSULTAS	Nº	%
<= 4	62	27,7
5 -- 8	99	44,2
>= 9	63	28,1
TOTAL	224*	100,0

* 3 casos sem registro

O número médio de consultas é de 6,8, o que pode ser considerado alto, segundo VICTORA (1988), que encontrou um resultado semelhante (6,6). Entretanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera, como critério de avaliação do atendimento de pré-natal, as mulheres que preencheram mais de 5 consultas, a cobertura elevada de 86,6%, mencionada antes é que incluía, também, aquelas que tinham de uma a quatro consultas, passa a 72,3% na população em estudo.

De qualquer maneira, mesmo depurando os critérios iniciais, a porcentagem de 72,3%, encontrada nesta população, continua elevada, principalmente se se considerarem os resultados obtidos pela PNAD (1981), que não levou em conta o número mínimo de consultas na determinação da existência de atendimento do pré-natal, como pode ser observado a seguir: Região Norte (80,8%), Nordeste (52,9%), Sudeste (81,9%), Sul (79,1%), Sul (79,1%), Centro-Oeste (71,5%). Para o Brasil como um todo foi observado 70,9%. (IBGE, 1983).

Considerando o valor observado para a região Nordeste, na qual se inscreve o Estado do Maranhão, vale destacar que os resultados obtidos na amostra estudada supera o valor encontrado para a referida região, embora coloque-se próxima aos demais valores verificados para as demais e Brasil como um todo.

Resta agora, delinear o perfil das mulheres da amostra estudada, segundo algumas características, relacionadas com o atendimento de pré-natal, tais como idade, posição de classe social familiar, renda, seguro social e locais de realização do pré-natal.

Observando a Tabela 20, o que se destaca é o fato de que as parturientes pertencentes ao subproletariado apresentaram o maior contingente que não realizou o pré-

TABELA 20 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES, SEGUNDO A FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR, REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL, E IDADE, DE AMOSTRA HOSPITALAR, EM SÃO LUÍS-MA, 1990. (continuação)

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR \		PRÉ-NATAL		Idade da mãe					TOTAL
		14-16	17-19	20-24	25-29	30-34	35-40	41 e +	
Pequena Burguesia Tradicional	Con	5	3	15	9	6	-	-	38
		13.2	7.9	39.5	23.7	15.8	-	-	100.0
		100.0	100.0	23.8		100.0	-	-	97.4
	Sen	-	-	1	-	-	-	-	1
		-	-	100.0	-	-	-	-	100.0
		-	-		-	-	-	-	2.6
Subtotal	5	3	16	9	6	-	-	39	
	12.8	7.7	41.0	23.1	15.4	-	-	100.0	
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	-	100.0	
Nova Pequena Burguesia	Con	-	-	-	5	2	1	1	9
		-	-	-	55.6	22.2	11.1	11.1	100.0
		-	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	Sen	-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	-	-	5	2	1	1	9	
	-	-	-	55.6	22.2	11.1	11.1	100.0	
	-	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Sem Informação	Con	2	2	5	1	1	-	-	11
		18.2	18.2	45.4	9.1	9.1	-	-	100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	-	100.0
	Sen	-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	2	2	5	1	1	-	-	11	
	18.2	18.2	45.4	9.1	9.1	-	-	100.0	
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	-	100.0	
TOTAL	15	38	81	53	25	8	3	224(±)	
	6.7	17.1	36.3	23.7	11.2	3.6	1.4	100.0	
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

(±) Foram excluídos 3 casos

natal (35,1%). Comportamento oposto foi o verificado para a classe burguesa, onde a fração pequena burguesia tradicional registrou somente 2,6% de mulheres que não fizeram pré-natal e a nova pequena burguesia nenhum valor foi apresentado. Evidenciando a coerência dos dados até agora analisados em tabelas anteriores, e as evidências da relação existente entre condições de classe e assistência pré-natal vale destacar, em relação ao comportamento das adolescentes pertencentes à fração subproletariado e burguesia (nova e tradicional) que, enquanto mais da metade das gestantes da primeira fração de classe (53,9%) trata-se de adolescentes puérperas que não fizeram o pré-natal, nenhum valor apresentou-se para essa categoria na pequena burguesia tradicional e nenhuma adolescente deu à luz na fração nova pequena burguesia. Aprofundando esse tipo de análise a Tabela 21, permite evidenciar que é no subproletariado com zero consultas de pré-natal localizam-se 35,2% de parturientes. Em contra partida nenhum valor foi observado na fração nova pequena burguesia. O Gráfico 3 ilustra essa tendência.

A distribuição das mulheres da amostra, segundo o número de consultas de pré-natal e faixas de renda individual familiar é apresentada na Tabela 22. Para melhor visualização do comportamento dos dados apresenta-se o Gráfico 4, em que estão agrupadas as faixas de renda familiar menor e maior que meio salário mínimo por pessoa da

TABELA 21 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES, SEGUNDO A FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

Frações de classe social familiar	Número de Consultas				TOTAL
	0	1-4	5-8	9 e +	
SubProletariado	13 35.2 43.4	3 8.1 10.0	11 29.7 11.3	10 27.0 17.9	37 17.4 100.0
Proletariado Típico	4 10.3 13.3	6 15.4 20.0	24 61.5 24.7	5 12.8 8.9	39 18.3 100.0
Proletariado Não Típico	12 13.5 40.0	12 13.5 40.0	40 44.9 41.3	25 28.1 44.6	89 41.8 100.0
Pequena Burguesia Tradicional	1 2.6 3.3	8 20.5 20.7	20 51.3 20.6	10 25.6 17.9	39 18.3 100.0
Nova Pequena Burguesia	- - -	1 11.1 3.3	2 22.2 2.1	6 66.7 10.7	9 4.2 100.0
	30 14.1 100.0	30 14.1 100.0	97 45.5 100.0	56 26.3 100.0	213* 100.0 100.0

* Obs.: Foram excluídos 11 casos por impossibilidade de classificação.

Graf.3 Distribuicao das parturientas segundo o numero de consultas e fracoes de classes sociais familiar, Sao Luis, 1990.

TABELA 22 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES POR NÚMERO DE CONSULTAS E FAIXAS DE RENDA FAMILIAR, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

NÚMERO DE CONSULTAS \		RENDA										sem informação		TOTAL				
		0-0.25		0.25-0.5		0.5-1		1-2		2-3		3-5		5 e +				
1 - - 4	6	18.7	7	21.8	4	12.5	4	12.5	-	-	-	-	-	11	34.4	32	100.0	
		21.5		16.6		12.5		14.8	-	-	-	-	-		27.5		16.5	
5 - - 8	14	14.1	24	24.2	18	18.1	13	13.1	7	7.0	4	4.0	3	3.0	16	16.1	99	100.0
		50.0		57.2		56.2		48.1		70.0		50.0		42.9		40.0		51.0
9 e +	8	12.7	11	17.4	10	15.8	10	15.8	3	4.7	4	6.4	4	6.4	13	20.6	63	100.0
		28.5		26.2		31.2		37.0		30.0		50.0		57.1				32.5
TOTAL	28	14.4	42	21.7	32	16.5	27	13.9	10	5.2	8	4.1	7	3.6	40	20.6	194	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

* Obs.: Foram excluídos 33 casos

Graf.4 Distribuicao proporcional das parturientes segundo numero de consultas de pre-natal e faixas de renda por pessoa da familia, Sao Luis, 1990.

família, sendo excluídas as mulheres que não receberam nenhum atendimento de pré-natal.

Pela análise o gráfico 4 revela a existência de relação inversamente proporcional entre renda e número de consultas de pré-natal. Enquanto que para as mulheres com renda inferior a meio salário mínimo por pessoa da família observa-se 61,9%, valor próximo - 62,0% - apresenta-se para as parturientes que possuem renda maior que meio salário mínimo e 9 consultas e mais.

Nestes termos, os dados sugerem que a variável renda está associada com o número de consultas de pré-natal das mulheres desta população em estudo.

Ao verificar a distribuição das mulheres, segundo a cobertura, ou não, de algum tipo de seguro social (Tabela 23), nota-se que, no conjunto da amostra, 170 mulheres (75,9%) contavam com algum tipo de seguro, para 54 (24,1%) que estavam totalmente descobertas. Comparando o grupo que se submeteu ao pré-natal (194) com o que não teve nenhuma assistência (30), verifica-se que, no primeiro, 156 mulheres (80,4%) estavam cobertas por algum tipo de seguro social, para 38 (19,6%), totalmente desprovidas, enquanto que entre aquelas que não realizaram o pré-natal, a proporção foi de 14 (46,7%) com algum tipo de seguro, para 16 (53,6%) sem nenhum seguro social sendo o χ^2 significante.

TABELA 23 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES, SEGUNDO A ASSISTÊNCIA OU NÃO DE PRÉ-NATAL DE PARTURIENTES DE AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUIS-MA, 1990.

ASSISTÊNCIA \ SEGURO		Com		Sem		TOTAL	
PRE-NATAL \	SOCIAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com		156	88.4	38	19.6	194	100.0
Sem		14	46.7	16	53.3	30	100.0
TOTAL (±)		170	75.9	54	24.1	224	100.0

(±) Foram excluídos 3 casos.
 $\chi^2_o = 14.4$
 $\chi^2_c = 3.84$

Ao tentar identificar os locais de realização do pré-natal, distinguindo-se os serviços de saúde em públicos, privados e outros e excluindo os dados "sem informação" (Tabela 24) constatou-se que 95 (69,3%) mulheres, dentre as 137 que fizeram o pré-natal, o fizeram em serviços públicos, contra 17,5% (24) em serviços privados e 13,1% (18) em outros. Dentre os serviços públicos o maior valor obtido em relação ao volume de atendimento (62,0%) refere-se a um dos hospitais pesquisados, o do tipo previdenciário (serviço B). Na mesma categoria, o serviço público E, da Secretaria de Estado da Saúde, cobrindo 12,6%, também compõe a presente amostra(*).

Ao se estudar a distribuição das mulheres da amostra que fizeram o pré-natal, segundo o tipo de serviço e número de consultas realizadas, constata-se que, no que se refere aos serviços públicos, o Hospital B foi o local em que se concentrou a maior proporção de mulheres que receberam mais de 5 consultas de pré-natal (53,7%), seguido bem distante dos hospitais A e E, respectivamente com 13,7% e 12,6% (excluindo-se, em termos de cálculo, os casos sem informação). Esse resultado permite dizer que o presente estudo ocorreu em locais que têm grande relevância na realidade de São Luiz do Maranhão, na medida em que cobrem cerca de 51,8% de todo o atendimento das mulheres da amostra estudada.

(*) O outro serviço (Hospital C) componente da amostra refere-se a Hospital do tipo privado.

TABELA 24 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS PARTURIENTES POR LOCAL DE RESIDÊNCIA DE PRÉ-NATAL, SEGUNDO O NÚMERO DE CONSULTAS, EM AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUÍS-MA, 1990.

LOCAL DE \ NÚMERO DE PRÉ-NATAL \ CONSULTAS		1--4		5--8		9 e +		sem		TOTAL	
Serviços Públicos	A_	2	15.4	8	61.5	3	23.1	-	-	13	6.7
	B_	8	13.3	30	50.0	21	35.0	1	1.7	60	30.9
	C_	3	30.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	10	5.1
	D_	1	50.0	1	50.0	-	-	-	-	2	1.0
	E_	2	16.6	8	66.7	2	16.6	-	-	12	6.2
Sub-Total		16	16.5	52	53.6	27	27.8	2	2.1	97	50.0
Filantropi- co		-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	0.5
Serviços Privados	Clin. Partic.	1	4.3	9	39.1	12	52.2	1	4.3	23	11.8
	Conveniado	-	-	-	-	1	50.0	1	50.0	2	1.3
Sub-Total		1	3.8	10	38.5	13	50.0	2	7.7	26	13.4
Outros		4	22.2	4	22.2	10	55.5	-	-	18	9.3
sem informação		13	24.5	28	52.8	12	22.6	-	-	53	27.3
TOTAL		34	17.5	94	48.5	62	32.0	4	2.0	194	100.0

* Locais de Realização da pesquisa.

Obs.: Foram excluídos 3 casos.

Dentre os Serviços Privados, o mais utilizado foi a Clínica Particular, onde 22, dentre as 24 mulheres (91,6%) realizaram o Pré-Natal, encontrando-se a proporção de 87,5% daquelas que tiveram mais de cinco consultas; assim o serviço conveniado e o filantrópico foram responsáveis pelo pré-natal de apenas 8,4% das mulheres da amostra.

Por outro lado, somente 13,1% recorreram a outro tipo de serviço, distinto dos anteriores.

Ao se relacionar o tipo de seguro social das mulheres que fizeram o pré-natal e o local em que o mesmo foi realizado (Tabela 25), verifica-se que 48,4% eram filiadas ao INPS, tendo sido atendidas, em sua maioria (61,7%), em serviços públicos de saúde, com concentração de 50% no Hospital B (um dos locais da pesquisa do presente trabalho) e, os demais 50%, distribuídos por outros hospitais públicos, além de 5,3% pelos serviços privados e 10,6% por outros tipos de serviços. Outra modalidade das mais encontradas foi o convênio-empresa, em 9,8% da amostra, seguida do IPEM (de funcionários públicos) (6,2%), convênio particular (4,6%), além de 10,3% em que foram agrupadas mulheres com outros tipos de modalidades e 0,5% de parturientes com direito ao INPS e IPEM.

Do total das mulheres atendidas nos serviços de saúde, 19,6% não contavam com cobertura de nenhum tipo de

TABELA 25 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES PELO TIPO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL, EM AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LOÍS-A, 1991.

\ NATUREZA		IMPS	IPER	PATRONAL	CONVÊNIO PARTICULAR	CONVÊNIO EMPRESA	OUTROS	SER SEGURO	COMBINAÇÃO IMPS+IPER	NÃO REG.	TOTAL
TIPO DO \	DO										
LOCAL DE \	SERVIÇO										
PRÉ-NATAL \											
SERVIÇOS PÚBLICOS	A	5 38.5	-	-	-	-	1 7.7	7 53.8	-	-	13 6.7
	B	47 78.3	1 1.6	-	-	-	3 5.0	8 13.3	-	1 1.6	60 30.9
	C	3 30.0	2 20.0	-	-	-	1 10.0	4 40.0	-	-	10 5.1
	D	1 50.0	-	-	-	-	1 50.0	-	-	-	2 1.3
	E*	2 15.4	-	-	1 7.7	-	3 23.1	6 46.1	1 7.7	-	13 6.7
SUB-TOTAL		58 59.1	3 3.1	-	1 1.0	-	9 9.2	25 25.5	1 1.0	1 1.0	98 50.5
SERVIÇOS PRIVADOS	FILANT.	-	-	-	-	-	-	1 100.0	-	-	1 0.5
	C.PART.	4 17.4	-	1 4.3	3 13.0	11 4.3	2 8.7	-	-	2 8.7	23 11.8
	CONV.	1 50.0	-	-	-	1 50.0	-	-	-	-	2 1.3
SUB-TOTAL		5 19.2	-	1 3.8	3 11.5	12 46.1	2 7.6	1 3.8	-	2 7.6	26 13.4
OUTROS		10 50.0	1 5.0	-	1 5.0	-	1 5.0	6 30.0	-	1 5.0	20 10.3
SEM INF.		21 42.0	8 16.0	-	4 8.0	7 2.0	8 16.0	6 12.0	-	-	50 25.7
TOTAL		94 48.4	12 6.2	1 0.5	9 4.6	19 9.8	20 10.3	38 19.6	1 0.5	4 2.1	194 100.0

* LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

seguro social, chamando atenção o fato de a maioria delas (65,8%) ter feito o pré-natal nos hospitais públicos, com maior concentração no Hospital B (32%), seguido do A (28%) e do E (24%); apenas uma mulher foi assistida no Hospital Filantrópico e outras 6 (15,8%), em outros tipos de serviços.

Ao contrário das previdenciárias e das que não têm nenhum seguro, as quais, em sua maioria, foram assistidas em serviços públicos de saúde, as mulheres enquadradas nas modalidades "patronal" e "convênio-empresa" (10,3%), foram atendidas na Clínica Particular e em Hospital conveniado, expressando-se, em termos da população amostral, buscas distintas de tipos de serviços de saúde, conforme a vinculação, ou não, às diferentes modalidades de seguro social.

A partir da caracterização da assistência pré-natal a que se submeteram as mulheres da amostra estudada, poder-se-ia esperar que, segundo alguns critérios apontados anteriormente para avaliar a eficiência do controle gestacional, o grupo de 194 mulheres, em sua maioria, estaria em condições favoráveis para o parto, ou seja, com alta probabilidade de ter a sua saúde e a do conceito, pelo menos controlada. Entretanto, a análise isolada do pré-natal, levando em conta os indicadores de cobertura, concentração, precocidade no atendimento, pode não estar

significando um controle efetivo dos fatores de risco, se não associada a uma avaliação da qualidade da assistência prestada, que não se pode garantir apenas a partir dos critérios antes mencionados. Acreditando que essa qualidade pode estar sendo melhor observada na etapa subsequente do processo de análise, que engloba as condições do recém-nascido e as ligadas à assistência, a hipótese presente a considerar é a do pré-natal como um dos elementos que podem estar interferindo na situação perinatal, juntamente com outros, relacionado ao parto e ao recém-nascido. Somente nesta medida pode-se avaliar com maior propriedade a questão perinatal, relacionando cada um dos elementos para dada situação encontrada e buscando identificar em que termos a classe social contribuiu para a explicação do processo saúde-doença no período perinatal.

4.4. CONDIÇÕES DE PARTO E TIPO DE ASSISTÊNCIA

Acompanhando-se a situação das mulheres da amostra estudada em relação às condições de parto e tipo de assistência, apresentam-se alguns aspectos relevantes que foram destacados para efeitos de análise: tipo de parto a que se submeteram; tipo de parto segundo locais em que ocorreram; tipo de parto segundo modalidades de seguro social das mulheres; categorias profissionais responsáveis pelo atendimento, segundo tipos de parto; algumas características das parturientes, relacionadas com sua inserção nas diferentes frações de classes sociais familiares, segundo tipos de parto e antecedentes obstétricos.

Ao se distribuírem as mulheres da amostra estudada, sobre as quais se dispõe de informação a respeito (223 mulheres), segundo tipo de parto a que foram submetidas (Tabela 26), constata-se que 170 delas (76,2%) tiveram parto normal, enquanto 53 (23,8%) foram cesariadas. Este resultado, quando comparado com os dados nacionais em torno de 28% (PNAD, 1983) embora abaixo da média, segundo a OMS (AYUB, 1989), "não há justificativa para qualquer região do globo ter taxas maiores do que 10 a 15%", pelos riscos que oferece à saúde da mãe e da criança.

TABELA 26- NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES PELO TIPO DE PARTO, SEGUNDO O TIPO DE HOSPITAL, DE AMOSTRAL SÃO LUIS-MA, 1991.

\ TIPO DE TIPO \ HOSPITAL DE \ PARTO \		A		B		C		TOTAL	
Normal		85	50.0 86.7	80	47.0 80.8	05	3.0 16.7	170	100.0 74.9
Cesàrea		10	18.8 10.2	18	34.0 18.2	25	47.2 83.3	53	100.0 23.3
Sem Registro		03	75.0 3.1	01	25.0 1.0	--	- -	04	100.0 1.8
TOTAL		98	43.2 100.0	99	43.6 100.0	30	13.2 100.0	227*	100.0

* FORAM OMITIDOS 3 CASOS

Tentando aproximações maiores com a realidade, no sentido de se apreender a distribuição das mulheres da amostra, segundo tipo de parto em cada um dos três tipos de hospital em que o mesmo foi realizado, tem-se pela Tabela 26, diferenças de comportamento, de acordo com o tipo de hospital, incluindo-se aí o conjunto da amostra onde os casos sem registro perfaz um total de 1,8%.

Nesse sentido, verifica-se que a maior proporção de mulheres cesariadas - 25, correspondendo a 47,2% do total das cesariadas da amostra - está concentrada no Hospital C, onde apenas 16,7% de todos os partos foram normais, para 83,3% de partos por cesária. Este comportamento foi distinto nos Hospitais A e B, nos quais, a proporção foi de 10,2% de mulheres cesariadas para 86,7% de mulheres com parto normal e 18,2% de cesariadas para 80,8% daquelas com parto normal, respectivamente. A hipótese de que a distribuição desigual observada pode estar revelando atendimentos a frações de classe social distintas, caracterizando igualmente uma prática institucional diferenciada, respalda-se na literatura especializada.

A esse respeito, BRAGA (1988), apoiado pelo CLAP, declara:

"... fica claro que a incidência de cesariana aumenta com a melhoria da condição sócio-econômica da

assistida. Nas indigentes existe a menor freqüência. Seguem-se as previdenciárias e as mais altas taxas são alcançadas pelas pacientes da clínica privada. Esse fenômeno é mundial, mas no Brasil, faz com que a diferença seja escandalosa. Enquanto maternidades universitárias, embora concentrando a grande massa das gestantes de alto risco, que fazem subir o número de indicações de cesariana, têm cifras de 15 a 20%, as particulares chegam a apresentar índices superiores a 80%".

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar do IBGE (PNAD), em 1981, mostrou que, para uma incidência nacional de cesarianas de 28,9%, 16,7% das pacientes que receberam até um salário mínimo foram cesariadas, enquanto as que receberam acima de 10 salários mínimos o foram em 57,6%, patenteando, no dizer de BRAGA (1988), que "as indicações de parto cirúrgico não se pautam exclusivamente por condições médicas da mãe ou do feto, já que no grupo de maior risco (os carentes, desnutridos, desassistidos quanto à saúde) a incidência é cinco vezes menor do que a do grupo privilegiado".

A abordagem oferecida por BRAGA (1988) e PNAD (1981) permite indicar que essa mesma tendência pode ser observada na população amostral sob estudo quando se analisa as relações entre tipo de parto e fração de classe social,

que pode ser observada na Tabela 27 e Gráfico 5(*)).

Nestes, os dados revelam a presença de um comportamento de classe diferenciado quando se compara sobretudo a fração subproletariado e a da nova pequena burguesia. Em relação a primeira, a proporção de partos cesarianos é de 10,8% contra 55,6% para a segunda, o que pode ser melhor visualizado no Gráfico 6. Vale ainda notar que a tendência observada, em muitas das variáveis anteriormente analisadas, de um comportamento próximo entre a fração subproletariado e pequena burguesia tradicional ainda se mantém o que sugere uma coerência em função das próprias características que as definem como frações de classe. Vale destacar ainda, a elevada proporção de cesárias observada para a fração de classe proletariado não típico (29,2%), e mesmo para a do proletariado típico, que apresenta um valor próximo (21,1%) ao limite tradicionalmente aceito pela comunidade científica da área, ou seja, o de 20%.

Em relação à hipótese da existência de uma prática institucional diferenciada no caso dos três hospitais pertencentes à amostra em estudo, a Tabela 28 apresenta dados reveladores, ou seja: permite identificar que o Hospital C, além de apresentar a maior proporção de partos por cesariana (83,3%) responderia por uma dada concepção de

(*) No referido gráfico os casos sem registro (4) foram excluídos.

TABELA 27 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES PELO TIPO DE PARTO, SEGUNDO A FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR, DE AMOSTRA SÃO LUIS-MA, 1991.

\ FRAÇÃO DE CLASSE														
TIPO \ SOCIAL FAMILIAR		SUBPROLE-		PROLETA-		PROLETA-		PEQUENA		NOVA		SEM		TOTAL
DE \		TARIADO		RIADO		RIADO NÃO		BURGUESIA		PEQUENA		INFORMAÇÃO		
PARTO \				TÍPICO		TÍPICO		TRADICIONAL		BURGUESIA				
<hr/>														
Normal		33	19.5	30	17.8	62	36.7	34	20.1	4	2.4	6	3.6	169 100.0
			89.2		76.9		69.7		87.2		44.4		54.5	75.4
Cesárea		4	7.8	8	15.7	26	51.0	4	7.8	5	9.8	4	7.8	51 100.0
			10.8		20.5		29.2		10.3		55.6		36.4	22.8
Sem Registro		-	-	1	15.0	1	25.0	1	25.0	-	-	1	25.0	
			-		2.6		-		2.6		-		9.1	4 100.0
														1.8
<hr/>														
TOTAL		37	-	39	-	89	-	39	-	9	-	11	-	224± -
			16.5		17.4		39.7		17.4		4.0		4.9	-

* FORAM EXCLUÍDOS 3 CASOS

Graf.5 Distribuicao proporcional das parturientes segundo o tipo de parto e fracoes de classes sociais familiar, Sao Luis, 1990.

GRÁFICO 6 - TIPO DE PARTO SEGUNDO AS FRAÇÕES DE CLASSE DO SUBPROLETARIADO E DA NOVA PEQUENA BURGUESIA NA AMOSTRA ESTUDADA.

Subproletariado

Cesarea

Normal

Nova Pequena Burguesia

Cesarea

Normal

AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-DA, 1994.

	FRAÇÃO DE TIPO DE \ CLASSE PARTO/ \ SOCIAL HOSPITAL \	SUB- PROLE- TARIADO	PROLE- TARIADO TÍPICO	PROLE- TARIADO NÃO TÍPICO	PEQUENA BURGUESIA TRADI- CIONAL	NOVA PEQUENA BURGUESIA	SER INFOR- MAÇÃO	TOTAL
	NORMAL	17 28.6 89.4	17 28.6 89.4	31 36.4 86.1	16 18.8 84.2	- - -	4 4.7 80.0	85 100.0 86.7
A	CESÁREA	2 20.0 10.5	1 10.0 5.3	4 40.0 11.1	2 20.0 10.5	- - -	1 10.0 20.0	10 100.0 10.2
	S/INFORM.	- - -	1 33.3 5.3	1 53.3 2.7	1 33.3 5.3	- - -	- - -	3 100.0 3.1
	SUB-TOTAL	19 19.4 100.0	19 19.4 100.0	36 36.7 100.0	19 19.4 100.0	- - -	5 5.1 100.0	98 100.0 100.0
	NORMAL	16 20.0 89.9	11 13.8 84.6	30 37.5 85.7	10 22.5 90.0	2 2.5 50.0	3 3.8 33.3	88 100.0 80.8
B	CESÁREA	2 11.1 11.1	2 11.1 15.4	5 27.8 14.3	2 11.1 10.0	2 11.1 50.0	5 27.8 55.6	10 100.0 18.2
	S/INFORM.	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	1 100.0 11.1	1 100.0 1.0
	SUB-TOTAL	18 18.2 100.0	13 13.1 100.0	35 35.4 100.0	20 20.2 100.0	4 4.0 100.0	9 9.1 100.0	99 100.0 100.0
	NORMAL	- - -	2 40.0 28.6	1 20.0 5.6	- - -	2 40.0 40.0	- - -	5 100.0 16.7
C	CESÁREA	- - -	5 20.0 71.4	17 68.0 94.4	- - -	3 12.0 60.0	- - -	25 100.0 83.3
	S/INFORM.	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
	SUB-TOTAL	- - -	7 23.3 100.0	18 60.0 100.0	- - -	5 16.7 100.0	- - -	30 100.0 100.0
	TOTAL	37 16.3 100.0	39 17.2 100.0	89 39.2 100.0	39 17.2 100.0	9 4.0 100.0	14 6.7 100.0	227 100.0 100.0

prática institucional, amplamente generalizada no país, que prescreve a cesariana como conduta indiferenciada, quer em termos de risco para gravidez, quer em termos da condição de classe. Essa conduta explicaria, por um lado, a elevada proporção observada para a nova pequena burguesia (60,0%) e, por outro, as constatadas igualmente para o proletariado não típico, com 94,4% e o proletariado típico com 71,4%. Essa diferenciação caracterizadora da hipótese da existência de uma prática institucional diferenciada deste hospital, em relação aos demais da amostra estudada, encontra respaldo quando se observa sobretudo os resultados encontrados para as frações proletariado típico e não típico nos Hospitais B e A.

Em relação ao primeiro (B), a despeito da moda, em relação à cesária, encontra-se na fração proletariado não típico, a proporção desse tipo de parto em relação ao normal, encontra-se dentro dos limites aceitáveis (14,3%), o mesmo observando-se para a fração proletariado típico (15,4%). No entanto, fato a destacar é o de que a menor taxa de cesária foi a encontrada no Hospital A que apresenta um valor em torno de 10,0% para todas as frações de classe atendidas, com exceção do proletariado típico, cuja proporção adquire valor bem baixo (5,3%).

Ainda corroborando a referida hipótese de que práticas institucionais em relação à indicação do parto

cesária não se circunscrevia aos limites da coerência da conduta clínica, tendo em vista a gravidez de alto risco para a mulher e/ou recém-nascido, mas a outro nível de determinações que se encontram fora desses limites, encontra-se o fato de: (1º) o subproletariado apresentar, ao lado da pequena burguesia tradicional taxas semelhantes (em torno de 10,5%), tanto no Hospital A, quanto no B, e neste último inclusive inferior às frações do proletariado (típico e não típico); (2º) o mesmo, juntamente com a nova pequena burguesia tradicional não apresentarem atendimento no Hospital C.

Reforça-se, ainda, a idéia de atendimentos diferenciais de acordo com o tipo de hospital, os dados da Tabela 29 que apresenta a distribuição das mulheres da amostra, segundo tipo de parto, realizado por diferentes profissionais em distintos tipos de hospital. Nesta, o fato a destacar é o Hospital A ser o único que apresenta, de maneira característica, a incorporação da categoria "auxiliar de enfermagem", além de outros profissionais como igualmente responsáveis, ao lado do médico, pelo atendimento ao parto normal.

Assim, considerando que o padrão de assistência ao parto por profissional médico, se apresenta, na sociedade brasileira, como valor a ser alcançado pela população em geral, ao se verificar a existência desse tipo de

TABELA 29- NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES PELO TIPO DE HOSPITAL, SEGUNDO O TIPO DE PARTO E O PROFISSIONAL QUE O REALIZOU DE AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUIS-PA, 1991.

Tipo de Hospital	Tipo de Parto	Profissional que realizou o parto								TOTAL	
		Médico		Auxiliar de Enfermagem		Outros		sem Registro			
A	Normal	42	49.4	20	23.5	8	9.4	15	17.6	85	100.0
			80.8		100.0		100.0		83.3		86.7
	Cesária	10	100.0								
			19.2	-	-	-	-	-	-	10	100.0
				-		-		-			10.2
B	sem registro	-	-	-	-	-	-	3	100.0	3	100.0
				-		-			16.6		3.0
	SubTotal	52	53.1	20	20.4	8	8.2	18	18.3	98	100.0
			100.0		100.0		100.0		100.0		43.2
C	Normal	77	96.3	-	-	2	2.6	1	1.3	80	100.0
			80.2		-		66.6		100.0		80.8
	Cesária	18	100.0	-	-	-	-	-	-	18	100.0
			18.8		-		-		-		18.2
	sem registro	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
D			1.0		-		-		-		
	SubTotal	96	97.0	-	-	2	2.0	1	1.0	99	100.0
			100.0		-		100.0		100.0		43.6
E	Normal	5	100.0	-	-	-	-	-	-	5	100.0
			16.7		-		-		-		16.7
	Cesária	25	100.0	-	-	-	-	-	-	25	100.0
			83.3		-		-		-		83.3
	sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F				-		-		-		-	
	SubTotal	30	100.0	-	-	-	-	-	-	30	100.0
			100.0		-		-		-		13.2
TOTAL		178	78.4	20	8.8	10	4.4	19	8.3	227	100.0
			100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

atendimento realizado por outro profissional, que não o médico, pode-se supor a presença de formas diferenciadas de atenção à saúde voltadas, de maneira característica, a segmentos sociais determinados. Trata-se, em suma, da manifestação concreta do acesso diferencial à assistência à saúde a que estão submetidas frações de classe inscritas no interior de dada realidade social.

Essa linha de raciocínio encontra ainda sustentação quando do exame da Tabela 30, que oferece novas evidências empíricas, ou seja: ao se observar o tipo de seguro social a que se vinculam, ou não, as mulheres da amostra estudada, constata-se a existência de mecanismos indicadores do acesso desigual a tipos de atendimento à saúde. Nesse sentido, o fato de 54 (24,1%) mulheres da amostra não terem cobertura de nenhuma modalidade de seguro social permite inferir que, nessa proporção, as mulheres da amostra são atendidas preferencialmente por determinados tipos de hospitais. No caso, o Hospital A, absorveu 83,3% delas, cabendo ao Hospital B prestar atendimento aos 16,6% restantes.

Observa-se, finalmente, que de modo geral, os Hospitais A e B se encarregam de prestar atendimento ao grupo previdenciário, sendo o B aquele que mais absorve esse grupo (78,1%), além das servidoras públicas que estão presentes em ambos, na mesma proporção. A presença de

TABELA 30- NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES SEGUNDO O SEGURO SOCIAL E O TIPO DE HOSPITAL DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1991.

Seguro Social	Tipo de Hospital						TOTAL
	A		B		C		
INPS	21	21.8 21.6	75	78.1 77.3	-	- -	96 100.0 42.8
IPEN	6	42.8 6.2	8	57.2 8.2	-	- -	14 100.0 6.2
PATRONAL	-	- -	-	- -	1	- 3.3	1 100.0 0.5
Convênio Particular	3	33.3 3.1	-	- -	6	66.6 20.0	9 100.0 4.1
Convênio Empresa	1	4.7 1.0	-	- -	20	95.3 66.6	21 100.0 9.3
Outros	20	83.3 20.6	3	12.5 3.1	1	4.2 3.3	24 100.0 10.7
Não tem seguro	45	83.3 46.4	9	16.6 9.3	-	- -	54 100.0 24.1
sem informação	1	20.0 1.0	2	40.0 2.1	2	40.0 6.6	5 100.0 2.2
TOTAL	97	43.3 100.0	97	43.3 100.0	30	13.4 100.0	224 100.0 100.0

(*) Foram omitidos 3 casos.

conveniadas particulares e de empresa entre seus usuários e também de outras modalidades, embora em número reduzido, sugere que o Hospital A é aberto a qualquer tipo de usuário. O Hospital C, em contrapartida, conta, entre os atendimentos, com a presença de mulheres com cobertura de seguro patronal, de convênio particular, de convênio empresa (95,3%) e outro tipo de modalidade, revelando tratar-se de serviço que atende a uma clientela diferenciada socialmente, excluindo seguradas do INPS, do IPEM e aquelas sem cobertura de seguro social.

Diante dos dados observados é relevante concluir que a análise da questão da assistência ao parto, longe de circunscrever-se à natureza puramente biológica do problema gestacional, requer a ampliação do nível de explicação do fato por sugerir a relevância da consideração das condições de classe, a partir da qual se pautam o acesso diferencial a formas específicas de assistência, presentes na realidade brasileira em geral e reproduzidas, de forma típica, em nível de realidades locais e mesmo singulares, como é o caso de um estudo de amostra, conforme o que caracteriza o presente trabalho.

4.5. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO.

Tendo em vista a natureza das hipóteses e objetivos do presente trabalho, a análise das relações entre condições de nascimento e assistência do recém-nascido permite avançar na compreensão do objeto de estudo - morbimortalidade - por permitir, ao lado da identificação do tipo de comportamento de variáveis biológicas classicamente empregadas pela epidemiologia no tratamento do problema (tais como, peso ao nascer, estatura do recém-nascido, tipo de parto, etc.), promover a articulação das mesmas às condições de classe a que estão submetidas as parturientes da amostra, enquanto pertencentes a determinadas frações destas.

Para esse conjunto de análise a presente amostra conta com uma proporção de 95,5% de nascidos vivos, correspondendo a 214 casos, contra 2,7% de mortes perinatais - óbitos ocorridos em crianças com menos de 48 horas e nascidos mortos - compreendendo 6 casos, conforme Tabela 31.

A distribuição dos recém-nascidos, segundo as condições de nascimento, revela que o hospital C não apresenta nenhum óbito perinatal, dentre os ocorridos para o conjunto da amostra, fato que lhe imprime caráter peculiar, diferenciando-o dos demais. A maior proporção observada em relação ao total dessas mortes encontra-se no hospital, com

TABELA 31 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO TIPO DE HOSPITAL, DE AMOSTRA EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO \	\ TIPO DE HOSPI- TAL		A		B		C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nascido Vivo	93	43.5	91	42.5	30	14.0	214	100.0		
		95.8		93.8					95.5	
Morte Perinatal	2	33.3	4	66.6			6	100.0		
		2.0		4.1		----			2.7	
sem informação	2	50.0	2	50.0			4	100.0		
		2.0		2.0		----			1.8	
TOTAL	97	43.3	97	43.3	30	13.4	224	100.0		
		100.0		100.0		100.0	(±) 100.0			

(±) Foram excluídos 3 casos

66,7% contra 33,3% no hospital A.

A distribuição diferenciada da mortalidade perinatal por frações de classe social familiar pode ser constatada com base na Tabela 32.

Por esta tabela, verifica-se a inexistência de óbitos na fração de classe nova pequena burguesia. Apesar do pequeno número de casos observados na amostra é possível que a ausência de mortes nessa fração de classe pode estar refletindo as condições de classe das parturientes que a compõem e que lhe confere melhores condições de assistência, quer em termos de um maior número de consultas, observados no pré-natal, quer pelo seguro social que lhe assegura a livre escolha de determinados hospitais e melhores condições no parto. Vale lembrar que numa proporção de 55,6% seu atendimento ocorreu no Hospital B, conforme análise anterior.

Por outro lado, as mortes registradas nesse período concentram-se, no que diz às frações de classe, em sua maioria (83,2%), no Proletariado como um todo, e na pequena burguesia tradicional (16,6%), que mais uma vez acompanha o comportamento da fração subproletariado, o que passa a sugerir relações existentes entre mortalidade perinatal e condições de classe das parturientes estudadas na amostra.

TABELA 32- NÚMERO E PROPORÇÃO DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A FRAÇÃO DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO	\ FRAÇÃO DE \ CLASSE \ SOCIAL FAMILIAR		Subproletariado		Proleta- riado típico		Proleta- riado não típico		Pequena Burguesia Tradicional		Nova Pequena Burguesia		sem infor- mação		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nascido Vivo	36	16.8	37	17.3	83	38.8	38	17.7	9	4.2	11	5.1	214	100.0		
		97.3		94.8		93.2		97.4		100.0		100.0			96.5	
Morte Perinatal	1	16.6	1	16.6	3	50.0	1	16.6							6	100.0
		2.7		2.5		3.4		2.5		----		----			2.7	
sem informação		-----	1	25.0	3	75.0									4	100.0
				2.5		3.4		----		----		----			1.8	
TOTAL	37	16.5	39	17.4	89	39.7	39	17.4	9	4.0	11	4.9	224	100.0		
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		(*)	100.0	

(*) Foram excluídos 3 casos.

Graf.7 Distribuicao proporcional dos recém-nascidos segundo peso ao nascer, São Luis, 1990.

Avançando na análise das condições de nascimento, a consideração da distribuição do peso do recém-nascido permite sugerir importantes relações.

Como se observa no Gráfico 12, o peso ao nascer, na população estudada, tem a distribuição próxima de uma curva normal, expressando, portanto, que o número da amostra calculada, sugere tratar-se de um bom indicador em termos da amostra obtida (WICOX et al, 1983).

Isto significa, em outras palavras, que a amostra levantada, ao refletir a curva normal, é, do ponto de vista estatístico, indicativa de representatividade do universo a que se refere.

TABELA 33- NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO AO NASCER DOS RECÉM-NASCIDOS, DE AMOSTRA HOSPITAL, EM SÃO LUIS-MA, 1990.

Peso ao Nascer	No.	%
<= 2499g	15	7,0
2500 ---- 2999g	45	20,9
3000 ---- 3499g	99	46,1
3500 ---- 3999g	47	21,8
>= 4000g	9	4,2
Total	215*	100%

* Foram excluídos 12 casos sem informação.

No presente estudo, a incidência de crianças que nasceram com baixo peso ($\leq 2499g$), foi de 7,0%. Na literatura, encontram-se referências em torno deste valor. No exterior, registra para a Suécia, 3,6% (OMS, 1978 apud PUFFER e SERRANO, 1988), para a Inglaterra, 6,93% (CHAMBERLAIN, 1975) e para a América Latina, 11,6% (SCHWARCZ, 1986).

No Brasil, para São Paulo, encontrou-se 6,93% (BENÍCIO, 1983), 7,4% (LAURENTI et al, 1985), 9,69% (MONTEIRO, 1979); em outras cidades do Estado de São Paulo, foi encontrado, para Ribeirão Preto 6,0% (TERUEL et al, 1975) e para Cotia, 11,54% (TANAKA, 1986). Finalmente, para Recife, a proporção 10,0% (NUNES, 1976), 8,5% para o Brasil, (NOBREGA, 1985).

Da mesma forma que SIQUEIRA (1981) utiliza o índice de inadequação de peso como o conceito de peso inadequado (3000g e menos), neste trabalho, para efeito de análise, concomitantemente ao baixo peso ao nascer, é utilizado o índice de inadequação de peso, segundo o qual o peso inadequado situa-se até 2999g.

Uma justificativa para a utilização do conceito de peso inadequado pode ser encontrada no trabalho de SIQUEIRA (1981) quando afirma que "existem evidências de que as causas que levam ao nascimento de crianças de baixo peso sejam as mesmas que influem no nascimento de crianças de 2501 a 3000 gramas" (SIQUEIRA, 1981, pag. 24).

Sendo assim, na amostra estudada, foi observada uma incidência de peso inadequado da ordem de 27,9%. Na literatura encontram-se valores, na maioria das vezes, superiores ao deste trabalho, a exemplo da Suécia - 15,2% (OMS, 1978 apud PUFFER e SERRANO, 1988). No Brasil, para São Paulo, a literatura indica 36,8% (LAURENTI et al, 1985), para Ribeirão Preto 29,4% (TERUEL et al, 1975) e para Recife 43% (NUNES, 1976).

Prosseguindo, apresenta-se a Tabela 34, a partir da qual, procura-se analisar a relação entre o sexo e a estatura do recém-nascido.

Por esta tabela, encontram-se distribuídos, quase na mesma proporção, os recém-nascidos do sexo masculino (49,8%) e os recém-nascidos do sexo feminino (50,2%). A moda da estatura está entre 48 e 50 centímetros, com 55,1% dos recém-nascidos da amostra, sendo esta considerada como normal, na vasta literatura a respeito do assunto e próxima aos valores identificados pelo IBGE (1983) para o Estado do

Maranhão.

Ao analisar-se a distribuição dos recém-nascidos da amostra, segundo peso ao nascer por sexo (Tabela 35) pode-se observar a maior proporção de crianças com baixo peso entre aquelas do sexo feminino (9,6%) contra 3,5% do sexo masculino, resultado esse corroborado por outros estudos da área, como, por exemplo, os de CROSSE (1968) e McCORNICK, (1985). Por outro lado, comportamento oposto observa-se no extremo superior ($\geq 4000g$) onde os recém-nascidos do sexo masculino apresentam-se com uma maior proporção de peso, ou seja, 6,2% contra 1,8%. Nesse tipo de relação o que os dados sugerem, no geral, é tratar-se de uma dimensão mais estritamente biológica do problema onde questões de classe social poderiam estar sendo mediadas de maneira secundária. Isso porque quando se recorre à literatura do setor, realizados em diferentes realidades, os resultados indicam ser o sexo do recém-nascido uma importante determinante em relação ao peso de nascimento do concepto.

Na Tabela 36, pode-se notar que os recém-nascidos de baixo peso são aqueles que apresentam menor estatura, estando a maioria deles na faixa de menores de 46 centímetros - 53,3% como seria o logicamente esperado. Nesse tipo de raciocínio os recém-nascidos com estatura maior que 51 centímetros estão distribuídos nas faixas de maior peso,

TABELA 35 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO O SEXO, DE AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUIS-MA, 1991.

PESO DO RECÉM-NASCIDO	SEXO DO RECÉM-NASCIDO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<= 2499 g		4 26.7 3.5	11 73.3 9.6	15 100.0 6.6
2500--2999 g		24 53.3 24.2	21 46.7 18.4	45 100.0 19.8
3000--3499 g		45 45.5 39.8	54 54.5 47.4	99 100.0 43.6
3500--3999 g		25 53.2 22.1	22 46.8 19.3	47 100.0 20.7
>= 4000 g		7 77.8 4.2	2 22.2 1.8	9 100.0 4.0
sem informação		8 66.7 7.1	4 33.3 3.5	12 100.0 5.3
TOTAL		49.8 113 100.0	50.2 114 100.0	100.0 227 100.0

TABELA 36 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO AO NASCER DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A ESTATURA, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

PESO DO RECÉM- NASCIDO	ESTATURA DO RECÉM-NASCIDO EM CM	<46	46--48	48--51	51 e +	sem registro	TOTAL
<= 2499 g		8 53.3 72.7	3 20.0 9.1	3 20.0 2.4	- - -	1 6.6 7.1	15 100.0 6.6
2500--2999 g		1 2.2 9.1	20 44.4 60.6	20 44.4 16.0	2 4.4 4.5	2 4.4 14.2	45 100.0 19.8
3000--3499 g		2 2.0 18.2	9 9.1 27.3	72 72.6 57.1	8 8.1 18.2	4 8.1 57.1	99 100.0 43.6
3500--3999 g		- - -	1 2.1 3.0	24 51.1 19.2	19 40.4 43.2	3 6.4 21.4	47 100.0 20.7
>= 4000 g		- - -	- - -	2 22.2 1.6	7 77.7 15.9	- - -	9 100.0 3.9
sem informação		- - -	- - -	4 33.3 3.2	8 66.6 18.2	- - -	12 100.0 5.3
TOTAL		11 4.8 100.0	33 14.5 100.0	125 55.1 100.0	44 19.4 100.0	14 6.2 100.0	227 100.0 100.0

ou seja, a partir de 3500 gramas (59,1%).

Longe de se restringir a relação em si, esta situação de relação envolve a consideração de outros elementos, a fim de se observar porque na área materno-infantil tem sido objeto de preocupação nos estudos sobre a questão da morbimortalidade perinatal.

BERGNER e SUSSEY (1970), fazendo uma revisão crítica da relação baixo peso ao nascer - nutrição pré-natal, concluíram que: 1) o crescimento fetal que influi decisivamente no peso ao nascer, ocorre no último trimestre de gravidez; 2) o peso ao nascer sofre influência do ambiente, no seu sentido amplo, tanto quanto do ambiente materno; 3) o peso ao nascer pode sofrer influência de fatores que têm sua origem e efeito durante a gravidez. Por sua vez, FRISANCHO et al (1977), mostraram haver uma relação entre a composição corporal da mãe e do feto e que, quanto melhor o estado nutricional da mãe, maior o comprimento e o peso ao nascer do concepto. Diante de tais conclusões e considerando a importância que representava (e ainda representa) o baixo peso ao nascer como condição presente para o aumento da mortalidade perinatal, medidas de controle foram sendo estabelecidas no período pré-natal, junto às gestantes, com o objetivo de interferir positivamente sobre o resultado gestacional.

Neste estudo, a presença de recém-nascidos com peso inferior a 2500 gramas e com estatura menor que 46 centímetros - 8 crianças da amostra, (53,3% de todos os recém-nascidos com menos de 2500 gramas e 72,7% daqueles com menos de 46 centímetros), que se enquadram nessa situação, poderia ser interpretada a partir de dois níveis de explicação. O primeiro deles como indicativo de que essas parturientes da amostra teriam sido submetidas a uma condição nutricional intra-uterina desfavorável, resultante de condições maternas próprias que poderiam ter sido controladas, em certa medida, no pré-natal. Em outro nível, dada a baixa taxa de 7% de baixo peso observada na população estudada, a própria hipótese de desnutrição materna poderia estar sendo descartada como relevante, na medida em que outros fatores estariam definindo dada situação, inclusive o da própria decisão de se colocar o "ponto de corte" da distribuição em ≤ 2499 e não ≤ 2500 gramas.

Nesse sentido a questão que se levanta é a de que a explicação da relação peso e altura não pode se restringir a uma busca de explicação estritamente biológica, decorrente de condições nutricionais ou genéticas da parturiente e/ou da criança recém-nascida. Isso porque a medeiam outros níveis de determinação, onde a própria questão nutricional, quando se coloca como hipótese, deve se desprender de uma concepção unicamente biológica porque reduz e obscurece a explicação do problema em suas múltiplas articulações

(MARTINS et al, 1987).

Assim, a incorporação de determinantes de natureza sócio-econômica e cultural poderiam 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, teria na explicação da morbimortalidade perinatal, quando mediada por dadas relações observadas entre a distribuição do baixo peso e variáveis biológicas do tipo estatura, dentre outras. Nessa direção coloca-se o trabalho de FORBES & PICKEKING (1985).

É fundamental considerar que a própria questão nutricional não poderia, nesse contexto teórico, ser considerada de maneira isolada. Isso por representar, nesses processos de relações - no caso a do baixo peso com a estatura do recém-nascido - uma possível mediação da própria condição de classe das famílias das parturientes. Submetidas a condições objetivas de existência, por pertencerem a determinadas frações de classe, essas condições seriam definidoras das próprias possibilidades de aquisição de bens no mercado, no caso o próprio alimento para manutenção das condições de higiene. Por outro lado, o próprio acesso - maior ou menor - a um controle pré-natal de boa qualidade que poderia interferir nesse processo é passível de ser explicado, igualmente, a partir de dada condição de classe.

A relevância de se buscar levantar esse tipo de hipótese explicativa, capaz de contribuir à análise da questão da morbimortalidade perinatal tradicionalmente realizada a partir de um enfoque mais centralizado na concepção clássica da epidemiologia, encontra respaldo em evidências apresentadas, por exemplo, na Tabela 37, onde se apresenta a relação frações de classe - peso ao nascer da amostra estudada.

Tendo como esquema de referência o quadro teórico onde esse tipo de hipótese explicativa se inscreve, pode-se observar, pela Tabela 37, que na fração de classe do subproletariado, o valor correspondente ao recém-nascido com peso superior a 4000 gramas é nulo, ou seja, não se encontrou recém-nascido com este peso nessa fração de classe. Por outro lado, digno de registro é o fato de não se encontrar nenhum recém-nascido de baixo-peso (abaixo de 2500 gramas) na fração de classe nova pequena burguesia. Esse comportamento inverso dos dados, nessas frações de classe, pode ser melhor visualizado no Gráfico 8.

Esse tipo de ocorrência observada, pode estar retratando, ao mesmo tempo, nas duas situações estudadas, que as condições de classe - condições de vida - estão interferindo no resultado das gestações, no caso específico, representada no peso do recém-nascido.

TABELA 37 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO AO NASCER DO RECEM NASCIDO, SEGUNDO AS FRAÇÕES DE CLASSE FAMILIAR DE AMOSTRA HOSPITALAR DE SÃO LUIS-MA, 1990.

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL FAMILIAR	\ PESO											sem informação	TOTAL	
	<= 2499	2500--	3000--	3500--	>= 4000									
		--2999	--3499	--3999										
Subproletariado	5	13.5	5	13.5	15	40.5	10	27.0	-----	2	5.4	37	100.0	
		33.3		11.4		15.2		22.2			16.7		16.5	
Proletariado típico	1	2.6	7	17.9	21	53.8	7	17.9	1	2.6	2	5.1	39	100.0
		6.7		15.9		21.2		15.6		11.1		16.7		17.4
Proletariado não típico	6	6.7	23	25.8	31	34.8	20	22.5	4	4.5	5	5.6	89	100.0
		40.0		52.2		31.2		44.5		44.5		41.6		39.8
Pequena Burguesia Tradicional	2	5.1	7	17.9	20	51.3	5	12.8	2	5.1	3	7.7	39	100.0
		13.3		15.9		20.2		11.1		22.2		25.0		17.4
Nova Pequena Burguesia	-----		1	11.1	5	55.6	2	22.2	1	11.1	-----		9	100.0
				2.3		5.1		4.4		11.1				4.0
sem classificação por dados incompletos	1	9.1	1	9.3	7	63.6	1	9.1	1	9.1	-----		11	100.0
		6.7		2.3		7.1		2.2		11.1				4.9
TOTAL	15	6.7	44	19.6	99	44.2	45	4.0	9	4.0	12	5.4	224	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0	*	100.0

* Foram excluídos 3 casos da amostra.

GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DO PESO AO ANSCER EM RECÊM-NASCIDOS, SEGUNDO FRAÇÃO DE CLASSE FAMILIAR, EM SÃO LUIS-MA, 1991.

Complementando a caracterização do recém-nascido na amostra estudada, busca-se cotejar as condições de nascimento e a distribuição do peso ao nascer com algumas variáveis demográficas tradicionalmente relacionadas às condições maternas nos clássicos estudos epidemiológicos da área. No presente trabalho a hipótese que se levanta é a de que estas variáveis, como idade e cor, devem ser consideradas na explicação da morbimortalidade perinatal como representando uma interface entre o biológico e o social por se inscreverem, em função de sua natureza, em contextos distintos, simultaneamente (ALVARENGA, 1978).

Na Tabela 38, que relaciona as condições de nascimento do recém-nascido com a idade da parturiente da população amostral, pode-se observar - excluídos os casos sem informação - que a faixa etária das mulheres com 35 anos ou mais apresentou uma proporção de mortes no período perinatal - 1 óbito para 10 nascidos vivos - superior à faixa etária da maioria das demais parturientes da amostra. O grupo que compreende as idades entre 20 e 34 anos, considerado do ponto de vista obstétrico como momento mais propício à reprodução, por representar menor risco para a mulher e o conceito, apresenta a proporção, quando corrigida para efeitos de comparação, de 1 óbito para 38 nascidos vivos. Melhor "desempenho obstétrico" seria atribuído, em função dos resultados observados, para as faixas de idade menores que 20 anos, uma vez que a proporção verificada foi

TABELA 38 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A IDADE DA PARTURIENTE DE AMOSTRA HOSPITALAR, EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

CONDICÕES \ IDADE DA PARTURIENTE DE NASCIMENTO\	14-16	17-19	20-24	25-29	30-34	35-40	41 E +	TOTAL
Nascidos Vivos	14 6.5 93.3	37 17.2 97.4	81 37.5 96.5	50 23.2 94.3	23 10.6 92.0	7 3.2 87.5	3 1.3 100.0	216 100.0 95.2
Morte Perinatal	1 16.6 6.7	- - -	2 33.3 2.4	1 16.6 1.9	1 16.6 4.0	1 16.6 12.5	- - -	6 100.0 2.6
sem informação	- - -	1 20.0 2.6	1 20.0 1.2	2 40.0 3.8	1 20.0 4.0	- - -	- - -	5 100.0 2.2
TOTAL	15 6.6 100.0	38 16.7 100.0	84 37.0 100.0	53 23.3 100.0	25 11.0 100.0	8 3.5 100.0	3 1.3 100.0	226* 100.0 100.0

* FOI EXCLUÍDO 1 CASO

de 1 óbito para 50 nascidos vivos. Esse último resultado obtido encerra, no entanto, um ponto polêmico, uma vez que, em ampla literatura especializada da área, essa faixa de idade, representando mulheres adolescentes, estaria, por hipótese exposta, ao lado das faixas mais avançadas (acima de 35 anos) a um maior risco na gravidez, quer em relação à mãe mas, sobretudo, em relação ao feto. Nesse sentido, a análise da questão revela a necessidade da consideração de outros fatores, que poderiam estar intervindo nesse momento do processo reprodutivo (SILBER, 1984).

Ao ser cotejada a idade da parturiente com a distribuição de peso ao nascer na amostra estudada, esta faixa etária - a das adolescentes - apresenta, proporcionalmente à faixa intermediária de 20 a 34 anos, maior número percentual de ocorrência de baixo peso ao nascer - 13,2% e 4,9% respectivamente, o que se pode observar na Tabela 39. Em contrapartida, no caso das faixas acima de 35 anos, nenhum caso de baixo peso foi registrado, o que revelaria, por hipótese, um comportamento diferenciado desses dois grupos em relação ao risco no contexto dessa variável.

Ao se considerar o conceito de "peso inadequado" Siqueira (1979), compreendido entre 2500 e 2999 gramas, como fator de risco, o resultado das gestações das adolescentes, no que se refere ao peso ao nascer, revela - excluindo-se os

TABELA 39 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO AO NASCER DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA DA PARTURIENTE DE AMOSTRA HOSPITALAR, EM SÃO LUÍS-BA, 1990

\ IDADE DA PESO DO \ PARTURIENTE RECÉM-NASCIDO\		14-16	17-19	20-24	25-29	30-34	35-40	41 e +	TOTAL
< 2500 g	2 13.3 13.3	5 33.3 13.2	4 26.7 4.8	3 20.0 5.7	1 6.7 4.0	- - -	- - -	- - -	15 100.0 6.6
2500--2999 g	5 11.1 33.3	11 24.4 28.9	17 37.8 20.2	8 17.8 15.1	2 4.4 8.0	1 2.2 12.5	1 2.2 33.3		45 100.0 19.9
3000--3499 g	6 6.1 40.0	10 10.1 26.3	37 37.4 44.0	26 26.3 49.1	14 14.1 56.0	4 4.0 50.0	1 1.0 33.3		98 100.0 43.4
3500--3999 g	1 2.1 6.7	10 21.3 26.3	16 34.0 19.0	10 21.3 18.9	6 12.8 24.0	3 6.4 37.5	1 2.1 33.3		47 100.0 20.8
>=4000 g	- - -	- - -	5 55.6 6.0	3 33.3 5.7	1 11.1 4.0	- - -	- - -		9 100.0 3.9
sem informação	1 8.3 6.7	2 16.7 5.3	5 41.7 6.0	3 25.0 5.7	1 8.3 4.0	- - -	- - -		12 100.0 5.3
TOTAL	15 6.6 100.0	38 16.7 100.0	84 37.4 100.0	53 23.3 100.0	25 11.0 100.0	8 3.5 100.0	3 1.3 100.0		226 100.0 100.0

* Foi excluído 1 caso.

casos sem informação -, que 32,0% deles apresentam peso inadequado, enquanto entre os das mulheres com idade entre 20 e 34 anos - 17,6% - e entre os recém-nascidos das mulheres com idades acima de 35 anos, 18,2% encontra-se nesta situação. Pela análise dessas duas Tabelas (38 e 39), pode-se supor, em linhas gerais, a existência da associação entre idade cronológica das parturientes e resultado das gestações. Porém, como já foi visto, na relação: idade da mãe/baixo peso ao nascer, a primeira não pode ser encarada como simples atributo biológico da mulher, uma vez que, conforme análise anterior, esse tipo de variável, pela própria natureza biológica-demográfica e social, deve ser analisada, enquanto tal, em contexto teórico mais amplo, tendo em vista melhor caracterizar a própria relação existente entre esses diferentes níveis.

As Tabelas que se seguem (40 e 41), caracterizam, respectivamente, as condições de nascimento do concepto e o peso ao nascer, segundo a cor da parturiente. Considerando que essa relação encerra, por hipótese, a dupla dimensão - biológica e social - observada no caso da idade da parturiente, o comportamento dos dados deve, igualmente, inscrever-se num contexto mais amplo de análise.

Na Tabela 40, observa-se a não ocorrência de óbito de recém-nascido, filho de mulher de cor preta, no período perinatal; já as mulheres de cor branca tiveram uma

TABELA 40 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A COR DA PARTURIENTE DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1991

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO	\ COR DA PARTU- RIENTE		Branca		Preta		Parda		Não Classificado		TOTAL	
Nascido Vivo	62	28.7	11	5.1	139	64.3	4	1.8	216	100.0		
		95.3		100.0		95.2		80.0			95.1	
Morte	2	33.3	-	-	3	50.0	1	16.7	6	100.0		
Perinatal		3.0		-		2.0		20.0			2.6	
sem informação	1	20.0	-	-	4	80.0	-	-	5	100.0		
		1.5		-		2.7		-			2.2	
TOTAL	65	28.6	11	4.8	146	64.3	5	2.2	227	100.0		
		100.0		100.0		100.0		100.0			100.0	

TABELA 41 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO AO NASCER DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A COR DA PARTURIENTE DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1991.

\ COR DA						
PESO DO \ PARTURIENTE		Branca	Preta	Parda	Não	TOTAL
RECÉM- \					Classificada	
NASCIDO \						

<= 2499 g	5	33.3	- -	9 60.0	1 6.6	15 100.0
		7.8	-	6.3	20.0	6.7
2500--2999 g	8	18.2	2 4.5	33 75.0	1 2.3	44 100.0
		12.5	18.2	23.3	20.0	19.7
3000--3499 g	34	34.3	3 3.0	61 61.6	1 1.0	99 100.0
		53.1	27.2	42.4	20.0	44.2
3500--3999 g	14	31.1	4 8.9	26 57.8	1 2.2	45 100.0
		21.9	36.6	18.1	20.0	20.1
>= 4000 g	1	11.1	- -	8 88.8	- -	9 100.0
		1.6	-	5.6	-	4.0
sem	2	16.6	2 16.6	7 58.3	1 8.3	12 100.0
informação		3.1	18.2	4.9	20.0	5.4

TOTAL	64	28.6	11 4.9	144 64.3	5 2.2	224 100.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(*) Foram omitidos 3 casos.

proporção de 3% de óbitos de recém-nascido e as de cor parda, 2% .

Quando se coteja a distribuição de peso ao nascer com a cor da parturiente (Tabela 41), observa-se que não ocorreu, especificamente na questão do baixo peso ao nascer, nenhum nascimento com esta característica, entre as mulheres de cor preta da amostra; sendo a pequena taxa de baixo peso ao nascer observada na amostra (7,0%) distribuída, de maneira equilibrada entre as parturientes de cor branca (7,8%) e de cor parda (6,3%). Em contrapartida, no grupo de peso insuficiente a categoria cor branca apresenta menor proporção (12,5%) quando comparada com a preta (18,2%) e a parda (23,3%).

Embora a proporção de mulheres pretas da amostra em estudo vá ao encontro dos dados do Censo de 1980 (IBGE, 1983), não se pretende deixar de considerar que pelo tamanho da amostra a proporção de dados sem informação (2,2%) pode interferir na análise dos resultados obtidos. Isso porque a ocorrência de óbitos entre brancas e pardas foi muito semelhante, talvez pelo pequeno número de casos na categoria cor preta. Assim, embora se considere viável a hipótese de que esses resultados encontrados se deram ao acaso - em função do tamanho da amostra - igualmente pertinente é não se descartar, pela natureza hipotética de ambas as sugestões explicativas, a possibilidade de que as mulheres pretas da

amostra tenham apresentado um menor risco, quer de mortalidade perinatal, quer de baixo peso ao nascer. A questão da interpretação dos dados fica, assim, em aberto, pois, requer um aprofundamento do problema a partir de estudo específico que considere as múltiplas relações em jogo, quando a questão da cor se inscreve nesse tipo de análise. Relacionado a esse aspecto, o trabalho de BERQUÓ (1988) é bastante ilustrativo.

Considerando a relevância atribuída ao número de consultas no pré-natal, colocado como capaz de interferir no processo gestacional e no seu produto, desde que respeitados os critérios de precocidade, continuidade e periodicidade, procurou-se comparar o número de consultas no pré-natal com as condições de nascimentos e a distribuição do peso ao nascer, buscando verificar as relações existente entre essas duas variáveis na amostra estudada.

Na Tabela 42, de acordo com os dados registrados, e considerando-se como tendo realizado o controle de pré-natal as mulheres que fizeram 5 consultas e mais (OMS), observa-se que dentre as mulheres que "não fizeram Pré-Natal" ocorreram 3,0% de mortes no período perinatal, enquanto que, entre aquelas que fizeram controle de pré-natal (5 consultas e mais), ocorreram 2,5% de óbitos no período considerado; por outro lado, segundo esse critério, 69,0% dos nascidos vivos registrados, são filhos de mulheres

TABELA 42 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO E O NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1991.

\ NÚMERO DE CONSULTAS	0	1--4	5--8	9-- e +	sem informação	TOTAL
CONDICÕES DE NASCIMENTO \						
Mascido Vivo	30 14.1 100.0	33 15.5 94.3	86 40.4 91.4	61 28.6 98.4	3 1.4 100.0	213 100.0 5.1
Morte Perinatal	- -	2 33.3 5.7	3 50.0 3.2	1 16.6 1.6	- - -	6 100.0 2.6
sem informação	- - -	- - -	5 100.0 5.3	- - -	- - -	5 100.0 2.2
TOTAL	30 13.4 100.0	35 15.6 100.0	94 41.9 100.0	62 27.6 100.0	3 1.3 100.0	224* 100.0 100.0

(*) Foram excluídos 3 casos.

$\chi^2 = 0.098$ não significativo

que fizeram pré-natal, para 29,6% de nascidos vivos, filhos de mulheres que não fizeram pré-natal (nenhum atendimento e menos de 4 consultas). No entanto, do ponto de vista estatístico, essa diferença não foi suficiente pelo teste chi-quadrado.

Já na Tabela 43, que apresenta a distribuição do peso ao nascer, segundo o número de consultas no pré-natal, dentre os casos registrados, encontra-se uma distribuição de recém-nascidos de baixo peso ao nascer e peso inadequado, proporcional e de acordo com o número de consultas no pré-natal das mulheres da amostra estudada. Assim sendo, daquelas mulheres que não fizeram pré-natal ou fizeram somente até 4 consultas, foram encontrados 11,1% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, enquanto que, dentre aquelas que fizeram mais de 5 consultas, ocorreram 5,1% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Quando se analisa segundo o critério de peso "inadequado", encontra-se 39,6% de recém-nascidos de peso inadequado entre as mulheres que não fizeram pré-natal, ou fizeram somente até 4 consultas, para 21,1% entre as mulheres que fizeram mais de 5 consultas.

Indicando a possível associação estatística existente entre pré-natal e baixo peso ao nascer, os dados observados revelaram um chi-quadrado significativo para as categorias baixo peso ao nascer e peso insuficiente, quando

TABELA 43 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO E O NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1991.

PESO DO RECÉM-NASCIDO\	\ NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL					sem informação	TOTAL
	0	1--4	5--8	9-- e +			
<= 2499 g	4 26.6 13.3	3 20.0 9.1	4 26.6 4.3	4 26.6 6.3	- - -	-	15 100.0 6.7
2500--2999 g	7 15.9 23.3	11 25.0 33.3	12 27.2 12.9	13 29.5 20.6	1 2.2 20.0	-	44 100.0 19.7
3000--3499 g	13 13.1 43.3	12 12.1 36.3	41 41.4 44.1	29 29.2 46.6	4 4.0 80.0	-	99 100.0 44.2
3500--3999 g	5 11.1 16.6	4 8.8 12.1	25 55.5 26.8	11 24.4 17.4	- - -	-	45 100.0 20.1
>= 4000 g	- - -	2 22.2 6.1	4 44.4 4.3	3 33.3 3.2	- - -	-	9 100.0 4.0
sem informação	1 8.3 3.3	1 8.3 3.0	7 58.3 7.5	3 25.0 3.2	- - -	-	12 100.0 5.4
TOTAL	30 13.4 100.0	33 14.7 100.0	93 41.5 100.0	63 28.1 100.0	5 2.2 100.0	±	224 100.0 100.0

(*) Foram excluídos 3 casos.

X² significativo no peso insuficiente

considerados em conjunto, em relação às demais categorias.

O uso e quantidade de fumo na gravidez tem sido apontado como associado ao baixo peso ao nascer, ao aumento da incidência de aborto e aos riscos de morte no período perinatal (LAURENTI & BUCHALA, 1985).

Entretanto, quando se analisa a Tabela 44, encontra-se na amostra estudada, 100% das mortes no período perinatal dentre as parturientes não fumantes e, segundo a Tabela 45, 86,7% dos casos de baixo peso, são filhos de mulheres não fumantes, contra apenas 13,3% de casos de baixo peso entre as mulheres fumantes. Esse mesmo tipo de proporção foi observado no caso do grupo de crianças com peso insuficiente.

Por outro lado, se se considerarem somente as mulheres não fumantes (Tabela 44), observar-se-á que 96,0% delas tiveram, como resultado das gestações, nascidos vivos, para apenas 3,0% de morte perinatal.

Quanto à distribuição do peso ao nascer, na população amostral, foram encontrados - excluindo-se os casos sem informação -, 7,2% de casos de baixo peso ao nascer nas mulheres não fumantes, para 92,8% distribuídos nas outras faixas. Em relação ao peso inadequado, tem-se 22,6% da ocorrência deste fenômeno entre as mulheres não

TABELA 44 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO O USO E QUANTIDADE DE FUMO PELA PARTURIENTE, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO	\ USO E QUANTI- DADE DE FUMO		NÃO		1--10		11 e +		Quantidade Ignorada		TOTAL	
	\ NA		Fumante									
	\ GESTAÇÃO											
	\		Nº	Z	Nº	Z	Nº	Z	Nº	Z	Nº	Z
Nascido Vivo			189	87.5	13	6.0	6	2.7	8	3.7	216	100.0
				96.0		86.7		100.0		88.8		95.1
Morte Perinatal			6	100.0	-----	-----	-----	-----	-----	-----	6	100.0
				3.0								2.6
sem informação			2	40.0	2	40.0	-----	-----	1	20.0	5	100.0
				1.0		13.3				11.1		2.2
TOTAL			197	86.7	15	6.6	6	2.6	9	4.0	227	100.0
				100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

TABELA 45 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO AO NASCER DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO O USO E QUANTIDADE DE FUNO PELA PARTURIENTE DURANTE A GRAVIDEZ, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

PESO DO RECÉM-NASCIDO\	\ USO DO FUNO	NÃO FURANTE	FURANTE SEGUNDO A QUANTIDADE DIÁRIA				TOTAL
			1 - 10	11 e +	QUANTIDADE IGNORADA		
<=2499 g		13 86.7 6.6	1 6.7 6.7	1 6.7 16.7	- - -	15 100.0 6.6	
2500--2999 g		39 86.7 19.8	2 4.4 13.3	1 2.2 16.7	3 6.6 33.3	45 100.0 19.8	
3000--3499 g		82 82.8 41.6	9 9.1 60.0	4 4.0 66.67	4 4.0 44.4	99 100.0 43.6	
3500--3999 g		43 91.5 21.8	3 6.4 20.0	- - -	1 2.1 11.1	47 100.0 20.7	
>=4000 g		8 88.9 4.1	- - -	- - -	1 11.1 11.1	9 100.0 4.0	
NÃO REGISTRADO		12 100.0 6.1	- - -	- - -	- - -	12 100.0 5.3	
TOTAL		197 86.8 100.0	15 6.6 100.0	6 2.6 100.0	9 3.9 100.0	227 100.0 100.0	

fumantes. Assim, muito embora os resultados obtidos na presente amostra, contrariem a hipótese básica de que o fumo interfere no peso ao nascer, com consequências para a morbimortalidade perinatal (MEYER & COMSTOCK, 1972; LAURENTI & BUCHALA, 1985; RUSH, 1988), não se pode furtar às evidências de que, no presente estudo, tal fato não ocorreu. Nesse sentido, considerando que outros fatores possam igualmente interferir na questão do peso ao nascer, conforme a própria literatura especializada também o admite. A interpretação desse tipo de resultado depende de um aprofundamento maior em outro estudo que possa contemplar a participação do fumo em relação a outras variáveis que participam desses eventos.

Quanto à relação entre peso ao nascer e ingestão de álcool, esta não foi incluída no presente estudo, por ter sido encontrado apenas 3 casos na amostra em que esse fato ocorreu.

Considerando a importância que muitos trabalhos da área de saúde atribuem à renda como indicador de condição de vida, por representar condições objetivas de existência quanto ao poder de compra de bens e serviços, procurou-se, ao lado de outros estudos como os de WISE (1985); CHALMER (1985); EDOUARD (1985); BARROS et al (1987); VICTORA (1988), verificar as relações existentes entre essa variável e as condições de nascimento (Tabela 46), por um lado, e peso do

TABELA 46 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A RENDA POR PESSOA DA FAMÍLIA, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO \	REDA \ SALÁRIO							SEM INFORMAÇÃO	TOTAL
	0-0.25	0.25-0.5	0.5-1	1-2	2-3	3-5	5 E +		
NASCIDO VIVO	28 13.0 93.3	51 23.6 96.2	37 17.1 97.4	24 11.1 85.7	10 4.6 100.0	8 3.7 100.0	7 3.2 100.0	51 23.6 92.2	216 100.0 95.2
MORTE PERINATAL	1 - 3.3	2 - 3.7	- - -	3 - 10.7	- - -	- - -	- - -	- - -	6 100.0 2.6
SEM INFORMAÇÃO	1 - 3.3	- - -	1 - 2.6	1 - 3.6	- - -	- - -	- - -	2 - 3.8	5 100.0 2.2
TOTAL	30 - 13.2	53 - 23.3	38 - 16.7	28 - 12.3	10 - 4.4	8 - 3.5	7 - 3.1	53 - 23.3	227 100.0 100.0

recem-nascido (Tabela 47), por outro.

A relação entre renda por pessoa da família, constante da Tabela 46 revela que a totalidade das mortes perinatais ocorridas na amostra concentrarem-se nas faixas mais baixas de renda, ou seja, de zero a 2 salários mínimos por pessoa da família, exclusive.

Em relação ao baixo peso, o tipo de comportamento dos dados por faixas de renda evidenciou, igualmente, resultado relevante, a despeito da elevada percentagem de ausência de informação para esse tipo de variável (23,3%). Isto quando se constata que, no grupo de crianças de baixo peso ao nascer, 60,0% dos casos localizam-se nas faixas de 0 :-- 0,25 a 1 :-- 2 salários mínimos por pessoa da família, contra 6,7% na faixa de 5 e mais, e 33,3% na categoria "sem informação". Destaque cabe, igualmente ao fato de nenhum recém-nascido com mais de 4000 gramas localizar-se nas baixas faixas de renda da amostra estudada, isto é, entre 0 :-- 1, :-- 0,25 a 0,5 :-- 1 salários mínimos por pessoa da família. Considerando-se também o grupo de recém-nascidos com peso insuficiente (2500 a 2999 gramas) é interessante notar comportamento inverso, uma vez que 66,6% dos casos concentram-se nas três primeiras faixas de renda por pessoa da família 0 :-- 0,25 a 0,5 :-- 1 e 6,6% nas demais faixas consideradas, encontrando-se, neste grupo, 26,6% dos casos sem informação de renda.

TABELA 47 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO PESO DO RECÊN-NASCIDO SEGUNDO A RENDA INDIVIDUAL FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1991.

PESO DO RECÉM-NASCIDO\AVAL	\ RENDA \ INDIVI- FAMILIAR	0--0.25	0.25--0.5	0.5--1	1--2	2--3	3--5	5 e+	sem informação	TOTAL
<=2499 g		3 20.0 10.3	4 26.7 7.5	- - -	2 13.3 7.1	- - -	- - -	1 6.7 14.3	5 33.3 9.4	15 100.0 6.6
2500--2999 g		6 13.3 20.7	14 31.1 26.4	10 22.2 26.3	1 2.2 3.4	1 2.2 10.0	- - -	1 2.2 14.3	12 26.6 22.7	45 100.0 19.8
3000--3499 g		15 15.2 50.0	20 20.2 37.7	17 17.2 44.7	13 13.1 46.4	5 5.5 50.0	6 6.1 75.0	2 2.0 28.6	21 21.2 39.6	99 100.0 43.6
3500--3999 g		3 6.4 10.3	10 21.3 18.9	9 19.1 23.7	7 14.9 25.0	3 6.4 30.0	1 2.1 12.5	2 4.3 28.6	12 25.5 22.6	47 100.0 20.7
>= 4000 g		- - -	- - -	- - -	3 33.3 10.7	1 11.1 10.0	1 11.1 12.5	1 11.1 14.3	3 33.3 5.7	9 100.0 4.0
sem informação		3 25.0 10.3	5 41.7 9.4	2 16.6 5.3	2 16.6 7.1	- - -	- - -	- - -	- - -	12 100.0 5.3
TOTAL		30 13.2 100.0	53 23.3 100.0	38 16.7 100.0	28 12.3 100.0	10 4.4 100.0	8 3.5 100.0	7 3.1 100.0	53 23.3 100.0	227 100.0 100.0

O comportamento dos dados de renda individual familiar em relação a esses tres grupos de pesos parece indicar que a faixa de 1 :-- 2 salários mínimos consistiria no ponto critico, onde determinadas condições objetivas de existência seriam incompatíveis, em muitos casos, com a própria condição de sobrevivência da criança, conforme o sugerido pela Tabela 46, bem como com a obtenção de recém-nascidos dentro dos padrões de normalidade de peso, de acordo com a Tabela 47. Isso quando se compara os dados analisados, com o tipo de abordagem desenvolvida por MARTINS et al (1987) ao analisar os determinantes biológicos e sociais da anemia ferropriva. Trabalhando com a variável renda identificou, para 1982, a necessidade de cerca de um salário mínimo por pessoa da familia para que o que considera uma "familia padrão"(*) alcançasse as condições minimas para a aquisição dos "bens fundamentais" necessários a prevenção da anemia ferropriva. Considerando-se a histórica perda do poder aquisitivo da população brasileira, em função da deterioração do salário mínimo real, é de se esperar que esse limite critico - que "fala" de sobrevivência - possa ter alcançado atualmente níveis mais elevados.

Muito embora a questão da relação existente entre níveis de renda e frações de classe não se dê, de modo

(*) Define "familia padrão" como a "constituída por um homem de idade entre 20 e 39 anos, uma mulher gestante entre 20 e 39 anos, uma criança em idade escolar, entre 7 e 9 anos e outra em idade pré-escolar, entre 4 e 6 anos" (MARTINS et al, 1987, p. 82).

direto, conforme pode se observar quando da análise da Tabela 5, é fundamental considerar que essa variável ocupa lugar de destaque no interior das classes, por permitir sugerir as condições objetivas de existência às quais se encontra submetida determinada parcela da população, que se inscreve no interior das frações pertencentes sobretudo à classe trabalhadora.

A despeito das dificuldades de se trabalhar com essa variável - pela elevada proporção de casos sem informação (23,6%) - é menor pelos problemas metodológicos (teóricos e técnicos) presentes no esquema de operacionalização das classes sociais, como no adotado no presente trabalho (LOMBARDI et al., 1988), o fato a observar é o de que quando se compara, na Tabela 5, as frações de classe subproletariado e nova pequena burguesia, mais uma vez a faixa de renda 1 :-- 2 salários mínimos parece apresentar-se como elemento diferenciador, qualitativamente relevante para a análise de processos saúde-doença, uma vez que para a primeira fração, nenhum caso se apresentou acima dessa faixa de renda e para a segunda é a partir desta que os mesmos se concentram.

Nesse sentido os resultados obtidos sugerem a relevância de se aprofundar no estudo da morbimortalidade perinatal, a partir de instrumental teórico-metodológico que permita um maior aprofundamento da explicação das relações

existentes entre processos biológicos e processos sociais, na medida em que é nessa interface que as maiores possibilidades de avanço do conhecimento na área se colocam.

4.6. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIAL DE RECÉM-NASCIDOS COM EVENTOS NEGATIVOS NA POPULAÇÃO AMOSTRAL.

Considerando que a Tabela 31 apresentou um total de seis mortes perinatais (2,6%) e a Tabela 36, quinze casos (6,6%) de baixo peso ao nascer, um tratamento mais acurado dos dados disponíveis permitiu um aprofundamento da análise a partir de um estudo específico desses casos inscritos, agora, na categoria de eventos negativos.

No entanto, tendo em vista melhor especificar a natureza dos eventos contidos nessa categoria, vale destacar que os mesmos - a despeito do pequeno número - apresentaram certa diferença, segundo a distribuição por tipo de hospital, o que permitiu indicar, algum tipo de reflexão em torno do assunto, com base na Tabela 48.

Pela distribuição desses eventos, observa-se que a maior proporção deles (50%) ocorreu no Hospital A, seguido do Hospital B (com percentual de 36,4%), o que leva a supor que ambos possuem características próximas do ponto de vista institucional, quando comparados com o Hospital C, que apresentou o menor valor para os eventos negativos, ou seja, 13,6%.

TABELA 48 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE EVENTOS NEGATIVOS SEGUNDO OS HOSPITAIS, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

HOSPITAIS\ EVENTOS	\ MATUREZA \ DDS	Baixo-Peso		Pré-termo		óbito		TOTAL
		PIG	Adequado	PIG	Adequado	Nati-morto	Até 48h. de vida	
A		6	1	1	1	1	1	11
		55.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	50.0
		85.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-
B		1	-	2	1	1	3	8
		12.5	-	40.0	-	50.0	75.0	36.4
		-	-	40.0	-	-	-	-
C		-	-	2	1	-	-	3
		-	-	40.0	-	-	-	13.6
		-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		7	1	5	3	2	4	22
		31.9	4.5	22.7	9.1	9.1	18.2	100.0
		100.0	-	-	-	100.0	100.0	100.0

Entretanto, quando se procura caracterizar a natureza dos eventos ocorridos neste último hospital pode-se observar que se tratam de eventos do tipo prematuridade e, ao que parece, estreitamente relacionados ao tipo de parto a que as gestantes foram submetidas, na medida em que todas foram cesariadas.

Em relação a esse mesmo tipo de evento presente nos demais hospitais, a explicação difere na medida em que, no caso do primeiro (A), nenhuma dessas parturientes foi submetida à cesárea e no segundo (B), apenas uma delas, com indicação justificada por se tratar de sangramento por placenta prévia.

A busca de explicação para a tendência observada em relação à maior prática de cesáreas no Hospital C não apresentou, em nível de registro, indicação que justificasse esse tipo de parto nos casos analisados. No entanto, se esse fato não pôde ser fundamentado do ponto de vista clínico-obstétrico encontra, por outro lado, respaldo em análise de BRAGA (1988) - já citada em item anterior - quando constata que as mais altas taxas de cesáreas no país estão relacionadas a pacientes de melhor condição sócio-econômica, cujos partos são realizados em clínica privada.

Ainda significativa é a sua observação em relação aos Hospitais Universitários e Públicos. A despeito de

nesses se concentrarem grande massa de gestantes consideradas como de alto risco o que, do ponto de vista clínico-obstétrico justificaria, por hipótese, a presença de uma maior taxa de cesáreas esses apresentam, na realidade, comportamento inverso aos Hospitais Privados. Tal foi o observado, igualmente, na amostra estudada.

Para o caso do baixo peso é interessante destacar que dos sete casos PIG, presentes na sub-amostra, ou seja, 31,9% desses eventos, 85,7% ocorreram no Hospital A e, somente um caso, 12,5% no Hospital B. O outro único caso de baixo peso adequado, pertence, igualmente, ao Hospital A.

No que diz respeito aos óbitos perinatais, cujo coeficiente na amostra estudada foi de 26,4‰ nascimentos, vale registrar que dos seis casos ocorridos (27,3%, em relação aos eventos negativos), nenhum teve lugar no Hospital C, o que sugere uma diferenciação substantiva do mesmo em relação aos demais. Embora não seja possível analisar a natimortalidade, uma vez que a ocorrência foi de apenas dois casos (distribuídos pelos dois primeiros hospitais); no tocante ao óbito pós-nascimento, é digno de registro o fato de três (75%), dos quatro casos, terem ocorrido no Hospital B. Isso porque a questão da elevada morbimortalidade em hospitais acaba por se caracterizar como indicador de qualidade de assistência quer à mulher, quer ao recém-nascido. (TANAKA, 1986)

Buscando aprofundar a interpretação clínico-epidemiológico desses eventos negativos procedeu-se, como ponto de partida, a uma busca de relação dos mesmos com as variáveis demográficas tradicionalmente empregadas em estudos dessa natureza. Isto tendo em vista estabelecer um primeiro tipo de aproximação à investigação do problema, uma vez que a redução, no caso, do clínico ao demográfico, limita as possibilidades de explicação do fenômeno.

Para tanto, a Tabela 49, que relaciona a idade cronológica da parturiente a ocorrência de eventos negativos e positivos em recém-nascidos na população amostral, permite algumas constatações.

Categorizando-as em termos de critérios de risco perinatal, a idade das parturientes passou a indicar que dentre as adolescentes foi maior a ocorrência de eventos negativos (15,1%), quando comparadas com 8,0% e 8,1% das categorias 20 a 29 anos e 30 e mais anos, respectivamente, o que poderia sugerir maior risco presente para as crianças de mães adolescentes. No entanto, ao proceder-se o teste de significância estatística, chi-quadrado, o mesmo revelou os seguintes valores: $\chi^2_{ob} = 2.35$ e $\chi^2_c = 5.99$, o que demonstrou não haver significância ao nível de 5%.

TABELA 49 - NÚMERO E PROPORÇÃO DOS EVENTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM RECÉM-NASCIDOS, SEGUNDO A IDADE DA PARTURIENTE, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

IDADE EM ANOS \	RN EM EVENTOS	Eventos		Eventos		TOTAL	
		Positivos		Negativos			
< 19		45	84.9	8	15.1	53	100.0
			21.9		36.4		23.3
20--29		126	92.0	11	8.0	137	100.0
			61.5		50.0		60.4
30 e +		34	91.9	3	8.1	37	100.0
			16.6		13.6		16.3
TOTAL		205	90.3	22	9.7	227	100.0

$$\chi^2_{0.05} = 2,35$$

χ^2 critico = 5,99 significativa a nível 5%

Analisando a questão também através do conceito de idade ginecológica pode-se observar que dentre os recém-nascidos com eventos negativos, em parturientes adolescentes ou não, nenhuma apresentou idade ginecológica inferior a dois anos.

A consideração de outras variáveis demográficas, como o número de gestações anteriores, revelou igualmente pequeno poder explicativo para uma análise mais substantiva do problema, conforme mostram os dados da Tabela 50.

Aspecto a destacar-se é o fato de 59,1% dos eventos negativos em recém-nascidos ocorrerem dentre as primigestas, com maior evidência para o caso do baixo peso, responsável por 45,4% nesta categoria, acompanhado pela prematuridade com 34%.

Da quase totalidade dos óbitos ocorridos, que corresponde a 29,3% do conjunto de eventos negativos, cerca de 67% tiveram lugar entre as secundigestas, sendo destes, 50% de natimortalidade e os outros 50%, relativos a óbitos ocorridos antes das 48 horas de vida. Aspecto a ressaltar é a ausência de qualquer tipo de evento negativo em recém-nascidos, entre as tercigestas e quadrigestas, sendo os 13,6% de eventos negativos restantes descritos na categoria multigesta.

TABELA 50 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE PARTURIENTES POR NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES, SEGUNDO A NATUREZA DOS EVENTOS NEGATIVOS DO RECÉM-NASCIDOS, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

\ NATUREZA \ DOS GESTAÇÕES \ EVENTOS ANTERIORES \	Baixo-Peso		Pré-termo		óbito		TOTAL
	PIG	Adequado	PIG	Adequado	Natimorto	Até 48h. de vida	
Primigesta	5 38.4 71.4	1 7.0 100.0	4 30.0 80.0	2 14.0 66.6	- --- ---	1 7.0 25.0	13 59.1
Secundigesta	- - -	- - -	1 16.6 20.0	1 16.6 33.4	2 33.4 100.0	2 33.4 50.0	6 27.3
Tercigesta	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
Multigesta	2 66.6 28.6	- - -	- - -	- - -	- - -	1 33.4 25.0	3 13.6
TOTAL	7 31.9 100.0	1 4.5 100.0	5 22.7 100.0	3 3.6 100.0	2 9.1 100.0	4 18.2 100.0	22 100.0 100.0

Esse resultado encontrado, poderia sugerir que comparativamente à idade, esta variável demográfica apresentar-se-ia como mais sugestiva para a exploração de estudos em profundidade.

Em relação à variável cor, normalmente empregada em estudos perinatais como indicadora de risco de natureza biológica, vale observar ausência da participação da cor preta no conjunto de eventos negativos. Em relação a essa variável não foi encontrado qualquer aspecto que indicasse sua relevância na análise dos eventos negativos encontrados na amostra.

Diante da insuficiência de se lançar mão tão somente de variáveis como as anteriormente descritas, desvinculadas de um contexto teórico, o estudo dos eventos negativos encontrados sugere que a questão deva ser abordada a partir de categorias mais amplas, quer pertencentes à esfera da análise clínico-epidemiológica, quer da sociológica. Nesse particular destacam-se os conceitos de afecções maternas, em relação à primeira, e o de classe social, em relação ao segundo.

Uma análise específica da relação patologia e eventos negativos, apresentados na Tabela 51 permite observar que as mulheres que apresentaram patologias importantes durante a gestação, tais como, infecções

TABELA 51 - NÚMERO E PROPORÇÃO DO REGISTRO DE PATOLOGIAS NO PRONTUÁRIO, SEGUNDO O TIPO DE EVENTOS NEGATIVOS E POSITIVOS NOS RECÉM-NASCIDOS, DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUIS-MA, 1990.

PATOLGGIA REGISTRADA	\ TIPOS DE EVENTOS		Eventos		Eventos		TOTAL	
			Positivos		Negativos			
Seu			131	94.9	7	5.1	138	100.0
				69.3		35.0		66.0
Con			58	81.7	13	18.3	71	100.0
				30.7		65.0		34.0
TOTAL			189	90.4	20	9.6	209	100.0
								100.0

$$\chi^2_{obs.} = 9,4928$$

χ^2 critico = 3,84 significativo para $p > 0,05$

(urinárias, infestações), quadro hipertensivos, hemorragias, mal asmático, ameaça de parto prematuro, desde o segundo trimestre da gestação, e, inclusive a presença de câncer do colo uterino, tiveram um maior número de crianças com problemas ou seja, 18,6%, sendo esta diferença estatisticamente significante ao nível de 5%.

Procurando avançar na análise da relação entre os eventos negativos em recém-nascidos e frações de classe social familiar, algumas reflexões, com base no comportamento dos dados presentes na Tabela 52, e Gráfico 9, tem lugar de destaque na abordagem sociológica da questão perinatal.

A primeira dessas reflexões diz respeito ao comportamento dos dados em relação à nova pequena burguesia, que permite diferenciá-la das demais frações de classe de maneira característica, uma vez que dos 9,8% de eventos negativos encontrados na amostra, nenhum deles teve lugar no interior da mesma.

Por outro lado, destaca-se o comportamento oposto, apresentado de maneira sugestiva, pela fração de classe proletariado não típico, com 31,8% dos valores observados, seguida da fração subproletariado, que apresentou 27,3% dos casos registrados.

TABELA 52 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDO COM EVENTOS POSITIVOS E NEGATIVOS, SEGUNDO A CLASSE SOCIAL DE AMOSTRAL HOSPITALAR, E SÃO LUIS-MA, 1991.

TIPOS DE CLASSE\ EVENTOS SOCIAL \	POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Subproletariado	31	83.8 15.3	6	16.2 27.3	37	100.0 16.5
Proletariado Típico	35	89.7 17.3	4	10.3 18.2	39	100.0 17.4
Proletariado Não Típico	82	92.1 40.6	7	7.9 31.8	89	100.0 39.7
Pequena Burguesia Tradicional	34	87.2 16.8	5	12.8 22.7	39	100.0 17.4
Nova Pequena Burguesia	9	100.0 4.4	-	- -	9	100.0 4.0
sem informação	11	100.0 5.4	-	- -	11	100.0 4.9
TOTAL (x)	202	90.2 100.0	22	9.8 100.0	224	100.0 100.0

(x) Foram excluídos 3 casos.

Graf.9 Distribuicao proporcional de eventos positivos e negativos em recém-nascidos segundo fracoes de classes sociais familiar, Sao Luis, 1990.

Posição peculiar ocupa, nesse contexto, a pequena burguesia tradicional que apresenta um valor (22,7%) próximo ao encontrado para o proletariado típico, com 18,2%.

Analisando em termos proporcionais observa-se 1 : 5 para o subproletariado, que apresenta mais risco de exposição a esse tipo de agravo, seguido da pequena burguesia tradicional (1 : 7) e do proletariado típico (1 : 8). Diferenciação maior coube à proporção encontra para o proletariado não típico (1 : 12), mais próximo, portanto, da nova pequena burguesia que não apresentou nenhuma ocorrência dessa natureza.

Embora o teste chi-quadrado não apresente, pelos dados da Tabela 53, diferença estatisticamente significativa entre proletariado e burguesia a explicação para esse tipo de diferenciação encontrada não pode, evidentemente, ser apoiada por uma análise que se centre, tão simplesmente, numa simples busca de tendências ascendente ou descendente, em termos de comportamento dos dados, a exemplo dos casos de estudos de estratificação social, onde testes de significância estatística apresentam maior pertinência. Isso porque, as classes sociais não se apresentam, a partir de uma concepção do materialismo histórico, como uma variável contínua - entendida no sentido sociológico e não estatístico do termo - como renda e escolaridade, frequentemente empregadas em estudos dessa natureza.

TABELA 53 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS EM EVENTOS POSITIVOS E NEGATIVOS, SEGUNDO A CLASSE SOCIAL DA PARTURIENTE DE AMOSTRA HOSPITALAR EM SÃO LUÍS-MA, 1990.

FRAÇÕES DE CLASSE \	\ EVENTOS		\ PERINATAIS		TOTAL
	Positivos	Negativos			
Proletariado	150	89.2 78.1	17	10.8 22.7	167
Burguesia	42	89.4 21.9	5	10.6 22.7	47
TOTAL	192	89.7 100.0	22	10.3 100.0	214

$X^2_{0.05} = 0,008365$

X^2 critico = 3,84 não significativo

Apresenta-se, sim, como uma categoria histórica e enquanto tal deve ser considerada na abordagem dos resultados empíricos encontrados.

Nesse sentido, analisar os comportamentos diferenciados das várias frações de classe, em relação às questões de morbidade e de mortalidade apresentadas, por exemplo, pela pequena burguesia tradicional - na amostra estudada - requer ir além da simples aparência, ou seja, da simples constatação numérica de que a mesma encontra-se próxima ao proletariado. Nesse particular, não somente os elementos empíricos constitutivos dessa fração de classe estão em jogo mas igualmente, as características do meio social mais amplo - no caso, São Luís do Maranhão - em que esta se inscreve. Do mesmo modo coloca-se a forma típica de como essa fração se articula com o objeto - morbimortalidade perinatal - em função da sua natureza biológica e social.

Apesar de se tratarem de duas amplas categorias, distintas e polares, a definição, os limites, assim como a diferenciação interna do proletariado e da burguesia, em frações de classe capazes de guardar identidade, é uma questão não resolvida na literatura sociológica especializada como atestam, os trabalhos de HUNT (1982), POULANTZAS (1975 e 1977), WRIGHT (1981), GUIDENS (1975); dentre outros.

Esse tipo de complexidade evidencia-se, claramente, em tentativas de operacionalização desse conceito de classe, quando empregado em pesquisas empíricas. Exemplo típico no campo da saúde é o estudo apresentado por LOMBARDI et al. (1988), baseado em ampla investigação levada a cabo na cidade de Pelotas (RS), versando sobre a questão de morbimortalidade perinatal e infantil, publicada por VICTORA et al. (1988). Neste trabalho, o que se revela, é a busca de um esquema teórico-metodológico de abordagem empírica das classes sociais numa versão modificada do modelo apresentado por BRONFMAN & TUIRAN (1984).

Muito embora o esquema de BRONFMAN & TUIRAN (1984), empregado no presente trabalho, em sua versão modificada por LOMBARDI et al. (1988), tenha mostrado aproximações de interesse para estudos no campo da perinatologia, há que reconhecer que somente mediante um estudo histórico de realidades locais, regionais e/ou nacionais poder-se-á avançar na reflexão em torno do verdadeiro papel desempenhado por categorias sociológicas dessa natureza. Do mesmo modo há que considerar a relevância de se buscar articular essas categorias de classe, a categorias clínico-epidemiológicas com maior poder explicativo para a análise do problema - morbimortalidade perinatal - como foi o caso observado pela relação existente entre patologia materna e eventos negativos na presente

amostra. Nesse sentido, o emprego de uma categoria do tipo afecções maternas, envolvendo conhecimentos específicos sobre as diferentes ordens de problemas mórbidos relativas ao processo reprodutivo, classificados como moléstias próprias e associadas à gravidez, podem ampliar, em muito, o alcance de investigações sobre o assunto e se colocam como conceitos relevantes no desenvolvimento de investigações interdisciplinares.

Isso por se considerar que muitos dos processo mórbidos que incidem sobre a mulher gestante são igualmente passíveis de explicação, a partir de uma abordagem sociológica que considere as condições de vida às quais se submetem determinadas frações de classe social.

Isso posto, trata-se, em suma, de poder resgatar tal processo, que articula condições maternas e condições perinatais, no interior de um processo mais amplo explicável, quer clínica e epidemiologicamente, quer sociologicamente.

5. CONCLUSões

Constatando especificidades no estudo da morbimortalidade perinatal, o presente trabalho pode, com base nos dados empíricos disponíveis, oferecer evidências no sentido de sustentar alguns dos pressupostos básicos defendidos em nível das hipóteses formuladas e dos objetivos definidos destacando-se, a guisa de conclusão, os seguintes aspectos:

1º) Para a busca mais aprofundada de explicação do processo saúde-doença no período perinatal a análise do objeto requer, em função de sua natureza, biológica e social, o concurso de esquemas teóricos mais elaborados, em nível dessas duas áreas de conhecimento, capazes de permitir o trabalho interdisciplinar sem que o fenômeno seja reduzido, quer ao biologismo, quer ao sociologismo.

2º) O simples emprego de variáveis demográficas do tipo idade, paridade, cor, dentre outras, desvinculadas de um contexto teórico, não permite caracterizar as reais condições clínico-epidemiológicas da mulher no processo reprodutivo. Requer, para isso, o emprego e articulação de esquemas mais elaborados, desenvolvidos pelo pensamento clínico-obstétrico, de um lado, e pelo conhecimento epidemiológico em saúde pública, de outro.

3º) O processo reprodutivo deve ser entendido em sua globalidade, representando a assistência à gestação e ao parto, momentos fundamentais na definição das condições de saúde da mulher. Isso, na medida em que pela sua natureza, essa assistência passa a ser mediada por processos sociais gerais e particulares - de classe - que discriminam a mulher, e sua família, no caso, o conceito, em termos de formas diferenciais de qualidade de assistência e de condições de saúde, doença e morte.

4º) O emprego do conceito de classes sociais, no estudo do processo saúde-doença no período perinatal, apresenta-se como importante instrumental ao aprofundamento da busca do verdadeiro lugar ocupado pelo social no processo de determinação de eventos negativos em recém-nascidos, nessa área do conhecimento. No entanto, na medida em que se trata de incorporar a reflexão sociológica, não para reduzir o objeto à dimensão social, mas tendo em vista enriquecer a própria reflexão biológica sobre o mesmo, somente um trabalho de natureza interdisciplinar, capaz de articular conceitos biológicos a conceitos sociológicos, no interior de um esquema teórico-metodológico mais amplo, permitirá ao próprio campo da perinatologia, ampliar suas próprias possibilidades de explicação do fenômeno.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALBERHAN, E. The scope of perinatal and the usefulness of international comparisons. *Proc. Annu. Symp. Eugen. Soc.*, 17: 57-73, 1981.

ALEXANDER, C.R. et al. Racial differences in the relation of birth weight and gestational age to neonatal mortality. *Public. Hlth. Rep.*, 100: 539-46, 1985.

ALMEIDA, M.C.R.R. Estudo das características da população de gestantes do serviço de pre-natal do Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza" da Faculdade de Saúde Pública - USP no período de janeiro de 1964 a dezembro de 1979. São Paulo, 1980 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

ALVARENGA, A. T. de 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]

ALVARENGA, A.T. de 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].

- ALVAREZ-LAJONCHERE, C. Investigación perinatal, Cuba, 1973: atención médica y factores sócio-biológicos. **Rev. cub. Adm. Salud**, 2: 269-75, 1976.
- ANDRADE, A.S. Diagnóstico da situação perinatal. São Paulo, SHS - Maternidade Escola da Vila Nova Cachoeirinha, 1984.
- ANTONOVSKY, A. & BERNSTEIN, J. Social class and infant mortality. **Soc. Sci. & Med.**, 11: 453-70, 1977.
- AREND, F. B. Contribuição ao estudo da antropometria do recém-nascido. São Paulo, 1984. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP]
- AYUB, A.C.K. Assistência ao parto e questão da cesariana. In: Publicação da campanha internacional contra a morbidade e mortalidade materna. Brasília, 1989.
- BALDWIN, W. Half empty, half full: What we know about low birth weight among blacks [Editorial]. **J. Amer. med. Ass.**, 255: 86-8, 1986.
- BARD, H. Intrauterine growth retardation. **Clin. obstet. gynec.**, 13: 511-525, 1970.

BARRISON, I. G. et al. Adverse effects of alcohol in pregnancy. **Brit. J. Addict.**, **80**: 11-22, 1985.

BARROS, F. C. et al. Bajo peso al nacer en el municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo. **Bol. Ofic. sanit. panamer.**, **102**: 541-54, 1987.

BARROS, M. B. A. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Ribeirão Preto, 1983. Tese de Doutorado - Fac. Medicina de Ribeirão Preto - USP3

BARROS, M.B.A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev. Saúde Públi.**, S. Paulo, **20**: 269-73, 1986.

BARVAZIAN, A. P. Bajo peso de nacimiento un gran problema mundial. **Cuad. Med. soc.**, Santiago, **20**: 31-37, 1979.

BATISTA, G.M.M. Fatores comportamentais da clientela de serviços de pre-natal, Município de Maceió, AL. São Paulo, 1983. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

BATTAGLIA, F. C. & LUBCHENCO, L. O. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. **J. Pediat.** **71**: 159-63, 1967.

BEHM, H. Determinantes econômicas y sociales de la mortalidad en America Latina. **Rev. Cub. Adm. Salud**, 6: 1-30, 1980.

BEHRMAN, R. E. Preventing low birth weight: a pediatric perspective. **J. Pediat.**, 107: 842-54, 1985.

BENICIO, M. M. Fatores de risco de baixo peso ao nascer em recém-nascidos vivos - Município de São Paulo, 1978. São Paulo, 1983. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]

BERGNER, L. & SUSSER, M.W.. Low birth weight and perinatal nutrition: an interpretative review. **Pediatrics**, 46: 946-66, 1970.

BERQUO, E. Demografia da desigualdade: algumas considerações sobre os negros no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, 21: 74-84, 1988.

BOELL, C.P. Peso ao nascer e na relação com variáveis maternas em uma maternidade de Florianópolis-Santa Catarina. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da USP].

- BOLTANSKI, L. *Prime education et morale de classe.* Paris, Monton, 1969. (Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 5).
- BOURDIEU, P. *Condição de classe e posição de classe.* In: Bourdieu, P. *A economia das trocas simbólicas.* São Paulo, Ed. Perspectiva, 1974, p. 3-25.
- BRAGA, L.F. Apud: AYUB, A.C.K. *Assistência ao parto: a questão da cesariana.* In: *Publicação de campanha internacional contra morbimortalidade materna.* Brasília, 1989.
- BREILH, J. et al. *Saúde na sociedade.* São Paulo, Instituto de Saúde/SP-ABRASCO, 1986.
- BREILH, J. et al. *Ciudad y muerte infantil.* Quito, CEAS, 1983.
- BREILH, J.P. *Epidemiologia: economia, medicina y politica.* SESPAS, Santo Domingo, 1981.
- BRONFMAN, M. & TUIRAN, R. *La desigualdad ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez.* Quad. méd. - soc., Rosario, (29/30): 53-75, 1984.

BUNGE, M. Causalidad: El principio de causalidad en la ciencia moderna. EUDEBA, Buenos Aires, 1960.

BURALLI, K.O. Aleitamento materno: o social desfigurado. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP].

BUTLER, N. R. & BONHAM, D. G. **Perinatal mortality: the first report of the 1958 British perinatal mortality survey.** Edinburgh, E. & S. Livingstone, 1963.

CARR-HILL, R. A. & PRITCHARD, C. W. Reviewing birthweight standards. **Brit. J. Obstet. Gynec.**, **90**: 718-25, 1983.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Black/White comparisons of premature mortality for public health program planning. **Morb. Mort. Wby. Rep.**, **38**: 33-7, 1989.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Infant mortality among black americans. **Morb. Mort. Why Rep.**, **36**: 1-10, 1987.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO. Saúde perinatal: artigos selecionados de Salud perinatal. Boletim do CLAP, trad. Forster, T. de A. Montevideo, 1988.

- CHALMER, I. Short, Black, Baird, Himsworth, and social class differences in fetal and neonatal mortality rates. **Brit. med. J.**, 291: 231-2, 1985.
- CHAMBERLAIN, G. Epidemiologia e etiologia do recém-nascido pré-termo. **Clin. Obstet. Ginec.**, 11: 309-28, 1984.
- CHASE, H.C. A study of risks, medical care and infant mortality. **Amer. J. Publ. Hlth.**, 63 (supl.): 1-16, 1973.
- CIARI Jr., C. & SIQUEIRA, A.A.F. de Problemas de Saúde Materno-Infantil no Brasil. In: Pareta, J.M.M. et al. Saúde da Comunidade: temas de medicina preventiva e social. São Paulo, McGraw Hill, 1976. p. 203-23.
- CIARI Jr., C. et al. Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal: auditoria de fichas clínicas. **Rev. Saúde Pública.**, S. Paulo, 8: 203-12, 1974.
- CROSSE, V.M. El niño prematuro: y otros niños con bajo peso de nacimiento. Madrid, Editorial Montecorvo, 1968.
- CUEVA, A. Teoria social y procesos políticos en America Latina. Guayaquil. Editorial de la Universidad de Guayaquil, 1989.

- DAVID, R.J. Did low birthweight among US blacks really increase? **Am. J. Publ. Hlth.** 76: 380-4, 1986.
- DUNN, P. M. The search for perinatal definitions and standards. **Acta paediatr. scand.**, (Suppl. 319): 7-16, 1985.
- EDOUARD, L. epidemiologie de la mortalite perinatale. **Rapp. trimest. statist. sanit. mond.**, 38: 289-301, 1985.
- FERNANDES, F. A integração do negro na sociedade de classe: no limiar de uma nova era. 3a. ed. São Paulo, Ed. Atica, 1978. v. 2 (Ensaio, 34).
- FISCHMAN, A. & GUIMARÃES, J. J. de L. Risco de morrer no primeiro ano de vida entre favelados no município de Porto Alegre, RS (Brasil), em 1980. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, 20: 219-26, 1986.
- FORBES, J. F. & PICKERING, R. M. Influence of maternal age, parity and social class on perinatal mortality in Scotland: 1960-82. **J. biosoc. Sci.**, 17: 339-49, 1985.
- FRISANCHO, A.R. et al Newborn body composition and its relationship to linear growth. **Amer. J. Clin. Nutr.**, 30: 704-11, 1974.

FUNDAÇÃO IBGE **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:**

1981. Rio de Janeiro, 1983 vol. 5 t 6.

FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico. Rio de Janeiro, 1983.

v. 1, t. 4, n. 7.

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social.** Campinas, Editora da Unicamp, 1988.

GOLDING, J. Child health and the environment. **Brit med. Bull.**, 42: 204-11, 1986.

GOLDING, J. Child health and the environment. **Brit. med. Bull.**, 42: 204-11, 1986.

GOLDSTEIN, H. & BUTLER, N. R. Definition of perinatal mortality. **Lancet**, 1: 1254-5, 1977.

GOULD, J. B. et al. Socioeconomic differentials and neonatal mortality: racial comparison of California singletowns. **Pediatrics**, 83: 181-6, 1989.

GRANADOS T. R. Conceptualización de la salud enfermedad humana: el estado de salud de la población: propiedad inherente a la vida social: **Rev. cub. Adm. Salud**, 12: 193-206, 1986.

GRUENWALD, P. Growth of the human fetus. I. Normal growth and its variation. **Am.J.Obst.Gynec.**, 94: 1-112, 1966.

GUIDDENS, A. **A estrutura de classes das sociedades avançadas.** Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.

HARNECKER, M. **O capital: conceitos fundamentais.** São Paulo, Global Editora, 1978.

HASENBALG, C. Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

HASENBALG, C. & SILVA, N.V. Estrutura social, mobilidade e raça. Rio de Janeiro, Vértice/IUPERJ, Rio de Janeiro, 1988.

HERINGE, R., coord. et. al. Negros no Brasil: dados da realidade: projeto negro IBASE. Petrópolis, Vozes/IBASE, 1989. (Coleção Negros em Libertação, 6).

HUNT, A. N. (org.) - **Classes e estrutura das classes.** Lisboa, Edições 70, 1982.

HUTCHINS, V. et al. Trends in maternal and infant health factors associated with low infant birth weight, United States, 1972 and 1980. **Public Hlth. Rep.**, **99**: 162-72, 1984.

IANNI, G. **Raças e classes sociais no Brasil**. 3^a ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

KNOX, E. G. et al. Perinatal mortality standards: construction and use of a health care performance indicator. **J. Epidem. Community Hlth.**, **40**: 193-204, 1986.

KOIFMAN, S. Bajo peso al nacer y estructura social en México. Xochimilco, 1977. [Tesis de Maestría en Medicina Social - Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco]

KRAMER, M. S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. **Bull. Wld. Hlth. Org.**, **65**: 663-737, 1987.

KUHN, T.S. A estrutura das revoluções científicas. Ed. Perspectiva, São Paulo, 1975.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E.D., org. **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**: São Paulo, Ed. Global, 1983. p. 133-58.

LAURENTI, R. Mortalidade perinatal. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1978. [Mimeografado].

LAURENTI, R. & BUCHALLA, C. M. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades, II. Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, **19**: 225-32, 1985.

LAURENTI, R. & SIQUEIRA, A.A.F. de O problema da mortalidade neo-natal em São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Publ.*, S. Paulo, **6**: 45-55, 1972.

LAURENTI, R. et al. Mortalidade perinatal em São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, S. Paulo, **9**: 115-24, 1975.

LECHTIG, A. et al. Maternal nutrition and fetal growth in developing societies: socioeconomic factors. *Amer. J. Dis. Child.*, **129**: 434-7, 1975.

LIA-HOAGBERG, B. et al. Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. *Soc. Sci. Med.*, **30**: 487-495, 1990.

LOMBARDI, C. Classe social e condições de vida. In: Victora, C.G. et al. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo, Hucitec, 1988.

LOMBARDI, C. et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, **22**: 253-65, 1988.

LUBCHENCO, L.O. The high risk infant. 1976 (Major problems in clinical pediatrics - 14).

MARCONDES, E. Normas para o diagnóstico e a classificação dos distúrbios de crescimento e de nutrição - última versão. **Pediatria**, S. Paulo, **4**: 307-32, 1982.

MARTINS, I. S. et al. As determinações biológica e social da doença: um estudo de anemia ferroprina. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, **21**: 73-89, 1987.

MCCORMICK, M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. **New Engl. J. Med.**, **312**: 82-90, 1985.

MEYER, M. B. & COMSTOCK, G. W. Maternal cigarette smoking and perinatal mortality. **Am. J. Epidem.**, **96**: 1-10, 1972.

MILLER, H. C. Intrauterine growth retardation: an unmet challenge. **Am. J. Dis. Child.**, 135: 944-8, 1981.

MONTEIRO, C.A. O peso ao nascer no município de São Paulo: impacto sobre os níveis de mortalidade na infância. São Paulo, 1979. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

MORRISON, I. Perinatal mortality: basic considerations. **Seminars Perinat.**, 9: 144-50, 1985.

MOTTA, M.L. et al. Avaliação das complicações maternas na gravidez na adolescência conforme a idade ginecológica. **J.Bras. Ginec.**, 99: 283-87, 1989.

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo, Editora Atica, 1988. [Série Fundamentos, 34]

MUGFORD, M. et al. Standard perinatal data: suggestions for regular review of facilities for perinatal care within a regional health authority. **Community Med.**, 7: 157-68, 1985.

NÓBREGA, F.J. de, Coord. Antropometria, patologias e malformações congênitas do recém-nascido brasileiro e estudos de associação com algumas variáveis maternas. **J. Pediat.**, 59 (supl. 1), 1985.

NUNES, R. Estudos e ações sobre a reprodução humana e nutrição em Recife. **Bol.Ofic.Sanit. Panamer.**, 81: 304-312. 1976.

NUNES, R.M. Estudo e ações sobre a reprodução humana e nutrição em Recife. In: Organização Pan-Americana de Saúde. Investigação de mortalidade na infância no Brasil: descobertas e atividades. Washington, D.C. Organização Panamericana de Saúde. 1977. (Publ. Cient. 504).

OLIVEIRA, L. E. G. de et al. **O lugar do negro na força de trabalho.** Rio de Janeiro, IBGE, 1985.

OLIVEIRA, L.R. Epidemiologia da desnutrição: teoria e prática. S. Paulo, 1989. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito.** 9ª rev., 1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1978. v. 1.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil. Ginebra, 1960. **La insuficiencia ponderal del recién nacido desde el punto de vista sanitario; tercer informe.** Ginebra, 1961. [Serie de Informes Técnicos, 217]

PANETH, N. et al. Social class indicators and mortality in low birth weight infants. **Amer. J. Epidem.**, **116**: 364-75, 1982.

PELLER, S. Propo delineation of the neonatal period in perinatal mortality. **Am. J. publ. Hlth.**, **55**: 1005-11, 1965.

PINTO, R. P. A educação do negro: uma revisão de bibliografia. **Cad. Pesq.**, São Paulo, (62): 3-34, 1987.

PLANT, M. L. et al. Alcohol consumption during pregnancy: baseline data from a scottish prospective study. **Brit. J. Addict**, **79**: 207-14, 1984.

PLAUT, R. Analisis de riesgo, alcance y limitaciones para el administrador de salud. **Bol. Ofic. sanit. panam.**, **96**: 296-304, 1984.

POULANTZAS, N. **Poder político e classes sociais.** São Paulo, Martins Fontes, 1977.

POULANTZAS, N. **As classes sociais no capitalismo de hoje.**

Rio de Janeiro, Zaher Editora, 1975.

PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. **Características del peso al nacer.** Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1980. OPAS - Publicación Científica, 504]

PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. **Características de la mortalidad urbana.** Washington, D.C., Organização Panamericana de Saúde, 1968. (Publ. cient. 151).

PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. **Características de la mortalidad en la niñez.** Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. 1973. (OPAS - Publicación Científica, 262).

RANTAKALLIO, P. **Groups at risk in low birth weight infants and perinatal mortality.** *Acta paediat. scanc.*, (Suppl. 193), 1969.

REED, D.M. & STANLEY, F.J. **The epidemiology of prematurity.** Baltimore, Urban & Schwarzenberg, Inc., 1977.

REEDER, S.J. & REEDER, L.G. **Some correlates of prenatal care among low income and unwed women.** *Amer. J. obstet. gynec.*, 90: 1304-7, 1961.

REEDER, S.J. & REEDER, L.G. Some correlates of pre-natal use among low income and unwed women. **Amer. J. obstet. gynec.**, **90**: 1304-7, 1961.

RUSH, D. et al. Antecedentes of low birthweight in Harlem, New York City. **Int. J. Epidem.**, **1**: 375-87, 1972.

RUSH, D. et al. Perinatal outcome, maternal weight gain, cigarette smoking and social status in Jerusalem. **Rev. Epidem. Santé públ.**, **36**: 186-95, 1988.

SCHOR, N. Aborto como questão de saúde pública: estudo da demanda de mulheres que recorreram ao hospital por complicações do aborto. São Paulo, 1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

SCHWARCZ, R. et al. Principales causas perinatales de la mortalidad feto-neonatales y de las secuelas invalidantes en el niño, en países latinoamericanos: algunas estrategias y acciones para contribuir a su abatimiento. In: FESCINA, R.H. **Tecnologías perinatales: fundamentos, desarrollo y evaluación.** Montevideo, CLAP/OPAS, 1987. p. 8-21 (Publicación Científica CLAP, 1122), 1987.

SERRANO, C. V. & PUFFER, R. R. Datos del peso al nacer y de la mortalidad en hospitales utilizados como indicadores de los problemas de salud en la infancia. **Bol. Ofic. sanit. panamer.**, 78: 93-119, 1975.

SEWARD, R. R. et al. Different approaches to childbirth and their consequences in Italy, Sweden, and United States. **Int. J. Soc. Family.** : , .

SHIONO, P.H. et al. Birth weight among women of different ethnic groups. **J. Amer. med. Assoc.**, 255: 48-52, 1986.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica: para as ciências do comportamento**. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977.

SILBER, T.J. El embarazo en adolescentes en Estados Unidos de America. In: Organización Mundial de la Salud. **Salud materno infantil y atención primaria en las Americas: hechos y tendencias**. Washington, D.C., 1984. (Publ. cient. 461).

SILVA, J.L.P. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência: 1977-1979. Campinas, 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP].

SILVEIRA, M.H. Perdas fetais do distrito de São Paulo, 1974. [Monografia de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública - USP].

SINGER, P. **Dominação e desigualdade: estrutura de classes e repartição de renda no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1981.

SIQUEIRA, A. A. F. de Indicadores de risco de peso inadequado ao nascer. São Paulo, 1981. [Tese de Livre-docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]

SIQUEIRA, A.A.F. de Mortalidade neonatal e prematuridade. São Paulo, 1974. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

SIQUEIRA, A.A.F. de et al. Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no serviço pré-natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, **15**: 449-54, 1981.

SIQUEIRA, A.A.F. et al Influência da altura e ganho de peso maternos e da idade gestacional sobre o peso do recém-nascido: estudo de três grupos de gestantes normais. **Rev.Saúde públ.**, S. Paulo, **9**: 331-42, 1975.

SOUZA, M. de L. Alguns aspectos básicos de assistência pré-natal em Florianópolis, Santa Catarina. São Paulo, 1978. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

SOUZA, M.L. de Mortalidade materna em Florianópolis, Santa Catarina, 1975-1979. Obituário hospitalar. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

SPIERS, P. S. & WACHOLDER Association between rates of premature delivery and intra-uterine growth retardation. **Develop. med. Child Neurol.**, 24: 808-16, 1982.

STARFIELD, B. et al. Mortality and morbidity in infants with intrauterine growth retardation. **J. Pediat.**, 101: 978-83, 1982.

STAVENHAGEN, R. Estratificação social e estrutura de classes. In: BERTELLI, A.R. et al. (orgs.) - Estrutura de classes e estratificação social. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1966, p. 117-48.

SUAREZ OJEDA, E. N. & CUSMINSKY, M. Calidad de vida, atención primaria y salud materno-infantil. In: Organización Panamericana de la Salud. **Salud materno-infantil y atención primaria en las Américas: hechos y tendencias**. México, 1984. (Publ. cient., 461). p. -

TAMBURO, E.M.G. Mortalidade infantil da população negra brasileira. NEPO/UNICAMP, 1987 (textos NEPO - 11).

TANAKA, A. C. d'A. Saúde Materna e saúde perinatal: relações entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

TANAKA, A.C. d'A et al. Peso ao nascer de filhos de um grupo de mulheres normais. **Rev. Saúde Pública**, S. Paulo, **11**: 551-60, 1977.

TANAKA, A.C. d'A et al. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, S. Paulo, **23**: 67-75, 1989.

TANNER, J.M. & THOMSON, A.M. Standards for birthweight and gestation periods from 32 to 42 weeks, allowing for maternal height and weight. **Arch. Dis. Childh.**, **45**: 566-69, 1970.

TAUSSIG, F. The history of prenatal care. **Amer. J. Obstet. Gynec.**, **34**: 731-39, 1937.

TAYLOR, D. J. Baixo peso ao nascer e deficiência de desenvolvimento neurológico. **Clin. obstet. gynec.**, **11**: 555-74, 1984.

TERVEL, J.R. et al. Investigación Interamericana de mortalidad en la niñez: peso al nacer en la región de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Bol. Ofic. Sanit. Panamer.**, **79**: 139-45, 1975.

TORRADO, S. Salud-enfermedad en el primer año de vida: Rosario, 1981-1982. Buenos Aires, Centro de Estudios Urbanos y Regionales, 1986. (Informes de investigación del CEUR, 4).

VAN DER BERG, B.J. Epidemiologic observations of tobacco, coffee and alcohol. In: REED, D.M. & STANLEY, F.J. **The epidemiology of prematurity.** Baltimore, Urban & Schwarzenberg Inc., 1977.

VICTORA, C. G. et al. **Epidemiologia da desigualdade.** São Paulo, Hucitec, 1988.

WAINRIGHT, R. L. - Change in observed birth weight associated with change in maternal cigarette smoking. **Amer. J. Epidem.**, 117: 668-75, 1983.

WILCOX, A.J. & RUSSELL, I.T. Birthweight and perinatal mortality: I. on the frequency distribution of birthweight. **Int. J. Epidemiol.**, 12: 314-318, 1983.

WISE, P.H. et al. Racial and socioeconomic disparities in childhood mortality in Boston. **N.Engl.J.Med.**, 313: 360-6, 1985.

WOISKI, J.R. et al. índices somáticos dos recém-nascidos normais no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. paul. Med.**, 66: 12-23, 1965.

WORLD HEALTH ORGANIZATION The incidence of low birth weight: a critical review of available information. **Wld. Hlth. Stat. Quart.**, 33: 197-224, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The incidence of low birthweight. A critical review of available information. **Worl Hlth. Stat. Outly.**, 33: 197, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The incidence of low birth weight: an update. **Why. Epidem. Rec.**, 59: 205-212, 1984.

WRIGHT, E. O. **Classe, crise e o estado**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.

YAZILLE ROCHA, J. S. et al. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em localidade do Estado de São Paulo (Brasil) 1986. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, **23**: 374-81, 1989.

YERUSHALMY, J. The classification of newborn infants by birthweight and gestational age. **Pediatrics**, **71**: 164-72, 1967.

ANEXOS

U F M A

DEPTO DE SAÚDE PÚBLICA

U S P

DEPTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

MORBIMORTALIDADE PERINATAL EM MATERNIDADES DE SÃO LUÍS - M A

Estamos realizando um estudo sobre a morbimortalidade perinatal em maternidades de São Luís - M A, para melhor conhecermos as condições do recém-nascido, no momento do parto. Para tanto faremos uma série de perguntas, que se respondidas serão de fundamental importância para o sucesso de nosso trabalho. O resultado da entrevista será reunido e analisado globalmente e fornecido às maternidades pesquisadas para que seja utilizado pelos administradores.

Para seu conhecimento, garantimos que esta entrevista é SIGILOSA!!!

SÃO LUÍS - M A
1989

U F M A

DEPTO DE SAÚDE PÚBLICA

U S P

DEPTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

ESTUDO DE MORBIMORTALIDADE PERINATAL EM MATERNIDADES DE SÃO LUÍS

"CONFIDENCIAL"

Pag.1

Nº de Ordem:_____

Nº do Prontuário:_____

NOME DO HOSPITAL:_____

NOME DA MÃE:_____

ENDEREÇO:_____

1- Idade:_____ 2- Côr:_____

3- Estado Civil:

() Solteira

() Viúva

() Desquitada

() Casada

() Divorciada

4- Tipo de união conjugal:

() Legal

() Livre

() Sem união conjugal

5- Tempo de união:_____

6- Chefe da família:_____

7- Principal responsável pelo "sustento" da família:

Nº de Ordem: _____

CASO A PARTURIENTE NÃO SEJA A PRÓPRIA RESPONSÁVEL PELO "SUSTENTO" DA FAMÍLIA INDAGAR SE :

8- A parturiente é:

() co-responsável pelo sustento da família

() dependente

() outro (especificar): _____

() não se aplica (part.=resp.)

9- COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA NO MOMENTO DO NASCIMENTO

Nº	NOME	REL. C/ RESPONS.	IDADE (meses/ anos compl.)	SEXO 1.Masc. 2.Fem.	ESCOLARI- DADE - (série comple- tada)	C/OCUP. REMUNERA DA - 1. sim 2. não 3. n.a.	RENDA (ocupação /outros) NCZ\$
1RESP							
2PART.							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

OBS₁ : No caso da parturiente ser a própria responsável pelo sustento da família anotar somente a partir da 2ª linha

OBS₂ : Observações adicionais, usar o verso

() I.N.P.S () I.P.E.M.

() Convênio Particular () Convênio Empresa

() Patronal () Outro (especificar)_____

(a) da parturiente: _____

(b) do responsável pela família: _____

() sim () não () não se aplica

Se sim, especificar: _____

() sim () não () não se aplica (P=R) () ignora

Se sim, especificar:_____

Nº de Ordem:_____

11.3- Qual o nome do estabelecimento em que trabalha, o ramo de atividade (agricultura, pecuária, extração, indústria (o que produz), comércio, serviços, etc...) e o local em que está instalado a unidade econômica?

(a) da parturiente:

nome:_____

ramo:_____

local : domicílio? () sim () não

Se sim, OBS:_____

(b) do responsável pela família:

nome:_____

ramo:_____

local - domicílio? () sim () não

() não se aplica (P=R)

() ignora

Se sim, OBS:_____

Nº de Ordem:-----

11.4- Situação de trabalho da parturiente e do responsável pela família:

	Parturiente	Resp. família
- trabalho por conta própria, sem empregado.....	1	1
- trabalho por conta própria, com empregado (remunerado).	2	2
- trabalho por conta própria, com empregado (sem remuneração).....	3	3
- categorias 2 e 3 combinadas	4	4
- sócio ou dono de firma comercial, industrial, etc...	5	5
- empregado de firma comercial, industrial, bancária, etc.....	6	6
- funcionário do governo, instituto ou outra organização paraestatal.....	7	7
- outra (especificar).....	8	8

- ignora.....	-	9
- não se aplica (não trabalha)	10	-
- não se aplica (P=Resp.)....	-	11

Nº de Ordem: _____

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS EM RELAÇÃO ÀS CATEGORIAS DO ÍTEM 11.4

(1º) Para qualquer das categorias: essa situação de trabalho por conta própria é permanente (estável) ou variável (instável)?

Especificar o tempo e demais detalhes relevantes:

(a) parturiente:

☐ permanente ☐ variável ☐ não se aplica

Tempo: _____ e demais detalhes relevantes : _____

(b) responsável pela família:

☐ permanente ☐ variável

☐ não se aplica ☐ ignora

Tempo: _____ e demais detalhes relevantes : _____

(2º) Para as categorias: 1,2,3,4 e 5: emprega ou não trabalhadores familiares ou agregados, não remunerados? Especificar o no e demais detalhes relevantes:

(a) parturiente:

☐ emprega ☐ não emprega ☐ não se aplica

no _____ e demais detalhes relevantes: _____

Nº de Ordem:_____

(b) responsável pela família:

() emprega () não emp. () não s. (P=R) () ignora

no_____ e demais detalhes relevantes:_____

(3º) Para as categorias 2,3,4 e 5: só administra ou também auxilia os empregados nas tarefas para as quais foram contratados e remunerados?

(a) da parturiente:

() só administra () auxilia nas tarefas

() não se aplica

Por quê?_____

Se auxilia, como? _____

(b) responsável pela família:

() só administra () auxilia nas tarefas

() não se aplica (P=Resp.) () ignora

Por quê?_____

Se auxilia, como? _____

(4º) Para as categorias 1,2,3,4 e 5: possui ou é locador de bens, tais como, local da unidade econômica (não residência), máquinas, veículos, etc...?

(a) parturiente:

() sim () não () não se aplica (P=R)

especificar do que é proprietário ou locador:_____

Nº de Ordem:_____

(b) responsável pela família:

☐ sim ☐ não☐ ignora ☐ não se aplica (P=Resp.)

especificar do que é proprietário ou locador:_____

(5º) Para as categorias de 2 a 8: existência de outra(s) pessoa(s) trabalhando para ou sob suas ordens:

	Parturiente	Resp. Família
- não.....	0	0
- sim, 1.....	1	1
- sim, 2 a 5.....	2	2
- sim, 6 a 10.....	3	3
- sim, 11 a 20.....	4	4
- sim, 21 a 49.....	5	5
- sim, 50 a 99.....	6	6
- sim, 100 ou mais.....	7	7
- ignora.....	-	8
- não se aplica (não trabalha).....	9	-
- não se aplica (P=Resp.).....	-	10

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS DE (5º) Especificar se essa situação de ter ou não, esse número de pessoa trabalhando no momento é:

(a) parturiente:

☐ permanente ☐ instável ☐ não se aplica

Precise em tempo:_____ e descreva detalhes que julgar importantes:_____

(b) responsável pela família:

☐ permanente ☐ instável ☐ não se aplica (P=R)☐ ignora

Precise em tempo:_____ e descreva detalhes que julgar importantes:_____

Nº de Ordem:-----

12- Condições de atividade da parturiente e do responsável pela família no momento do nascimento do R.N.:

	Parturiente	Resp. Família
- trabalhando.....	1	1
- licença (espec. tipo em <u>obs.</u>)..	2	2
- afastada(o) - (especificar ... tipo em <u>obs.</u>).....	3	3
- desempregada(o) - (especificar tipo em <u>obs.</u>).....	4	4
- subempregada(o) - (especificar tipo em <u>obs.</u>).....	5	5
- aposentada(o) senso lato.....	6	6
- aposentada(o) por doença.....	7	7
- na caixa ("encostado").....	8	8
- não trabalha (especificar..... motivo em <u>obs.</u>).....	9	9
- desocupada(o) - (especificar.. em <u>obs.</u>).....	10	10
- estudante.....	11	11
- dona-de-casa.....	12	12
- outra (especificar tipo em <u>obs.</u>).....	13	13
- ignora.....	-	14
- não se aplica (P=Resp.).....	-	15

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS DA QUESTÃO 12:

- tempo da presente condição (parturiente)

OBS: tipo/motivo dessa condição:-----

- tempo da presente condição (Resp. família)

OBS: tipo/motivo dessa condição:-----

Nº de Ordem: _____

13- NOS CASOS DE: DESEMPREGO/SUBEMPREGO/DESOCUPADO(A) AFASTAMENTO SEM REMUNERAÇÃO DA PARTURIENTE OU RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA "SONDAR" COMO SOBREVIVE NESSA CONDIÇÃO:

- a parturiente _____

- o responsável pela família _____

- a família como um todo: _____

OBSERVAÇÃO: EM RELAÇÃO AOS DADOS DE RENDA E OCUPAÇÃO

1- Grau de confiabilidade ("precisão"), das informações:

2- Outras observações adicionais relevantes:

Nº de Ordem: _____

14- HISTÓRIA REPRODUTIVA DA PARTURIENTE (GESTAÇÕES ANTERIORES)

ORDEM DA GESTA- ÇÃO	DATA DO FIM DA GESTAÇÃO MÊS ANO	DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (Idade Ges- tacional)	RESULTADO DA GESTAÇÃO	SEXO 1- Masc. 2- Fem. 3- Não A.	TIPO DE PARTO **
1ª					
2ª					
3ª					
4ª					
5ª					
6ª					
7ª					
8ª					
9ª					
10ª					

ORDEM DA GESTA- ÇÃO	LOCAL DO PARTO ***	PESO (g)	SE VIVO (Idade a- tual em mês/ano)	SE FALECIDO (com que idade em mês/ano)	PRÉ-NATAL 1- SIM 2- NÃO	OBS.
1ª						
2ª						
3ª						
4ª						
5ª						
6ª						
7ª						
8ª						
9ª						
10ª						

OBS: Se necessário, anexar outra folha igual.

LEGENDAS: * Resultado da Gestação ** Tipo de Parto

*** Local do Parto

NV= Nascido vivo

NM= Nascido Morto

AE= Aborto espontâneo

AP= Aborto provocado

N= Normal

C= Cesáreo

F= Forceps

H= Hospital

D= Domicílio

O= Outro

Nº de Ordem: _____

15- ATIVIDADE SEXUAL (especificar idade)

Idade da menarca: _____ Início de relação sexual: _____

Idade da primeira gestação: _____:

16- Fêz pré-natal nesta última gestação (atual)?

() sim (motivo): _____

Local(is): _____

() não (motivo): _____

SE FÊZ PRÉ-NATAL, RESPONDER AS QUESTÕES DE Nº 14 A 17

17- No de consultas por mês/trimestre:

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
1º mês _____	2º mês _____	3º mês _____
4º mês _____	5º mês _____	6º mês _____
7º mês _____	8º mês _____	9º mês _____

18- Ganho de peso durante a gestação (descrever):

19- Intercorrências durante a gravidez (descrever tipo e conduta médica):

Tipo: (1º) _____

(2º) _____

(3º) _____

Nº de Ordem: _____

CONDUTA: (1º) _____

(2º) _____

(3º) _____

19a- Peso pré-gestacional: _____ Estatura: _____

20- Fumou durante a última gestação?

() sim Quantos cigarros/dia? _____

() não

OBS: Descrever casos de variação do uso de fumo durante a gravidez:

21- Existem fumantes com os quais manteve contato diário durante a gravidez (gestante como fumante passivo)?

() sim No de pessoas: _____

Quantos cigarros/dia (total): _____

() não

OBS: (Se necessário): _____

22- Na sua opinião o hábito de fumar durante a gravidez poderia prejudicar a sua saúde e a do seu filho?

- da parturiente:

() sim Por quê? _____

() não Por quê? _____

() ignora

Nº de Ordem: _____

- do recém-nascido:

☐ sim Por quê? _____

☐ não Por quê? _____

☐ ignora

23- A Sra. acha que o cigarro chegou a ser prejudicial, dessa vez, para a sua saúde e a de seu filho?

- da parturiente:

☐ sim Por quê? _____

☐ não Por quê? _____

☐ ignora

- do recém-nascido:

☐ sim Por quê? _____

☐ não Por quê? _____

☐ ignora

24- Ingeriu bebida alcoólica durante esta gestação?

☐ sim☐ não

25- Em que frequência bebia?

☐ Diariamente☐ Frequentemente☐ Ocasionalmente☐ não se aplica

26- A quantidade que bebia é, na sua opinião:

☐ Pequena☐ Moderada☐ Grande☐ não se aplica

Nº de Ordem:.....

27- Pode especificar a quantidade? (Segundo "padrão")

() sim:----- () não () não se aplica

28- Quais os tipos de bebida que consumia durante a gravidez?

29- Na sua opinião a bebida alcoólica durante a gravidez poderia prejudicar a sua saúde e a do seu filho?

- da parturiente:

() sim Por quê? -----

() não Por quê? -----

() ignora

- do recém-nascido:

() sim Por quê? -----

() não Por quê? -----

() ignora

30- A Sra. acha que a ingestão de bebida alcoólica chegou a ser prejudicial a sua saúde e a do seu filho nesta gravidez?

- da parturiente:

() sim Por quê? -----

() não Por quê? -----

() ignora

Nº de Ordem: _____

do recém-nascido:

☐ sim Por quê? _____☐ não Por quê? _____☐ ignora

31- Como foi a sua gravidez? (Tentar obter informações sobre possíveis intercorrências, descrevendo detalhadamente):

32- AFECÇÕES MATERNAS REGISTRADAS NO PRONTUÁRIO MÉDICO:

☐ Hipertensão arterial ☐ Hemorragia - 1o trimestre☐ Pré-eclâmpsia ☐ Hemorragia - 2o trimestre☐ Eclâmpsia ☐ Hemorragia - 3o trimestre☐ Cardiopatia (especificar) ☐ Anemia_____ ☐ Ameaça de parto prematuro☐ Diabetes ☐ Rotura precoce de membranas

(cont.)

Nº de Ordem: _____

34- Principais resultados de exames complementares:

TIPO DE EXAME	DATA	RESULTADOS

35- Conduta médica, de acordo com os resultados dos exames:

36- INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO:

Pêso (Kg): _____ na admissão Altura (cm): _____ na admissão

Pêso habitual (Kg): _____ P.A.: _____

Altura do fundo uterino (cm): _____ D.U.M.: ____/____/____

Idade gestacional (semanas): _____ Colo uterino (cm): _____

Foco: _____ Bolsa: () íntegra () Rota (horas): _____

Data do Parto: ____/____/____ Hora do Parto: _____

Se cirúrgico, qual a indicação: _____

Parto realizado por: _____

(cont.)

Nº de Ordem: _____

(continuação da questão 36)

Intercorrências durante o parto (detalhar): _____

_____OBS: (se necessário)_____

37- INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO:

Recém-nascido: () Natimorto () Nascido vivo

Sexo: _____ Estatura (cm): _____

Peso (g): _____

Perímetro: cefálico (cm): _____ Torácico (cm): _____

Pé (cm): _____

Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Idade gestacional: CAPURRO _____ semanas

Adequação Peso/Idade gestacional:

() Adequado () Pequeno () Grande

Nº de Ordem:-----

38- DOENÇAS DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

(até o 7º dia de vida):

☐ nenhuma

Doenças segundo o CLAP:

☐ Membrana hialina☐ Hemorragia☐ Síndrome aspirativa☐ Hiperbilirrubinemia☐ Outras síndromes respiratórias☐ Anomalias Congênitas☐ Apneas☐ Síndromes Neurológicas☐ Trauma mecânico☐ Infecções

Outras (especificar):-----

39- Sumário de descrição da(s) doenças do Recém-nascido enquanto estiver no hospital (até o 7º dia):

Nº de Ordem: _____

40- Principais exames complementares:

TIPO DE EXAME	DATA	RESULTADOS

41- Conduta médica:

42- Condições de alta hospitalar do Recém-nascido:

() Alta em boas condições: (especificar) Idade: _____

() Alta em condições regulares: (especificar) Idade: _____

() Alta por óbito: (especificar) Idade do óbito: _____

_____ horas

_____ dias

Nº de Ordem: _____

DEMAIS OBSERVAÇÕES RELEVANTES EM RELAÇÃO AO R.N.:

AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR SOBRE A QUALIDADE DOS DADOS REGISTRADOS NO PRONTUÁRIO:

AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR SOBRE A ENTREVISTA COM A PARTURIENTE:

São Luís, _____ de _____ de _____

ENTREVISTADOR: _____